



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

JESSICA CATANEO

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CAMPO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

FLORIANÓPOLIS

2016

JESSICA CATANEO

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CAMPO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dra. Keli Regina Dal Prá.

FLORIANÓPOLIS

2016

JESSICA CATANEO

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Florianópolis, 07 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Keli Regina Dal Prá
Departamento de Serviço Social – UFSC
Presidente

Dra. Michelly Laurita Wiese
Departamento de Serviço Social – UFSC
1ª Examinadora

Msc. Daniela Castamann
Curso de Serviço Social - UNESPAR
2ª Examinadora

FLORIANÓPOLIS

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, aos meus irmãos, a Tata e a vó Vera por estarem ao meu lado durante toda a minha trajetória acadêmica, me apoiando, acreditando nos meus potenciais e me incentivando para que eu pudesse seguir em frente.

Agradeço as profissionais que estiveram presentes durante o meu processo de aprendizagem, professoras, palestrantes, em especial as Assistentes Sociais Débora Martini e Marina dos Santos Souza por me acolherem em campo de estágio e doarem seu tempo e aprendizagem para minha formação enquanto profissional. A professora do Departamento de Serviço Social Dra. Keli Regina Dal Prá que durante a minha graduação esteve presente enquanto docente doando-se enquanto profissional para formação de profissionais éticos e comprometidos e que esteve ao meu lado durante a realização desse trabalho com muita paciência para que ele pudesse atender a todas as minhas expectativas.

Agradeço as pessoas que durante a minha graduação estiveram presentes na minha vida de alguma forma, me apoiando e incentivando.

Agradeço a Deus por ter me dado condições de buscar meus objetivos e saúde para alcança-los. Peço que me dê disposição para seguir em Frente.

A todos os meus mais sinceros Agradecimentos.

“Oferta e demanda em saúde nunca chegarão a um equilíbrio; ao contrário, a demanda continuará a exceder a oferta e o debate sobre direitos a cuidados de saúde se intensificará”.

(Christopher Newdick)

LISTA DE SIGLAS

ABRANGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AD	Atenção Domiciliar
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAP's	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
DPU	Defensoria Pública da União
ESF	Equipe Saúde da Família
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IPASF	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Servidores do Estado
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes
IAPETEC	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos trabalhadores em transportes e carga
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IANPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MMAP	Modelo Médio Assistencial Privatista
MP	Ministério Público
MPAS	Ministério da Previdência Social
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
NASF	Núcleo de Apoio em Saúde da Família
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PROCON	Programa de Proteção e Defesa do Consumidor
SUDS	Sistema Único Descentralizado em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CAMPO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

O trabalho tem como tema a judicialização da saúde no campo da atenção domiciliar que se constitui como extensão da internação hospitalar. A pesquisa bibliográfica identificou elementos sobre a origem dos processos de judicialização da saúde pública no Brasil tratado-a como um fenômeno social e analisa a judicialização na atenção domiciliar, levando em consideração a responsabilização da família pelos cuidados com o usuário sem a assistência adequada do Estado, considerando os impactos e implicações desse processo. Os resultados da pesquisa indicaram o processo de judicialização como um fenômeno crescente e gradativo, sendo justificado, pelo Estado, em função da sua deficiência em atender todos que necessitam de internação hospitalar, por falta de verbas e infraestrutura. No campo da internação domiciliar o Estado se isenta da efetivação do direito do usuário com os cuidados de saúde, com o cuidador - sobrecarregando uma pessoa predominantemente feminina e sem habilidades técnicas para os cuidados - e a família pela responsabilidade do tratamento de saúde do paciente, com os custos financeiros e emocionais. A desresponsabilização do Estado com a saúde por meio de terceirizações de serviços públicos e das internações domiciliares tem se configurado em nova perspectiva da saúde brasileira.

Palavras Chave: Atenção Domiciliar, Judicialização, Saúde, Família.

JUDICIALIZATION OF HEALTH IN THE FIELD OF DOMICILIARY ATTENTION

The work has as its theme the judicialization of health in the field of home care, which is an extension of hospitalization. The bibliographic research identified elements about the origin of the processes of public health judicialization in Brazil treated it as a social phenomenon and analyzes the judicialization in home care, taking into account the responsibility of the family for care with the user without the adequate assistance of the State, Considering the impacts and implications of this process. The results of the research indicated the process of judicialization as a growing and gradual phenomenon, being justified by the State, due to its deficiency in attending all those who need hospital admission due to lack of funds and infrastructure. In the field of home hospitalization, the State exempts itself from the enforcement of the user's right to health care, with the caregiver - overloading a predominantly female person with no technical skills for care - and the family for the responsibility of the patient's health care, With financial and emotional costs. The lack of accountability of the State to health through outsourcing of public services and home hospitalizations has been configured in a new perspective of Brazilian health.

