



**ESMA
PARAIBA**



**ESCOLA SUPERIOR DA MAGISTRAURA - ESMA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA TRIBUNAL DE JUSTIÇA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB**

Demétrio Magno Silva Pereira

“JUDICIALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE”

**Cajazeiras - PB
2014**

Demétrio Magno Silva Pereira

“JUDICIALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE”

**Trabalho apresentado à
Universidade Estadual da Paraíba
em convênio com a Escola da
Magistratura da Paraíba e o Tribunal
de Justiça da Paraíba como pré-
requisito para a obtenção de
Certificado de conclusão de Curso
de Especialização em Prática
Judiciária**

Orientador: Hugo Gomes Zaher

**Cajazeiras - PB
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

P436j Pereira, Demétrio Magno Silva.
Judicialização dos serviços em saúde (manuscrito) / Demétrio
Magno Silva Pereira. - 2014.
43 p. : il. color.

Digitado.

Monografia (Especialização em prática judiciária) -
Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-
Graduação, 2014.

*Orientação: Prof. Ms. Hugo Gomes Zaher, Departamento
de Filosofia e ciências sociais*.

1. Judicialização da saúde. 2. Saúde. 3. Assistência
farmacêutica. I. Título.

21. ed. CDD 344.04

DEMÉTRIO MAGNO SILVA PEREIRA

JUDICIALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Práticas Judiciárias da Escola Superior da Magistratura (ESMA), convênio Tribunal de Justiça da Paraíba (TJPB) e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do título de especialista.

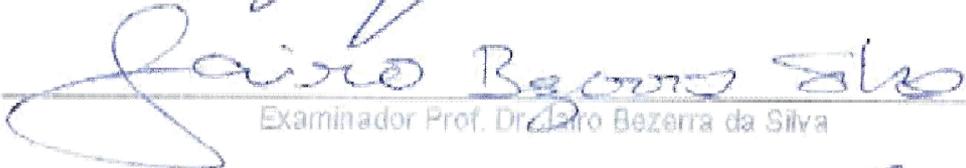
Orientador: Prof. Me. Hugo Gomes Zaher

Banca examinadora:

Data da aprovação: 30 de maio de 2014



Professor: Me. Hugo Gomes Zaher
Orientador



Examinador Prof. Dr. Gairio Bezerra da Silva



Examinador Prof. Me. Renan do Valle Melo Marques

RESUMO

Com a Constituição Brasileira, nos anos 80, efetivou-se a conquista do direito à saúde. Um dos direitos envolve o controle e o tratamento adequado das doenças, o que significa a garantia da assistência médica e farmacêutica. Estas implicam, muitas vezes, na 'judicialização da saúde', por ser a única maneira, em alguns casos, dos medicamentos serem adquiridos e do serviço assistencial ser prestado. Este trabalho objetivou pesquisar o processo de judicialização em Bonito de Santa Fé - Paraíba, tendo como pressuposto que um dos fatores do fenômeno da judicialização seria a ausência de conhecimento sobre o assunto da população em estudo, o que foi confirmado na pesquisa. Diante disso, a proposta está voltada a analisar alguns aspectos e fatores existentes em torno da representatividade e do significado desse fenômeno dentro do processo social, dos avanços e entraves ocorridos na construção do processo de concretização do acesso à saúde, agregando alguns dados que nos ajude a entendermos melhor o significado dessa realidade.

Palavras-chave: Judicialização - Saúde - Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT

To the Brazilian Constitution, in the 80s, was realized realize the right to health. One of rights involves the control and adequate treatment of diseases, which means ensuring the medical and pharmaceutical care. This implies often the 'legalization of health', as the only way, in some cases, drugs are purchased and the care service is provided. This study aimed to investigate the process of legalization in Bonito de Santa Fe-Paraiba, with the assumption that one of the factors of the phenomenon of legalization would be the lack of knowledge on the subject of the study population, which was confirmed in the survey. Therefore, the proposal is aimed at analyzing some aspects and factors existing around the representation and meaning of this phenomenon within the social process, advances and obstacles occurring in the construction of the embodiment of access to health care process, adding some data to help us to better understand the meaning of this reality.

Keywords: Adjudication - Health - Pharmaceutical Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
CAPÍTULO 01 - A DEMANDA JUDICIAL COMO FORMA DE GARANTIA DOS SERVIÇOS EM SAÚDE DO BRASIL	11
1.1 - As demandas judiciais frente à normatização constitucional.....	11
1.2 - As demandas judiciais e a assistência farmacêutica	12
CAPÍTULO 02 – DADOS ESTATÍSTICOS E PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DO USUÁRIO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE NA CIDADE DE BONITO DE SANTA FÉ, ESTADO DA PARAÍBA	20
2.1 – Tipo de estudo	20
2.2 - Local da Pesquisa.....	21
2.3 - Participantes do Estudo	21
2.4 – Instrumento e coleta de dados.....	22
CAPÍTULO 03 – ANÁLISE DE DADOS COLHIDOS NA PESQUISA	23
3.1 – Resultados e discussão.....	25
3.2 – Dados de caracterização da amostra	25
3.3 – Aspectos do diagnóstico e tratamento que necessitam de judicialização no Brasil.....	28
3.4 – Tempo de espera pelo atendimento seja na assistência ou na ação judicial.....	30
3.5 - Discurso do sujeito coletivo	31
3.6 – Análise dos dados empíricos.....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
ANEXOS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

INTRODUÇÃO

Parabéns médicos e gestores do SUS, ao cumprirem o compromisso social da Medicina, apesar das adversidades e da falta de reconhecimento público, vocês são a salva guarda do povo brasileiro. (Sérgio Arouca)

O estudo acerca da Judicialização dos Serviços Públicos em Saúde no Brasil é, antes de qualquer coisa, uma discussão profunda sobre o exercício da cidadania e relações de poder num país marcado, sobretudo por profundas desigualdades sociais.

Sabemos que, no Brasil, a vida e a saúde são atributos de quem tem poder e dinheiro, os Sistemas de Saúde (públicos ou privados) são elaborados de forma a privilegiar os grandes conglomerados hospitalares, bem como, para produzir demandas no âmbito dos planos de saúde privados.

Diante desse quadro a população pobre permanece dias a fio nas filas de espera dos ambulatórios e hospitais da rede pública, o quadro se agrava ainda mais quando este paciente depende de exames especializados, ou, de tratamentos de alto custo financeiro, como por exemplo, quimioterapia, radioterapia, exames de tomografia, ou ainda, medicação de alto custo.

A consequência disso tudo, é que, muitas vezes, esse quadro tem por consequência o agravamento progressivo das condições de saúde do paciente, fazendo com que, muitas vezes essa pessoa venha mesmo a falecer por falta de assistência médica adequada no tempo necessário. Claro está, que toda essa mixórdia de incompetência e fragilidade por parte do Estado Brasileiro nesse quesito criou um quadro de instabilidade e desconfiança numa parcela significativa da população predominantemente menos favorecida de recursos financeiros.

Em países mais avançados do ponto de vista econômico e social predomina um consenso de que a evolução da saúde está diretamente relacionada com a evolução da própria sociedade em que está inserida, no Brasil, em particular, se

pensou em um sistema que pudesse atender a uma série de demandas que levassem em consideração as inúmeras diferenças entre as regiões de um país de dimensões continentais.

A partir da segunda metade da década de 80 começa a se pensar num sistema que tem como elemento preponderante a descentralização das responsabilidades partilhando com Estados e Municípios as questões políticas, administrativas e financeiras envolvidas nesse processo.

Até meados dos anos 60 a intervenção centralizadora do Governo Federal era visto como algo positivo para o desenvolvimento do sistema, depois, começa a se perceber que a centralização se constitui num sério obstáculo a boa prestação dos serviços públicos em saúde.

O modelo vigente atualmente é fruto de uma série de discussões ocorridas a partir da *8ª Conferência Nacional em Saúde* realizada em março de 1986 e está amparada pelos artigos 196 a 200 da *Constituição Federal*, bem como, pelas Leis Orgânicas de Estados e Municípios da Federação Brasileira.

Os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram rediscutidos na *9ª Conferência Nacional de Saúde* (datada de agosto de 1992) que revalidaram os seguintes princípios:

- 1** – Descentralização na Gestão dos serviços, permitindo a participação da comunidade beneficiada, através, por exemplo, da Comissão de Saúde implantada.
- 2** – Regionalização e hierarquização das Unidades prestadoras de Serviço, devendo estar organizadas em níveis de complexidade crescente e articuladas entre si.
- 3** – Fortalecimento do papel do Município nas ações de Saúde.
- 4** – Universalização do Atendimento, a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas.
- 5** – Integralização interinstitucional para eliminar progressivamente a dualidade de ações e a superposição de esforços, prevalecendo a unidade na condução das políticas setoriais.

6 – Articulação entre os diferentes sistemas com a Unidade Básica, responsável pelo atendimento integral de uma determinada população, se articulando com os níveis mais complexos, para que todos tenham acesso a esses serviços.

7 – Integralização das ações de Saúde, que, através da articulação das medidas preventivas (primária, secundária e terciária), deverão superar a dicotomia preventivo-curativo.

8 – Utilização de Tecnologia e procedimentos apropriados, correspondentes ao nível de complexidade dos serviços para poder atender as necessidades de Saúde da população ao menor custo e com a máxima produtividade dos serviços.

9 – Participação comunitária através de entidades representativas, que, estimuladas por mecanismos de informação e divulgação dos conhecimentos sobre saúde, irão influir na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação dos serviços que lhe são prestados.

10 – Incorporação dos agentes populares de saúde que, sob coordenação local, irão trabalhar em educação para saúde e cuidados primários.

Como vimos, do ponto de vista regimental, talvez tenhamos um dos sistemas de saúde mais avançados do mundo, a problemática começa a se desenhar quando pensamos sobre as políticas de custeio do programa que se ancora fortemente nos fundos de seguridade social e nas receitas da União, Estados e Municípios. Como a Saúde não pode ser financiada somente com recursos das contribuições sociais, cabe as diferentes instâncias governamentais destinar recursos de suas receitas fiscais também para a área de saúde.

O problema do financiamento por si só, já constitui um entrave digno de preocupação, pois, muitas vezes, essas instâncias não destinam o percentual previsto pela legislação para esses programas.

Outro problema grave é o da corrupção no serviço público em suas diversas instâncias, que faz com que, boa parte dos recursos destinados sejam desviados para fins ilícitos e aquisição de bens pessoais, fazendo com que muitas vezes o serviço se torne precário, pois, por ausência desses mesmos recursos faltam médicos, leitos, equipamentos, medicamentos e assim por diante, ocasionando uma precarização dos serviços.

Diante do quadro supracitado se intensifica a cada dia que passa as demandas de ordem judicial como meio de garantir a concretização do direito aos serviços em saúde. Em decorrência dessa ineficácia a judicialização dos serviços em saúde nos remetem a uma inevitável reflexão da complexidade inerente a esse processo que se traduz na multiplicação de ordens judiciais a fim de atender a demanda do público assistido pelo SUS – Sistema Único de Saúde -, ou, dos inúmeros planos privados existentes.

Atualmente, vivenciamos uma crescente busca pela efetivação dos nossos direitos, em especial, o direito pela saúde; O Estado, muitas vezes, por uma deficiência na sua política pública de Saúde acaba por não atender a população de uma maneira satisfatória, por problemas motivados por essa lacuna, como também, por falta de uma integração mais eficaz entre a Federação, os Estados e os Municípios, e os serviços de saúde acabam por não chegar de maneira satisfatória aos seus usuários.

Diante desse quadro o que pretendemos discutir nesse ensaio monográfico são as causas da crescente demanda desses processos, fazendo, também, uma análise crítica sobre os eventuais benefícios e riscos de se recorrer ao judiciário como forma de garantir essas demandas. Ao longo do nosso trabalho pretendemos construir um panorama mais abrangente acerca dos serviços de saúde mais procurados pelos usuários, que geram diferentes demandas nos tribunais de todo o país.

Na verdade, devemos nos conscientizar para o fato de que fazemos parte de uma sociedade moderna, onde, boa parte dos objetivos individuais e (ou) coletivos está diretamente ligada ao nosso bem estar pessoal, mas, também a um determinado “Estado de bem-estar social” (Welfare State).

A busca pela melhoria dos serviços em saúde é também conquista de dignidade humana, pois, do ponto de vista meramente legal o direito a saúde já se encontra devidamente assegurado. Por vezes, a luta por esses direitos, além de atender a nossa demanda mais urgente, serve também, para assegurar a continuidade dos serviços, bem como, a contribuir para concretizá-lo, para consolidá-lo, não permitindo, assim, que, um dia, o sistema pereça por completo, como nos aponta *Andrade* (2011; p. A-4)

A Garantia de Saúde como direito pressupõe debate e crítica permanentes sobre os interesses em conflito. Juntos, aprenderemos a separar o joio do trigo.

Por outro lado, a relevância acadêmica do estudo é atestada pela proeminente produção de artigos, monografias, dissertações e teses que compõem atualmente a fortuna crítica que nos orienta nesse momento. Alguns autores irão pautar a nossa discussão com mais evidência, constituindo-se assim, nos nossos principais aportes teóricos, tais como, *Luís Roberto Barroso* que lembra a importância de um olhar crítico e sociológico na nossa abordagem, passando pelo pensamento de *Sílvia Badim Marques*, que nos alerta sobre os “ecos da judicialização” que ocasionaria como consequência direta um impacto significativo na gestão pública na saúde do país, aqui, não podemos prescindir também do pensamento de *Eudes de Freitas Aquino* que nos ajuda a entender melhor os desdobramentos desse processo.

Durante o estudo pretendemos analisar o tratamento recebido pelos usuários do serviço público em saúde na nossa cidade; também tentaremos esboçar o perfil sócio econômico do usuário, como também, identificar a importância do Judiciário, através das decisões nos tribunais, como elemento importante na garantia do efetivo direito à saúde.

Organizaremos o nosso trabalho em três capítulos distintos: No primeiro deles, traçaremos um apanhado geral da problemática apresentada, qual seja, a crescente demanda judicial como forma de garantia dos serviços em saúde no Brasil; no segundo capítulo, colocaremos dados estatísticos e o perfil sócio econômico do demandante, bem como, a repercussão final desses casos na cidade de Bonito de Santa Fé, no Sertão paraibano; e, finalmente, no terceiro e último capítulo procederemos uma análise dos dados colhidos e lançaremos mão de algumas sugestões, que, não se pretendem definitivas, mas, apenas mais um passo na relevante discussão em pauta.

CAPÍTULO 01 – A DEMANDA JUDICIAL COMO FORMA DE GARANTIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 - As demandas judiciais frente à normatização constitucional

A sociedade brasileira tem vivenciado no decorrer das últimas décadas, freqüentes mudanças no cenário político nacional, no âmbito das questões relacionadas às conquistas sociais, qual seja a concretização das suas garantias e seus direitos. Nesse contexto, as experiências ocorridas ao longo dos tempos, servem de parâmetro para a estruturação de um novo comando, uma nova ordem, com dispositivos inclusos em um texto que apenas refletem os anseios da sociedade moderna, na incessante busca pela concretização de uma vida digna.

Segundo Fábio Konder Comparato, “a Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, estabelece que “todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos”.

Diante dessa nova conjectura a Constituição de 1988 lança mão de um texto que propõe incluir um conjunto de direitos sociais que devem ser implementados e proporcionados pelo Estado, a fim de assegurar a isonomia e a equidades dos cidadãos na abrangência de seus direitos fundamentais.

Os direitos universais nos remetem a refletirmos sobre a dimensão dos direitos fundamentais, que por sua vez delineiam os direitos sociais. Tais direitos, invocados e inseridos na Carta Mãe, em seu art. 6º, como: “saúde, educação, moradia, lazer, trabalho, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados”, vislumbram um sistema amplamente complexo de necessidades racionalmente constituídas no seio social.

Nessa perspectiva, vamos passar a analisar, destacando dentre esses, o direito fundamental à saúde, que é pormenorizado no texto constitucional, através de art. 196 “como um direito de todos e um dever do Estado”. É por meio dessa assertiva que devemos cobrar do Estado a sua efetivação. Contudo, muitas vezes, a execução e a aplicabilidade das políticas não atingem as metas esperadas, e os

nossos direitos são constantemente violados, seja por omissão ou ineficácia estatal. Consequência dessa inoperância por parte do Estado é o acionamento do Poder Judiciário como instituição legitimada para remediar as transgressões, corrigir as falhas existentes, e concretizar os direitos propostos.

Nessa matéria, o judiciário, diante da intensificação das demandas, deve ater-se a uma gama de princípios e dispositivos legais que o envolvem e delimitam a sua atuação, como, por exemplo, a considerar a escassez de recursos financeiros por parte do Estado. Por outro lado, não podemos deixar de atentar para o fato de que o judiciário é fundamental para o exercício efetivo da cidadania, bem como, para o fato de que os princípios que regem a garantia à saúde, como: universalidade; integralidade; e da participação de todos, expressam por si só uma conscientização racional e positiva no processo que se constrói.