Keywords: Home Care, Judiciary, Health, Family.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: PERCURSO HISTÓRICO E ARCABOUÇO LEGAL	13
2.1 Contexto histórico da política de saúde	13
2.2 A garantia do direito a saúde a partir das normativas legais	22
3. JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE	39
3.1 Judicialização da saúde: exercício de cidadania ou ineficiência do Estado?.....	39
3.2 Judicialização dos cuidados para família e desresponsabilização do Estado	47
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
ANEXOS	61
ANEXO 01 - RESOLUÇÃO CNJ 31	61

1. INTRODUÇÃO

A história da política social brasileira é marcada por avanços e retrocessos. No presente trabalho nos debruçamos sobre a política pública de saúde brasileira que passou por inúmeros momentos e modelos de atenção a saúde da população desde a forma de seguro social, ou seja, contributiva e benéfica a uma parcela da população, ao sistema que temos hoje em que se configura por um sistema único que abrange a toda a parcela da população e que faz parte do sistema de seguridade social caracterizando-se como política não contributiva.

Entre os avanços a Constituição Federal Brasileira de 1988 fundamentou a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, os seus arcabouços legais, explicitaram os direitos da população e o dever do Estado em promover saúde, oferecendo serviços públicos de qualidade.

Esse processo de fundamentação do direito constitucional, instrumentalizou o usuário do serviço público de saúde a reivindicar o que ele entende por seu direito subjetivo pautado nas normatizações legais do SUS.

Essa reivindicação é realizada via Poder Judiciário que ao longo dos anos tem se mostrado uma instituição cada vez mais atuante frente à sociedade. A função típica deste Poder relacionada à aplicação da norma jurídica, tem dado espaço para uma atuação mais proativa por parte dos seus membros como forma de tentar atender ao máximo o interesse dos cidadãos. Neste contexto, verifica-se a ocorrência do fenômeno da judicialização que, por ora, será um dos objetos deste estudo considerando a importância de análise desse processo de judicialização que vem gradativamente aumentando aos longos dos anos principalmente na política de saúde, os processos judiciais contam com pedidos de medicamentos a uma nova necessidade que é a busca de insumos e mão de obra qualificada para além do espaço institucional de cuidado a saúde. Assim, delimitado seu conceito, o embasamento histórico, bem como as causas impulsionadoras deste fenômeno, será possível aferir o motivo pelo qual o Poder Judiciário ainda é visto como uma, para não dizer a única, instituição apta a pacificar as inúmeras divergências que surgem no âmbito do direito à saúde.

Esse trabalho se propõe a aprofundar a judicialização da saúde na atenção domiciliar, que trata das internações domiciliares, quais as implicações que essa modalidade de internação traz para a gestão financeira do Estado, para a dinâmica dos familiares dos pacientes, quem se configura por cuidador e quais os impactos e responsabilidades dessa

atividade na vida dessa pessoa. Bem como a responsabilização da família pelos cuidados com o paciente e desresponsabilização do Estado nesse processo.

Tenta propor o início da problematização dessa modalidade de internação, que é a extensão do hospital e os motivos pelos quais o Estado se exime da responsabilidade com o tratamento de saúde do paciente que aceita a internação domiciliar.

Esse processo é construído por uma linha histórica da política de saúde desde o fim do modelo de saúde Sanitarismo Campanhista a herança histórica deixa pelo Modelo Médico Assistencial Privatista. Nos dias atuais estamos caminhando a passos largos para um passado o qual movimentos sociais lutaram para modificar.

Essa linha histórica é traçada no presente trabalho, por revisão bibliográfica, de natureza qualitativa apoiando-se nos autores Carlini (2012), Mendes (1995), Ronsein (2010), DalPrá (2006), Wiese (2006), Madel (1991), Sierra (2014), bem como a fundamentação legal da política de saúde brasileira.

O interesse pelo tema de pesquisa se dá pela aproximação com casos de judicialização domiciliar e atendimentos a usuários dessa modalidade no campo de estágio Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). O tema judicialização da saúde no campo da atenção domiciliar é um fenômeno que vem aumentando no Brasil e desta forma ainda possui pouquíssimas pesquisas sobre a temática o que representou um desafio. É um fascinante e complexo processo que envolve Estado, sociedade, famílias e usuários da política de saúde.