1.2 - As demandas judiciais e a assistência farmacêutica

A alternância na condução das resoluções que circundam a consolidação e concretização dos direitos fundamentais, aqui tido como o direito à saúde, protagonizada pelos poderes públicos, ora executivo, ora judiciário, - não podendo eximir o poder Legislativo desse cenário -, é resultado de uma recente evolução histórica nas bases das políticas sociais, que culminou em uma vasta, e ilimitada judicialização dos serviços públicos. Ocorrência esta, existente em face da notória debilidade estatal, que conseqüentemente força o usuário de saúde a transformar-se tão logo em cidadão reclamante (jurisdicionado), no concurso de suas garantias.

É pertinente abordarmos a "judicialização da saúde", como um fenômeno constituído por várias particularidades e aspectos, no que tange aos limites e possibilidades institucionais estatais estabelecidos, e instiga a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor saúde e do sistema de justiça. "A intervenção judicial no âmbito da gestão do setor saúde tem sido alvo de intenso debate e, recentemente, ganhou destaque no Supremo Tribunal Federal (STF), com a realização de audiência pública, que possibilitou a interlocução entre os atores envolvidos" (GUERIM, 2012).

Dentro de um contexto que conduz o judiciário, no cenário atual, a obter uma maior certificação quanto a examinar de forma mais criteriosa suas decisões no âmbito da propositura de ações judiciais da assistência à saúde, a referida audiência fora realizada, consoante o presente e crescente histórico de procedimentos envolvendo as demandas de saúde, com precedentes muitas vezes polêmicos no histórico das decisões do judiciário, em um debate instigante, o qual visou direcionar o STF e o judiciário como um todo, na elucidação das questões propostas ao mesmo, fortalecendo assim, a fundamentalidade de suas sentenças posteriormente prolatadas, bem como, um melhoramento no planejamento das políticas públicas existentes,

As alternativas legais para a propositura de ações judiciais relacionadas ao direito à saúde, contra os poderes públicos, permitem vários ângulos de observação deste fenômeno. Todavia, os estudos sobre o tema apontam que grande parte desta demanda se concentra nos processos judiciais individuais de cidadãos reivindicando o fornecimento de medicamentos. (BRASIL, 2005)

A estrutura organizacional do sistema público de saúde no Brasil ainda encontra-se aquém daquilo que a sociedade almeja. As diferenças sociais existentes agravam ainda mais a situação. Nesse sentido, o acesso aos bens de consumo, especificamente, aqueles relativos ao consumo de bens e serviços de saúde, como cirurgias, consultas médicas, medicamentos, entre outros, quando não disponíveis pelos departamentos de saúde públicos, tendem a caracterizar um custo relativamente alto.

Diante do exposto, salienta-se que, bem é verdade que há uma considerável lista de medicamentos disponíveis na rede pública. Além daqueles fornecidos pela atenção básica, existindo ainda, aqueles chamados de Excepcionais (os de uso contínuo e com altos custos), contemplados por algumas esferas do governo, e que servem para o tratamento de doenças crônicas e raras, distribuídos pela rede pública de saúde, obedecendo a regras e critérios específicos. Contudo, mesmo diante da incrementação de novos medicamentos feitas pelo Estado, há ainda, uma grande lacuna a ser preenchida na prestação dos serviços públicos em saúde.

Sob essas circunstâncias, “a demanda da judicialização, iniciada na década de noventa, com pedidos de medicamentos antiretrovirais para o HIV/aids, tem tido

importante papel como via alternativa do cidadão ao acesso a medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS). Algumas características comuns são identificadas nos estudos realizados em diferentes regiões do país. A maioria dos pedidos é individual e tem sido deferida tendo como praticamente única base a prescrição medicamentosa apresentada pelo reivindicante. A segunda característica é o fato de a prescrição conter tanto medicamentos incorporados como não incorporados pela assistência farmacêutica (AF) do SUS, alguns sem registro no país ou em indicação terapêutica não constante do registro sanitário. A terceira característica é o crescimento exponencial das demandas judiciais e dos gastos com medicamentos”. (BRASIL, 2005)

“É consenso que o uso da via judicial para o fornecimento de medicamentos presentes nas listas oficiais públicas é uma forma legítima de garantia ao pleno exercício do direito à assistência individual terapêutica, que integra o direito à saúde na lei brasileira. Este trabalho usará o termo lista [pública] oficial para designar tanto as listas de medicamentos essenciais como aquelas que contêm um elenco selecionado para o fornecimento pelo SUS, sejam elas as do componente de financiamento, pactuado entre as instâncias, ou ampliadas/reduzidas pelos gestores locais”. (PEPE; FIGUEIREDO; SIMAS, 2010)

Desde a sua criação, em 1990, ocorreu uma série de acontecimentos na formulação e elaboração de políticas elaboradas pelo SUS (Sistema Único de Saúde), voltadas para a recuperação da saúde em nosso Estado, que vêm se constituindo como base essencial, e inegável, para o avanço na construção de uma democracia mais efetiva no desígnio da prestação dos serviços assistenciais de saúde do cidadão brasileiro, mais especificamente, em relação à confecção das já mencionadas listas públicas de fármacos, criadas e ampliadas a partir da teoria de abrangência das necessidades mais presentes, trazendo consigo, uma mescla de incrementações benéficas aos seus usuários, bem como, proporcionando a construção de um paradigma, com o efeito na judicialização da saúde.

Entre alguns avanços no arcabouço da construção evolutiva do sistema de saúde, podemos destacar a aprovação, em 1998, da Política Nacional de Medicamentos, com destaque ao acesso dos medicamentos tidos como essenciais, ou seja, aqueles indispensáveis à assistência básica da população. Frise-se que *“suas principais diretrizes são o estabelecimento da relação de medicamentos*

essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária". (BRASIL, 1998:5)

Cabe assinalar, ainda, outro importante avanço estratégico na proposta de consolidação do SUS, com a aprovação da Política Nacional de Medicamentos, integrante da (PNM), voltada *"a um conjunto de ações, onde tem o medicamento como o insumo essencial, visando o seu acesso e seu uso racional"* (CNJ, 2004:1)

Não obstante, as políticas existentes se mostrarem elementos fundamentais na efetividade de nossos direitos, são, em tese, ainda inconclusivas e (ou) incompletas, sob a ótica de uma constante e necessária readequação do sistema de saúde aos anseios da sociedade moderna. Alguns aspectos de ordem científica e tecnológica, e de segurança sanitária, entre outros, estão inseridos nessa dinâmica, o que assegura a incrementação futura de novos produtos medicamentosos no campo da saúde, dependendo das variações no perfil epidemiológico da população assistida.

Também devemos considerar as dinâmicas existentes em um país de dimensões continentais, onde há ainda frações da população excluídas de algum tipo de atenção. Diante das constantes alterações, é imprescindível uma articulação maior dentro do próprio sistema de saúde, a fim de que haja uma integralidade maior na atenção ao usuário de saúde, dentro de suas esferas federal, estadual e municipal.

Após uma série de discussões em meio à análise desse fenômeno, verifica-se que os problemas que norteiam o fenômeno da judicialização não se restringem apenas à questão da quantidade das demandas propostas por si só, apesar de implicarem um quadro preocupante. A problemática é revestida por outros aspectos e princípios, como o excesso, em muitos dos casos apreciados, de "unilateralidade" (decisões fundamentadas tão logo na garantia à dignidade do indivíduo), desconsiderando alguns critérios que norteia a questão, como o "princípio da razoabilidade", relativo ao bom senso. Ademais, as atribuições do judiciário, devem considerar, na apreciação desses processos, as dimensões: analítica, empírica e normativa envolvidas no fato, para assim, justificar sua atuação justa, sem comprometer as políticas coletivas da mencionada assistência, mas acima de tudo, sem comprometer os benefícios da população em geral.

Outro fator a se considerar está ligado à dificuldade de acesso ao judiciário, por parte de grande parcela da sociedade, seja por motivos financeiros, seja por falta de instrução, tendo como resultado que, aqueles que têm o privilégio de ter este acesso, vêm seu direito mais próximo de ser concretizado, contrariando, em situações pontuais, o ideário da universalidade, igualdade e integralidade.

Além do mais, existe outro aspecto negativo e pertinente, “referente às dificuldades na gestão da Assistência Farmacêutica, uma vez que a ágil resposta às demandas judiciais, não previstas no planejamento dos serviços, faz com que alguns deles criem uma estrutura "paralela" para seu acompanhamento, se utilizando de procedimentos de compra não usuais na administração pública e tenham maior gasto na aquisição destes medicamentos”. (PEPE; FIGUEIREDO; SIMAS, 2010)

De acordo com Gilmar Mendes:

"Obrigiar a rede pública a financiar toda e qualquer ação e prestação de saúde geraria grave lesão a ordem administrativa e levaria ao comprometimento do SUS”.

A tendência a uma intensificação das demandas de saúde no âmbito jurídico muito se deve ao fato de que o SUS ao incorporar alternativas terapêuticas destinadas a tratamentos de vertas doenças, deixando, por vezes, de incorporar determinado produto terapêutico (medicamentos), com baseamento em critérios e estudos científicos, refletindo em uma conseqüente reação da população, que possuem relativo conhecimento de seus direitos.

Segundo dados do Ministério da Saúde, “as demandas judiciais para requerer que o governo forneça tratamentos médicos e remédio tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, sendo que em 2008 foram gastos 48 milhões de reais em ações judiciais propostas. Já em 2009 registram-se que os valores chegaram a 94 milhões de reais”. (MOURA, 2012).

Ainda nessa seara, e “conforme dados do Banco Mundial, divulgados no Salzburg Global Seminar, Realizing the Rigth to Health, realizado em Salzburg,

Áustria, em 2010, foram instaurados 240.000 processos sobre a matéria”. (DUARTE, In: Justiça & Cidadania, janeiro, 2013);

Não poderíamos deixar de mencionar a importância em assegurar a “segurança do paciente em razão de possíveis prescrições inadequadas, mesmo que de medicamentos já selecionados e incorporados no SUS, e, em especial, na prescrição de “novos” medicamentos e/ou “novas” indicações terapêuticas para os quais as evidências científicas ainda não se encontram bem estabelecidas. Tais fatos podem favorecer a introdução e utilização de novas tecnologias de forma acrítica, e, por vezes, sob forte influência da indústria farmacêutica”. (PEPE; FIGUEIREDO; SIMAS, 2010).

Ocorreram outros relevantes aprimoramentos, avanços técnicos, textuais, voltados à assistência medicamentosa, no cumprimento das diretrizes até então instituídas. Outras “vitórias” surgiram com o passar dos tempos, como da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no ano de 1999, acarretando, através de seu arcabouço jurídico, uma maior confiabilidade por parte da sociedade nos quesitos eficácia e segurança, face sua atuação ser de relevante importância, já que sua missão é: *“proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso”*.

O sistema de assistência à saúde engloba uma vasta rede de iniciativas internas, organizadas entre si, por meio de procedimentos operacionais de cunho técnico científico, e de ações que visam intervir no processo saúde-doença. As atividades desenvolvidas em caráter administrativo pelo sistema de saúde configuram uma proeminente tentativa de organizar toda a estrutura regimental do setor, e conseqüentemente, adequar-se às necessidades existentes. O resultado disso tem como destino ter a eficiência na cobertura do atendimento e no acesso da demanda proposta.

Portanto, a judicialização da assistência em tela, muitas vezes força uma adaptação no interior da estrutura organizacional da Saúde, podendo desorganizar este.

Como exemplo disso, podemos citar um caso, em que *“um jornal do sul noticiou o drama de uma médica diante de decisões de dois juízes diferentes, cada*

qual determinando preferência para transplante de órgão para os pacientes que, em cada juízo, obtiveram as liminares. Qual a ordem que vale? Consultada, a defesa jurídica do Estado não hesitou em dizer à médica que privilegiasse o critério médico, e ignorasse as ordens; as explicações seriam dadas depois”. (FARENA, In: A Judicialização da Saúde – MPF, fevereiro, 2010)

A discussão aponta para o fato de não haver ainda uma comunicação plausível entre os atores em cena. O recente histórico revela uma cotidiana incapacidade do Estado, por meio do SUS, em gerir seus problemas, em virtude de problemas relativos à sua gestão, tais como: a corrupção e a ineficiência; os quais constituem verdadeiros entraves no desenvolvimento da assistência administrativa. Por outro lado, nos deparamos com a crescente interferência das sentenças judiciais, que com relativa frequência, oferece uma conjectura de risco ao sistema.

Contudo, há ponderações a serem feitas dentro dessa discussão bastante complexa, como por exemplo, a busca incessante pela dignidade da vida humana. Outro caso relatado: *“na Paraíba, somente após decisões judiciais obrigando a internação fora do Estado de crianças portadoras de cardiopatias graves – e que estariam condenadas à morte de outra forma - é que se começou a implantar um serviço capaz de atendê-las”*, (Id, 2010),

Demonstra que os entes públicos caminham em busca de uma justiça verdadeiramente real. Essa missão, não diz respeito apenas aos agentes do judiciário, e do setor saúde, mas a toda sociedade de forma geral.

O reflexo dessa mobilização tem amparo em importantes marcos de representatividade jurídica como o da instituição da Recomendação nº31/2010, que tem como função, envolver e subsidiar os juízes, *“na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais”* (CNJ, março, 2010).

Tal estratégia se reveste de uma mudança de pensamento, na qual invoca o Poder Judiciário a utilizar novos padrões de condutas normativas, analisando com mais critérios e com maior aprofundamento as questões inerentes a sua instrumentalidade processual (Ações Cíveis Públicas; Mandados de Segurança e Ações de Obrigação de Fazer e de Dar), para estarem aptos a conduzirem

posteriores decisões, com maior fundamentabilidade. Isso acarreta, de forma natural, um grande avanço em sua prestação jurisdicional.

CAPÍTULO 02 – DOS DADOS ESTATÍSTICOS E DO PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DO USUÁRIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA CIDADE DE BONITO DE SANTA FÉ - PB

2.1 - Tipo de estudo

É um trabalho descritivo, de natureza empírico-analítica e de abordagem quanti-qualitativa, tendo como unidades de análise as Unidades Básicas de Saúde do município, os processos da Defensoria Pública do Estado da Paraíba, da Secretaria Municipal de Saúde e os com caráter de mandado judicial, no período correspondente a um ano que antecede o período de coleta da pesquisa.

A proposta weberiana estabeleceu um viés metodológico, com possibilidade de clarificar e compreender o objeto de estudo em questão, a partir do entendimento de que a interpretação da ação deve tomar nota do fato fundamentalmente importante de que aquelas formações coletivas, que fazem parte tanto do pensamento do senso comum quanto do jurídico (ou de outras disciplinas), são representações de algo, que em parte existe e, em parte, pretende vigência, que se encontram na mente de pessoas reais (não apenas dos juízes e dos funcionários, mas também do “público”) e pelas quais se orientam suas ações. Como tais, têm importância causal enorme, muitas vezes até dominante, para desencadear as ações das pessoas reais. Isso se aplica especialmente às representações de algo que deve ter vigência (ou não deve ter) (WEBER, 1998).

Para alcançar os objetivos propostos, fez-se a opção por um estudo do tipo exploratório, com abordagem quanti-qualitativa porque de acordo com Figueiredo (2007), a pesquisa exploratória geralmente proporciona maior familiaridade com o problema, ou seja, tem o intuito de torná-lo mais explícito, onde o principal objetivo é o aprimoramento de idéias.

Segundo Prestes (2003), a abordagem quanti-qualitativa busca identificar os elementos constituintes do objetivo estudado, estabelecendo a estrutura e a evolução das relações dos elementos, sem ter a preocupação com a representatividade numérica, mas sim, como aprofundamento da compreensão de um determinado grupo social.

Para Pereira (2004), a pesquisa qualitativa está voltada para a investigação de eventos qualitativos, mas com referenciais de investigações para a subjetividade do pesquisador.

2.2 - Local da pesquisa_

A pesquisa foi desenvolvida no Município de Bonito de Santa Fé no estado da Paraíba. Este Município está localizado no sertão Paraibano e localiza-se nas imediações do estado do Ceará.

Para levantamento dos dados junto a pessoas que precisam ou que já desenvolveram ação judicial para fins de obtenção de acesso a procedimentos ou medicamentos, foi feita uma abordagem nas USF - Unidade de Saúde da Família do Município, e encontrou nas quatro existentes um quantitativo de clientes que lançaram mão desse serviço. A opção por este Município e pela abordagem em Unidades Básicas de saúde deveu-se ao fato de ser um local onde há uma amostra significativa para pesquisa. A partir de então, procurou-se o judiciário que a confirmação da demanda desta necessidade por pacientes do Município estudado.