O trabalho está dividido em duas seções a primeira dividida em dois subitens o primeiro que trata do contexto histórico da política de saúde brasileira até a implementação do SUS, com a Constituição Federal de 1988 e a segunda seção traz o arcabouço legal que fundamenta a política de saúde brasileira o que fundamenta processos de judicialização na saúde já que assegura direito como um direito de todos e dever do Estado. A segunda seção também está dividida em dois subitens o primeiro que trata do conceito de judicialização suas justificativas, seus apontamentos, entrando nas principais demandas de saúde judicializadas hoje no Brasil, mostrando que as implicações desse processo são sentidas tanto por usuários quanto pelo Estado. O segundo subitem entra na judicialização da saúde na atenção domiciliar dando início a problemática das internações domiciliares que responsabilizam a família pelo cuidado ao usuário sem considerar quais os efeitos dessa responsabilização.

SEÇÃO I

2. CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: PERCURSO HISTÓRICO E ARCABOUÇO LEGAL

Essa seção tem por objetivo delinear uma linha do tempo a respeito da criação e implementação do SUS, como se desenvolveu a perspectiva de saúde como um direito, quais avanços foram conquistados no decorrer do tempo. Esta dividida em dois subitens o primeiro sobre o contexto histórico de construção do SUS e o segundo momento sobre o arcabouço legal que fundamenta o direito a saúde no Brasil. Essa construção é importante para que se possa realizar uma análise da oferta dos serviços de saúde nos dias atuais.

2.1 Contexto histórico da política de saúde

Nos dias atuais quando nos debruçamos para uma análise sobre o sistema de saúde pública do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo com falhas causadas, muitas vezes por má administração, configura-se como um sistema comparado a outros países, que em tese abrange a totalidade a população brasileira. Isto é, todos os cidadãos têm assegurado na Constituição Federal de 1988 o direito ao acesso à serviços de saúde pública. Porém para que isso se tornasse efetivo, a construção do SUS e os períodos históricos que antecederam sua implementação foram de tencionamentos e mudanças.

Para esse resgate histórico precisamos voltar ao ano de 1889 onde a sociedade brasileira tinha como população predominante aquela que ocupava o espaço rural, lavradores e agricultores e, o que movimentava a economia brasileira era a agroexportação, principalmente do café. Neste período o modelo de atenção à saúde era denominado de Sanitarismo Campanhista, caracterizado pelo cuidado com a saúde, focado nas doenças de massa articuladas em ações coletivas para evitar que a população adoecesse e principalmente para que não transportasse doenças para outros países os quais mantinham negócios. Mendes (1995, p.20) caracteriza este período como “uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação”. Uma política higienista pode ser bem retratada em tal modelo, pois a saúde era tida como um problema individual, cada indivíduo se responsabiliza pela sua

doença. Os tratamentos e serviços oferecidos no período eram ofertados pelas Santas Casas, por médicos de famílias - estes de alto custo financeiro e acessado apenas por quem tinha condições de pagar - ou por curandeiros, benzedeiros e boticários (farmácias) este acessado pela população mais pobre. Ao Estado cabia o controle do coletivo para que nenhum surto ou epidemia abalasse a saúde de todos e prejudicasse a economia, assim como o isolamento de quem representasse ameaça. Tal controle era tão extremo que Mendes (1995) compara o controle do Estado com intervenções militaristas, caracterizada por repressão sobre o individual e o coletivo. Madel (1991, p.79) indica que o Sanitarismo Campanhista é um sistema de “inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e coletivo”.

Em 1923 é instituída a Lei Elói Chaves e com ela surge a Previdência Social no Brasil, cria-se concomitantemente as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), estas organizadas e administradas por empresas e pelo Estado, que ofereciam assistência médica para trabalhadores formais, na mesma lógica de atuação da Previdência Social que instituída uma seguridade aos trabalhadores de carteira assinada e contribuintes do ministério (MENDES, 1995, MADEL, 1991).

Com o início de uma economia industrializada, instala-se a crise do Modelo Sanitarista Campanhista, em 1930 toma forma o Modelo Médico Assistencial Privatista (MMAP), que começa a se desenvolver para atender as novas necessidades que a sociedade apresentava sendo estas a atenção a uma população emigrante do âmbito rural para o espaço urbano, trabalhadores agora empregados em grandes indústrias, com processos de trabalho baseados no taylorismo, isto é, um sistema onde o funcionário deveria apenas exercer sua função/tarefa em um menor tempo possível durante o processo produtivo, não havendo necessidade de conhecimento da forma como se chegava ao resultado final. Este modelo tinha como figura central o profissional médico que era responsável por resolver todos os problemas de saúde da classe trabalhadora, com foco na área clínica. O MMAP visava atender uma nova demanda social, diferente do que acontecia no Modelo Sanitarista Campanhista, o espaço que adoecia o trabalhador agora é o próprio espaço de trabalho (lembrando que devido ao processo de industrialização este espaço era a própria fábrica) não mais as doenças de massa.