2.3 - Participantes do estudo

A população foi constituída por usuários da Unidade de Saúde da Família de ambos os sexos, sem restrição de idade, mas que se deu por casualidade acima de 30 anos, com diagnóstico confirmado de doenças que necessitavam de intervenção judicial para serem assistidos, que estejam em tratamento ou que estivesse precisando de tratamento, que já haviam conseguido ou não tal assistência, e sendo acompanhado pelos profissionais de saúde das Unidades envolvidas. A amostra foi selecionada de acordo com a disponibilidade dos indivíduos, levando em consideração a participação voluntária na pesquisa após a explicação dos objetivos do trabalho

A amostra desta pesquisa foi de 16 pessoas, com necessidade semelhante e pertencente ao Município de Bonito de Santa Fé.

2.4 - Instrumento e coleta de dados

Foram realizadas entrevistas no âmbito da comarca de Bonito de Santa Fé, estado da Paraíba, com características semi-estruturadas, e a coleta de dados se deu no período de outubro e novembro de 2013, por meio de um instrumento de coleta de dados contendo questões objetivas de identificação da amostra e subjetivas pertinentes aos objetivos do estudo (Anexo A).

As entrevistas tiveram um tempo médio de 15 minutos, com tempo mínimo de 10 minutos e máximo de 25 minutos.

CAPÍTULO 03 – ANÁLISE DOS DADOS COLHIDOS NA PESQUISA

As unidades de análise foram os discursos, as práticas, os agentes e os documentos normativos e judiciais, buscando o perfil e as demandas dos requerentes, dos operadores do direito (poder judiciário) e os da saúde (poder executivo).

Buscou-se a interpretação do tipo racional, cujo fim é compreender, pela causalidade, as relações significativas entre os fenômenos ou os elementos de um mesmo fenômeno (FREUND, 2003). Dois tipos das unidades de análise acima apresentadas foram o material empírico mais investigado: (a) Discursos e informações levantados por meio da técnica de pesquisa do tipo entrevistas (semi-estruturada). Nesse sentido, o entrevistador atua como um facilitador, sem forçar o respondente. Esse tipo de entrevista possibilitará que as questões que circundam o objeto de pesquisa sejam amplamente exploradas, com ênfase nas tomadas de decisões dos operadores de direito e de saúde. (b) Informação contida em documentos levantados em instâncias do Judiciário ou em posse dos réus nos processos judiciais. Os dados selecionados para análise de cada processo foram os seguintes, além dos já considerados acima: número do processo judicial, advogado (caso exista), médico prescritor, medicamento selecionado e perfil dos requerentes.

Os dados quantitativos foram analisados por meio da representação em gráficos e tabelas. Os dados qualitativos foram analisados qualitativamente através da técnica de análise do discurso do sujeito coletivo, descrita por Lefèvre e Lefèvre (2003). Essa técnica consiste em um conjunto de procedimentos de tabulação e organização dos dados discursivos, provenientes dos depoimentos dos participantes do estudo, nos quais serão retiradas as idéias centrais para serem consolidadas em um discurso-síntese o qual representará o pensamento coletivo.

Esses procedimentos envolveram as seguintes etapas operacionais:

1. Seleção das expressões-chave de cada discurso particular: estas expressões serão retiradas de cada discurso particular, copiando integralmente as

respostas referentes a cada questão, sendo estas a representação do conteúdo discursivo;

2. Destaque das idéias centrais: estas idéias serão destacadas nas expressões-chave e representarão a síntese de tais expressões;

3. Identificação das idéias centrais: as idéias centrais e complementares destacadas de cada discurso serão separadas e colocadas nas caselas correspondentes;

4. Reunião das idéias centrais e semelhantes com mesmo sentido em grupos identificados por letras ou outro código;

5. Denominação de cada grupo que expresse da melhor maneira possível as idéias centrais e semelhantes;

6. Construção de um discurso síntese que corresponde à construção do discurso do sujeito coletivo: consiste no agrupamento das idéias centrais semelhantes, reduzindo-as apenas a uma.

De fato, a busca dos fatos empíricos levou em consideração a dimensão sociológica do tipo ideal da tríade universalidade/equidade/integralidade, buscando a ação racional da tomada de decisão dos operadores do direito e da saúde e considerando que ela se orienta conscientemente por um sentido e numa realidade concreta. Quanto à realidade concreta, considera-se a distância entre esta e a construção hipotética (o tipo ideal como instrumento metodológico), averiguando a natureza e a medida dessa distância. Ou seja, a relação do tipo ideal com a realidade empírica do imediatamente dado é, em cada caso particular, problemática, mas, ao mesmo tempo, um instrumento metodológico necessário.

Embora essa parte do trabalho tenha-se concentrado nas vias de acesso, o fenômeno da judicialização será o objeto norteador para a pesquisa, justificando a sua problematização.

3.1 - Dos resultados e discussão

Embora o objeto de estudo desta pesquisa sejam os processos que perpassam pela judicialização, foi relevante pesquisar, já que um dos objetivos específicos serão as vias de acesso à Assistência no município de Bonito de Santa Fé – Paraíba. A apresentação e discussão dos resultados acompanham a estrutura do instrumento de coleta de dados, com itens referentes à caracterização dos participantes da investigação, tipos de situações sofridos por estes e questões norteadoras referentes à temática em questão.

3.2 - Dos dados de caracterização da amostra

Os dados de caracterização da amostra compreenderam faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação e renda familiar. Estes dados são muito importantes uma vez que estão diretamente relacionados com a qualidade de vida de pessoas que entram em processo de judicialização e estão apresentados na tabela abaixo.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação e renda familiar.

FAIXA ETÁRIA		
	F	%
30 --- 40 anos	-	-
41 --- 50 anos	-	-
51 --- 60 anos	04	25
61 --- 70 anos	01	6
71 --- 80 anos	08	50
81 --- 90 anos	03	19
SEXO		
	F	%
Masculino	08	50
Feminino	08	50

ESTADO CIVIL		
	F	%
Solteiro (a)	01	6
Casado (a)	08	50
Divorciado (a)	01	6
Viúvo (a)	06	38
ESCOLARIDADE		
	F	%
Analfabeto	02	12
Alfabetizado	04	25
1º grau completo	02	12
1º grau incompleto	05	33
2º grau completo	01	6
2º grau incompleto	-	-
Superior completo	02	12
Superior incompleto	-	-
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO		
	F	%
Autônomo	03	19
Do Lar	03	19
Aposentado	10	62
RENDA FAMILIAR		
	F	%
De 1 a 4 salários mínimos	15	94
De 4 a 8 salários mínimos	01	6
Mais de 8 salários mínimos	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Na composição desta amostra verificou-se a semelhança no número de homens e mulheres com necessidades especiais, sendo (50%) para ambos os sexos, como estão especificados os dados na **Tabela 1**.

De acordo com a faixa etária, a mesma variou entre 51 e 80 anos, com maior prevalência em indivíduos na faixa etária de 71 – 80 anos (50%) como

mostra a **Tabela 1**. Se mostrando, está em conformação com estudos da literatura pertinente, os quais demonstram maior prevalência de diabetes mellitus em indivíduos acima de 45 anos nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2006b.). A faixa etária é também, um indicativo para o rastreamento do Diabetes Mellitus, uma vez que os sinais e sintomas se apresentam mais tardiamente, bem como o diabetes tipo 2 surge, geralmente, a partir dos 30 anos de idade e que são obesas, embora sua incidência esteja aumentando nos adultos mais jovens (SMELTZER, BARE, 2007.).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o rastreamento como o processo de identificação de indivíduos que apresentam um risco suficientemente mais elevado de uma doença que justifique maior investigação ou uma ação direta. Segundo Toscano (2004), a Associação Americana de Diabetes (ADA) recomenda um rastreamento oportunístico a partir dos 45 anos de idade este podendo ser repetido a cada três anos, ou mais freqüentemente, se houver a presença de outros fatores de risco.

Quanto ao estado civil, 50% dos entrevistados são casados, ou possuem uma união estável, 38% são viúvos, e 6% solteiros ou divorciados.

Segundo Pace, Nunes e Ochoa, (2003, p. 2), *a família e os amigos influenciam no controle da doença quanto ao seguimento do tratamento, da dieta e na participação em um programa regular de exercícios*. A doença na família afeta tanto o relacionamento entre o casal, entre os irmãos, bem como as relações estabelecidas com o sistema de saúde. Este fato também é ratificado pela OMS que refere que o estado civil dos indivíduos influencia na dinâmica familiar e no auto-cuidado. Para os idosos, a estrutura familiar pode ser um fator decisivo porque são geralmente viúvos, falta estímulo ao auto-cuidado e muitos são colocados em asilos ou abandonados pela própria família (MIRANZI, 2008.).

Neste grupo, a qualidade de vida é de qualquer forma afetada já que para se promover saúde e conseqüentemente QV, *as ações interrelacionadas incluem o indivíduo, sua família, trabalho e renda, alimentação, estilo de vida, lazer e ações que decorrem da formulação de políticas públicas* (PEDROSA, 2004 apud FERREIRA, 2008, p. 53.).

Com relação ao grau de escolaridade dos entrevistados 33% possuem o 1º grau incompleto, 25% são alfabetizados, 12% são analfabetos, 12% possuem o 1º grau completo, 12% o superior completo e 6% o 2º grau completo.

Observou-se neste caso a baixa escolaridade dos indivíduos o que pode interferir na adesão ao tratamento, isso porque o grau de instrução ou escolaridade, quando analisado, se mostra intimamente ligado ao cuidado com a alimentação, a prática de exercícios físicos regulares, o conhecimento sobre a doença e suas complicações, assim como a prevenção para as mesmas. O Ministério da Saúde confirma esta assertiva (BRASIL, 2001) no Informe de Atenção Básica-2001, onde explica que a adesão ao tratamento tende a ser menor em indivíduos com baixa escolaridade, o que eleva a responsabilidade das ESFs em desenvolverem atividades educativas, com ênfase para o controle da doença e promoção da saúde.

Quanto a atividade profissional ou ocupação, a maior prevalência se deu em número de aposentados representando 62% dos entrevistados, 19% eram autônomos, ou seja trabalham por conta própria, e 19% são donas de casa representados na **Tabela 1**.

Relacionando a renda familiar, 94% dos entrevistados ganham de 1 a 4 salários mínimos por mês, já 6% ganham de 4 a 8 salários mínimos de acordo com a **Tabela 1**. A renda pode ser uma grande facilitadora para uma maior adesão ao tratamento, o que resultaria num melhor controle metabólico (FERREIRA, 2008.). Assim como o termo QV pode ser interpretado pelo mundo ocidental como conforto, boa alimentação, bens materiais e tecnologias de acordo com alguns pesquisadores (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; FAYERS; MACHIN, 2000, apud FERREIRA, 2008.).

3.3 - Dos aspectos do diagnóstico e tratamento que necessitam de judicialização no Brasil

Na **Figura 1** estão representados os tipos de tratamentos mais prevalentes na população estudada.

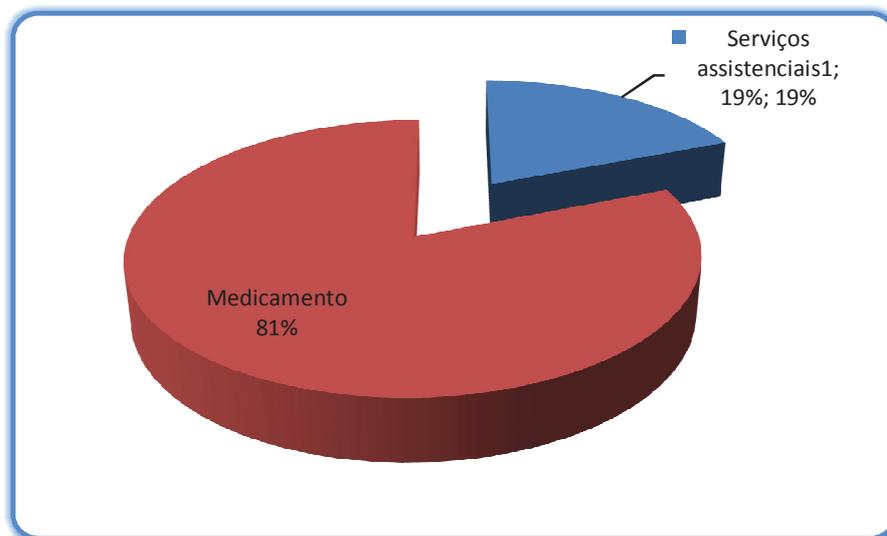


Figura 1 – Distribuição dos participantes conforme a busca por serviços assistenciais\medicamentos

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

A **Figura1** evidencia que entre os participantes a busca por medicamentos é mais prevalente, representado por 81%.

Nessas três décadas, o Brasil implantou parte do projeto do Sistema Único de Saúde no que tange ao seu caráter universal, público, democrático, equânime, ético e solidário. De acordo com CARVALHO e BUSS (2008), a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi um movimento que contribuiu decisivamente para a inclusão, na Constituição de 1988, do reconhecimento da saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado, criando o Sistema Único de Saúde, fundado nos princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade.

O artigo 196 dessa Constituição expressa que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, sua fiscalização e seu controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros.

“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, 1990: 91).

3.4 - Do tempo de espera pelo atendimento seja na assistência ou na ação judicial

De acordo com o tempo de diagnóstico, verificou-se a prevalência de mais de cinco anos de diagnóstico, representada por 62% das pessoas entrevistadas, conforme apresenta a **Figura 2**. Sabe-se que, quanto mais cedo forem diagnosticados e tratados os males da saúde, melhor será para se prevenir complicações, a adesão ao tratamento e promover uma melhor qualidade de vida para os pacientes, seja em qual circunstância for. Os usuários dos serviços em saúde no Brasil passam por dificuldades no diagnóstico e no tratamento em virtude da espera nos atendimentos. Nestes casos em especial que necessitam de demanda judicial, os pacientes tem ainda mais dificuldade em virtude da espera pelas ações.

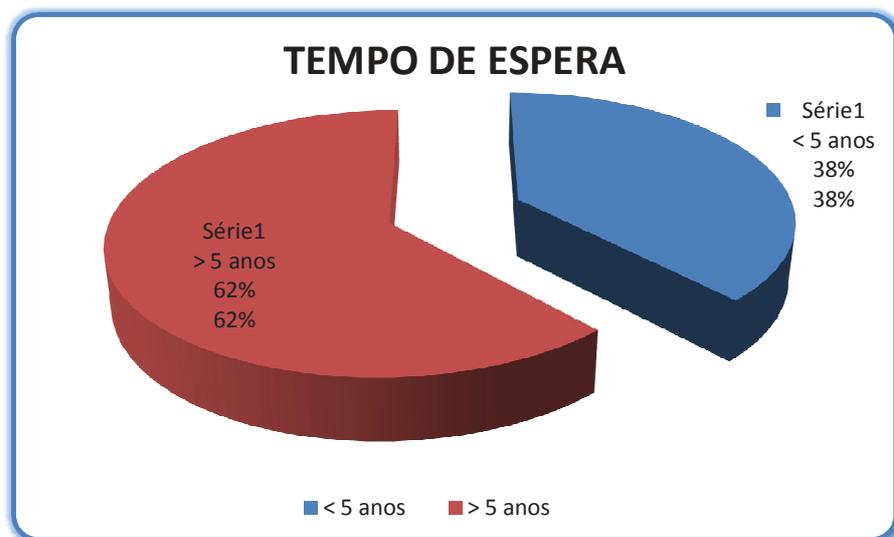


Figura 2 – Distribuição dos participantes conforme o tempo.

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

O diagnóstico para a maioria dos pacientes é detectado por acaso, como na realização de exames laboratoriais de rotina ou outros (SMELTZER; BARE, 2007.). O diagnóstico tardio pode ocorrer pelo fato das doenças não apresentarem manifestações clínicas iniciais preocupantes e muitas vezes assintomáticas, o que acaba sendo despercebida pelo indivíduo e seu diagnóstico feito tardiamente.

Para um diagnóstico fidedigno, é necessária a realização de exames laboratoriais para a verificação e de outros testes laboratoriais mais comumente utilizados para suspeita de qualquer agravo (BRASIL, 2006b.).

3.5 - Do discurso do Sujeito Coletivo

3.5.1 - **QUESTÃO 01:** Em sua opinião, qual a dificuldade para o andamento do seu tratamento, quer seja, do processo de judicialização?

No Quadro 1, temos a conceituação do termo dificuldade de tratamento, na opinião dos entrevistados.

Idéia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Dificuldade no tratamento é falta de interesse	A dificuldade no tratamento está na incapacidade da justiça e na falta de interesse de ajudar quem tá precisando, mas também tem os serviços médicos que não fazem as coisas direito [...]

Quadro 1 - Idéia central 1 e discurso do sujeito coletivo dos participantes do estudo em resposta à pergunta: **Qual a dificuldade para o andamento do seu tratamento, quer seja, no processo de judicialização?**

Observa-se neste quadro a prevalência de respostas que evidenciam a relação desconforto com a justiça e com os serviços de saúde. São pontos bastante focados nas falas.

A preocupação e a dificuldade em se conceituar essas dificuldades surgiram desde os anos 70. No entanto até os dias atuais os pesquisadores não entraram

em consenso para uma definição do termo surgindo assim diversas definições (MIRANZI, 2008.).

O conceito de dificuldade de serviço pode ser empregado em dois contextos, o primeiro é aquele que se encontra na linguagem cotidiana, falada por pessoas comuns; nos jornais falados ou escritos; nos plano de governo, nas políticas públicas elaboradas por gestores, e também por profissionais em diversas áreas; o segundo está relacionado ao contexto da pesquisa científica nas diferentes áreas do saber (SEIDL; ZANNON, 2004 apud QUEIROZ, 2008.).

Assim, Minayo; Hartz e Buss (2000) interrelacionaram a dificuldade na vida à satisfação das necessidades básicas da vida humana, como a alimentação, o direito a água potável, habitação, trabalho, saúde e lazer, assim como as necessidades materiais relacionadas ao conforto, bem-estar, e a realização individual e coletiva (QUEIROZ, 2008.).

3. 5. 2 - **QUESTÃO 02:** Você acha que há interferência no processo de judicialização por gestores na dificuldade desta assistência ou distribuição medicamentosa? Por quê?

No Quadro 2, demonstra-se o quão há de interferência na saúde dessas pessoas.

Idéia Central 2	DSC
<p>Sim, porque depois de sofrer com as conseqüências que minha doença traz ninguém faz nada. E os gestores também são responsáveis porque não fazem nada, e a justiça não anda nunca.</p>	<p>“Sim, porque tenho dificuldade de andar depois que minha perna foi cortada.” Sim, minha vista não presta mais; Sim, porque a pessoa viver doente direto, ela atrapalha tanto [...] eu fico tonta; Sim, porque às vezes eu sinto uma moleza no corpo, cansaço e a visão é ruim; Sim, porque quando não era doente eu servia pra essa prefeitura, agora que não sou, estou esquecido....; Os gestores não querem saber, deveriam agilizar essa assistência porque precisamos muito; Se os gestores quisessem fariam tudo para resolver logo, mas eles dificultam.</p>

Quadro 2 - Idéia central 2 e discurso do sujeito coletivo dos participantes do estudo em resposta à pergunta: **Você acha que os gestores interferem na sua assistência? Por quê?**

Observa-se neste quadro a prevalência de respostas positivas com relação à interferência de gestores na vida das pessoas acometidas pelas diversas afecções, afetando-as negativamente, principalmente pelas complicações.

Alterações na vida das pessoas com complicações, entre outras são modificações relacionadas ao tratamento que podem interferir na qualidade de vida dos indivíduos e os tornam ainda mais afetados pelo processo vivido na saúde e na ação judicial (INTERNATIONAL JUSTICE FEDERATION, 2006.).

3.6 – Da análise dos dados empíricos

O presente trabalho ajuda a amenizar algumas inquietações, procura complementar algumas teses no universo da pesquisa abordada, de pensamentos existentes no contexto do movimento da “judicialização da saúde”, da configuração dos agentes envolvidos nas ações que justificam a sua existência, especificamente, em nossa região de atuação.

É por meio de uma dinâmica social teoricamente complexa que vivenciamos uma série de mutações no seio da sociedade moderna, transformações estas, oriundas da condição humana natural, identificada aqui, como uma constante e insaciável perseguição a um estado de “bem estar social”. Esse estado “psicológico e fisiológico” pode ser expresso em algumas situações cotidianas, muitas vezes relacionadas, no caso específico, aos métodos de atendimento pelo qual recebemos junto a instituições sociais diversas, quando da procura por algum serviço que “certamente” iremos alcançar. Esse sentimento de positividade, de expectativas intimamente criadas, muitas vezes resulta em contrariedade aos nossos anseios sociais, a exemplo disso, quando procuramos o sistema de saúde, a fim de ser assistido, sem êxito, e que por algum fato, conseqüentemente somos levados a apelar a outro sistema, aqui, o judiciário, responsável agora, por decidir aquilo requerido. Com isso, passamos a enxergar as “coisas” de uma maneira diferente. Em particular, as pessoas presentes no estudo, muitas vezes indagam

acerca de suas dificuldades encontradas, culpando, indistintamente as instituições públicas, mas, muitas vezes se esquecendo que o Estado maio é único.

A demora no atendimento, os pedidos de serviços negados, os altos custos em outros serviços, entre outros, configuram uma verdade nua e crua. Nessa realidade, fatores como o “tempo” são de extrema relevância, pois pessoas que possuem um quadro clínico patológico crônico, e uma situação financeira insuficiente, que precisam imediatamente de um tratamento terapêutico, em qualquer etapa, não podem se dá ao luxo de destinar todo o seu salário na compra de insumos, ou no tratamento de saúde. O certo é que, baseado nos estudos, os usuários, em regra, não possuem poder aquisitivo adequado e suficientemente capaz de ajudar em seu problema de saúde, na sua cura, muitas vezes, nem como paliativo, restando a garantia ser amparada pelo Estado.

Quanto ao judiciário, percebemos que os aprimoramentos em sua estrutura, se fazer extremamente necessários, haja vista, a realidade nos apontar, que o referente movimento é “inevitável”.

Partindo para uma análise mais pontual do discurso, vivenciamos atualmente um constante processo de adaptações, representadas pela politização de algumas decisões jurídicas institucionais, recentes, a exemplo, “da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) referente aos pedidos de exames ou medicamentos sofreu relevantes modificações, principalmente, após a STA (Suspensão Tutela Antecipada) nº91, de fevereiro de 2007”. (FREITAS, Francys; VAZ, Michelle, In: judicialização das políticas públicas de saúde: parâmetros e critérios objetivos para o fornecimento de medicamentos pelo estado, 2012, p. 16)

Tal fato evidencia um marco no advento das decisões das ações judiciais, quebrando um pouco um tabu até então construído de forma consistente. A partir de então, os Tribunais passaram a considerar outra postura na análise dos casos impetrados, absorvendo, fortalecendo, e agregando diversos aspectos e teorias em sua fundamentalidade e jurisprudência.

Em linhas gerais, observamos a partir dessa nova experiência, “que o Tribunal Excelso deferia todos os pedidos de medicamentos sem maiores ponderações a respeito da escassez dos recursos públicos, os custos dos direitos

e a reserva do possível. Segundo esse entendimento, sempre que um medicamento não era fornecido, havia uma injusta restrição ao direito à saúde, consagrado da Constituição Federal, a qual deveria ser corrigida pelo Judiciário”. (Ibid, 17)

Nesses parâmetros, o Judiciário tende a observar com mais afinco as questões por ele decididas. Tais decisões exigem uma observância mais amplificada acerca do universo das ações em análise, que envolve, por exemplo, uma atuação voltada a reflexos do poder público, de onde se originou a contenda.

Isso ocorre, em face do judiciário, ocasionalmente, ter que reconhecer seus limites, e o dever de considerar os impactos que as suas decisões judiciais geram para a sociedade.

Tais adaptações representam, em tese, avanços na efetivação da garantia do direito à saúde, contudo, essa dinâmica deve nos despertar cada vez mais, e assim, lançarmos constantemente questionamentos quanto à atuação dos gestores e juristas, na execução de seus planos de ação, haja vista, ser um estudo inconclusivo.

Por vezes, nós não estamos preocupados com a situação em que se encontra o sistema, mas sim, em receber o que é nosso por direito. No campo dos direitos e garantias institucionais, percebemos que há uma acentuada desinformação, descrença, e insegurança, que fazem com que, eventualmente, abramos mão de nossos direitos.

Talvez isso ainda seja um dos fatores que nos conduzem por um caminho enevoado. Por outro lado, Somos e estamos propensos a elucidar algumas questões abordadas nesse contexto, como, por exemplo: de onde nascem as dificuldades? Ou, por que há tanta falha? Dessa maneira, poderemos tirar conclusões mais efetivas quanto à realidade apresentada, no intuito de poder, quem sabe, contribuir de alguma maneira para seu aperfeiçoamento.

O certo é que as incertezas ainda são muitas, mas através dos estudos realizados, dos dados colhidos, das observações práticas e teóricas, ou seja, através de uma expansão de conhecimento, poderemos, quem sabe, vivenciar dias melhores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização desse estudo, de forma geral, acreditamos que esse trabalho poderá contribuir junto à sociedade acadêmica, no sentido de desmistificar o fenômeno atribuído a “Judicialização dos Serviços Públicos em Saúde”, contribuindo para o amadurecimento de idéias no âmbito teórico e prático voltado às ações e às atividades sociais ligadas ao mesmo;

Quando de sua análise, vimos que esse fenômeno é revestido por inúmeras facetas, “pois expõe limites e possibilidade institucionais estatais e instiga a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor de saúde e do sistema de justiça. Cabe-nos selecionar que esse fenômeno abrange diversas áreas e setores capazes de efetivar o direito à saúde, propondo políticas, fiscalizando e estabelecendo medidas resolutivas aos mecanismos vigentes de depreciação desse direito”. (Ibid - 2)

Não podemos deixar de suscitar para o fato de que com o advento da normatização dos direitos constitucionais, outorgados na Carta Magna, a distribuição de responsabilidades entre os poderes públicos inseridos no debate tornou-se mais intenso, visto que, com a reforma política, a via judicial é caracterizada como uma forma legítima de garantir o direito à saúde.

No quadro atual, as demandas tem se multiplicado consideravelmente, trazendo à baila, a reflexão de que devemos ponderar a existência de correntes distintas, onde subjetivamente, analisa a judicialização sob dois aspectos, um de ordem positiva; e outro negativo. Destarte, as correntes se configuram da seguinte forma: “uma que determina a judicialização como um importante passo rumo ao aprimoramento da cidadania; e outra que sustenta o contrário” (MARQUES, 2008, P.5).

“Nesta esteira, o entendimento exarado pelo Supremo Tribunal Federal: [...] É que a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais – além de caracterizar-se pela gradualidade de seu processo de concretização – depende,

em grande medida, de um inescapável vínculo financeiro subordinado às possibilidades orçamentárias do Estado, de tal modo que, comprovada, objetivamente, a incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal, desta não se poderá razoavelmente exigir, considerada a limitação material referida, a imediata efetivação do comando fundado no texto da Carta Política.

Não se mostra lícito, no entanto, ao Poder Público, em tal hipótese, mediante indevida manipulação de sua atividade financeira e/ou político-administrativa – criar obstáculo artificial que revele ilegítimo, arbitrário e censurável o propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições mínimas de existência.

Cumprir advertir, desse modo, que a cláusula da “reserva do possível” – ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível – não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade”. (STF, ADPF n° 45, Rel. Min. Celso de Mello, julg. 29.04.04)

Deste modo, constata-se que tal cláusula constituiu uma limitação à implementação dos direitos sociais. Entretanto, não basta sua alegação pelo ente público para negar um pedido de fornecimento de um determinado medicamento, faz-se necessária sua comprovação, mediante elementos objetivos, em cada caso concreto, visando a racionalização dos gastos públicos, de modo a atender o maior número possível de indivíduos. (Ibid – 20)

Notoriamente, percebemos que a competente harmonização entre os poderes implicados nesse estudo, representa um essencial aprimoramento na

oferta dos objetivos e metas por eles propostas, pois na atual conjuntura, os profissionais envolvidos se deparam com algo novo, dentro de sua perspectiva de trabalho. Os juízes, por exemplo, têm a árdua missão de analisar processos de caráter assistencial de saúde, ou de fornecimento de medicamentos, praticamente, na grande maioria dos casos, em situação emergencial, dificultando ainda mais o seu papel, que é o de mediador o “sofrimento social”.

“A necessidade de melhorar a interlocução entre o Poder Executivo e o Judiciário, com a definição clara dos atores envolvidos na questão, suas competências e possibilidades, é consensual, como expressa objetivamente na Resolução nº 31/2010 do CNJ e em toda a discussão empreendida pelos envolvidos na audiência pública no STF” (PEPE; FIGUEIREDO; SIMAS, 2010).

Vislumbramos que o atual modelo das instituições, que vem se moldando com o passar dos tempos, modifica severamente o posicionamento do Estado-juiz, em relação aos outros agentes públicos, e vice-versa. Com isto, há de se cobrar, não apenas dos usuários, nem do jurisdicionado, mas essencialmente entre os próprios poderes, uma mútua cobrança na interlocução, de comunicação real. Sendo, que o judiciário jamais poderia se “fechar”, no âmbito de suas decisões, sem utilizar-se do universo de princípios sociais existentes; assim como, o poder público e seus agentes, no uso do bom senso, não poderia se omitir de suas responsabilidades, deixando de propiciar elementos, ou de desenvolver políticas mais eficientes, no amparo das instituições jurídicas.

Concluindo, podemos afirmar que a judicialização pode ser interpretada, do ponto de vista crítico, como um processo indesejável dentro do convívio social, contudo, diante da realidade apresentada, percebemos que esta representa algo institucionalmente inevitável. Sob esse aspecto, devemos atribuir que é relevantemente indispensável na construção e concretização do direito fundamental à saúde. Trilhando por esse caminho, precisamos conhecer com maior clareza sua importância e função social, mergulhando na essência dos elementos que o compõe. Conscientes de que sua compreensão favorece a uma apta, e possível contribuição, para eventuais avanços sociais futuros resultando na redução das demandas judiciais.

ANEXO A - Entrevista semi estruturada

TÍTULO DO TRABALHO:

PARTE I

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:

1.1. Idade

1.2. Cor

1.3. Escolaridade

1.4. Profissão/Ocupação

1.5. Estado civil

1.6. Renda Pessoal

1.7. Renda Familiar

1.8. Município de residência das vítimas

1.11. Habitação? () Própria () Alugada () Outro

PARTE II

QUESTÃO 01: Em sua opinião, Qual a dificuldade para o andamento do seu tratamento, quer seja, do processo de judicialização?

QUESTÃO 02: Você acha que há interferência no processo de judicialização por gestores na dificuldade desta assistência ou distribuição medicamentosa? Por quê?

Obrigado pela colaboração!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXY, Robert. Teoria dos Direitos Fundamentais. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

ANGELI, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. Como somos enganados e o que podemos fazer a respeito.* Rio de Janeiro: Record; 2007.

ANDRADE, E. A judicialização da saúde e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. *RevMed Minas Gerais* 2008; 18(4 Supl. 4):S46-S50.

ARANTES, Rogério Bastos. Ministério Público e política no Brasil. São Paulo: Sumaré, 2002.

BARATA, Rita de Cássia Barradas e CHIEFFI, Ana Luiza. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, p. 421-429, 2009.

BARCELOS, P. *Perfil de demandas judiciais de medicamentos da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo: um estudo exploratório* [dissertação]. (Rio de Janeiro - RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.

BARROSO, Luís Roberto. O Direito Constitucional e a Efetividade de Suas Normas: limites e possibilidades da Constituição Brasileira. 3ª ed. São Paulo: Renovar, 1996.

BOING, A. *Política e Constituição: a judicialização do acesso a medicamentos em Santa Catarina* [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2008.

BRASIL. Constituição da República de 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br Acesso em 25/05/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. ***O remédio via Justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais.*** Brasília: Ministério da Saúde; 2005

BRASIL. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. ***Diário Oficial da União*** 2004; 20 maio.

BOMFIM, R., *Agenda única de saúde: a busca do acesso universal e a garantia do direito à saúde*[tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. ***Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de dispensação em caráter excepcional.*** Brasília: CONASS; 2004

CHIEFI, R. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. ***CadSaude Publica*** 2009; 25(8):1839-1349

FIGUEIREDO, A. *Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro: A aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

LOPES L, Barberato Filho S, Polimeno NC, Costa AC, Naffah Filho M, Correa MC, Osorio-de-Castro CGS. Medicamentos antineoplásicos e ações judiciais: contribuição para o modelo de assistência farmacêutica no SUS. In: **Relatório de resultados dos projetos de pesquisa - Seminário PPSUS-SP**. São Paulo; 2008.

MACHADO, M. *Acesso a medicamentos via poder judiciário no estado de Minas Gerais* [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

MARÍN N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, organizadores. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

MARQUES S, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Rev. Saude Publica** 2007; 41(1):101-107.

MESSEDER A, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **CadSaude Publica** 2005; 21(2):525-534.

MOURA, Cid Capobiango Soares de. *A Judicialização da Saúde, a Realidade da Saúde Pública Brasileira e os Danos Marginais*. Universo Jurídico, Juiz de Fora, ano XI, 03 de abr. de 2012.

PESSOA. N. *Perfil das solicitações administrativas e judiciais de medicamentos impetradas contra a Secretaria de Saúde do estado do Ceará* [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2007.

SANTOS C, Guimarães LG, Gonçalves SA. **Estratégias para reorganização e otimização das atividades destinadas ao fornecimento de medicamentos demandados judicialmente contra a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito**

Federal [monografia de especialização]. Brasília (DF): Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2006.

TEIXEIRA, Tatiana Cardoso; **PACHECO**, Pablo Viana. ***A judicialização do direito à saúde e o princípio da reversa do possível: necessidade de uma interpretação sistemática da Constituição.*** In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 85, fev 2011. Disponível em: <<http://www.ambitojuridico.com.br>. Acessado em maio de 2014.

VIEIRAS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública** 2007; 41(2):214-222.