O espaço de atenção à saúde (hospital) então dá resposta à parte clínica e biológica do trabalhador, mas não evita com que outros profissionais adoecem, pois no MMAP não

interessava saber se era o processo de trabalho que estava adoecendo os trabalhadores, seu foco era em como trata-los de forma clínica para que voltassem a produzir. Desta forma, a atenção médica era dada quando a doença já estava instalada, não havia espaço para o coletivo e nem tempo para que ações de promoção e prevenção fossem realizadas. O atendimento tinha de ser direto e individual para que tal enfermidade fosse tratada com a maior agilidade possível.

O Estado precisando também se adequar a nova realidade de uma população urbana, empregada em fábricas necessitando de auxílio para a sua saúde, recorre ao setor privado e compra esse serviço do mesmo. Toda a assistência era concedida com prioridade ao trabalhador urbano, isto é, com carteira de trabalho assinada. Em 1933 as CAPs dão lugar aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) criados pelo Governo de Getúlio Vargas favorecendo os trabalhadores urbanos, organizados por categoria profissional. Madel (1991) caracteriza o período e a implantação de tais programas e serviços de atenção médica numa prática clientelista o que fundamentou o regime populista do Governo Vargas que se caracterizou por marcante favorecimento a classe trabalhadora urbana. Segundo Mendes (1995, p.21), o primeiro instituto a ser criado por categoria profissional é o dos marítimos, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), seguido pelo dos comerciários (IAPC) e bancários (IAPB), em 1936 institui-se dos industriários (IAPI), servidores do Estado (IPASF) e trabalhadores em transportes e cargas (IAPETEC) já em 1938. Assim, percebeu-se que era mais viável unificar todos em um único instituto denominado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 que assegurasse a todos os trabalhadores do mercado formal de trabalho. O INPS possuía administração tripartite, ou seja, o financiamento era dividido entre união, trabalhador e empresa. Nessa tríade os trabalhadores participam na elaboração de medidas em prol do trabalho, porém durante esse processo os trabalhadores são “expulsos” dessa gestão (MENDES, 1995).

O MMAP tinha o hospital como unidade prioritária, é ele que dá atenção á doença e onde a figura central desse modelo é o médico. Este modelo tem como características ser curativista, de atendimento individual pode ser estruturado como uma pirâmide onde a sua base é o subsistema Estatal que tem por representação o Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, espaço onde se exercia a medicina simplificada que se destinava a parcela da população não integrada economicamente, e onde se concentravam as ações públicas de saúde. No meio, um subsistema privado contratado e conveniado com a

Previdência Social, espaço que cobria os beneficiários daquela instituição e alguns dos setores atingidos pela universalização excludente, a sustentação política desse subsistema dava-se pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Federação das Misericórdias juntamente com a burocracia previdenciária e por sindicatos de trabalhadores. Quase na extremidade um subsistema privado de atenção médica supletiva onde seu objetivo era atrair mão-de-obra qualificada das grandes empresas, o principal interlocutor político desse subsistema era a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE), porém esse a hegemonizar-se nos anos 1980, não chega a atingir uma parcela significativa de beneficiários. No seu topo um subsistema de alta tecnologia financiado e estimulado pelo convênio com o Ministério da Educação (MEC)/Ministério da Previdência Social (MPAS) em torno de hospitais universitários com maior densidade tecnológica, porém se configurou também como um espaço de articulação de interesses das elites médicas e do setor privado de bens e serviços (MENDES, 1995).

Pode-se ressaltar como característica do MMAP a extensão da cobertura previdenciária que visava abranger a quase totalidade da população rural e urbana, a intervenção estatal no sentido de criar um complexo médico-industrial, a prática médica individual assistencial e especializada, orientada nos termos da lucratividade propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o setor privado que ofertava esse serviço (MENDES 1995).

Segundo Mendes (1995 p.24), em 1969 havia 74.543 leitos privados no país, em 1984 atingiram um número de 348.255 leitos privados no país, isto é, em 24 anos a rede privada de serviços médicos cresceu cerca de 465% financiada sobretudo pela Previdência Social, totalmente conformadora de um sistema hospitalocêntrico. Segundo o autor o setor privado tornou-se o único contratado da Previdência Social no período de 1971 a 1977, com isso as internações cresceram 322%, as consultas médicas 638% e os serviços de apoio ao diagnóstico 434%, explicitando o crescimento do setor com financiamento público.

Pois bem, o financiamento desse modelo, de acordo com Mendes (1995), era assentado num tripé: o Estado como financiador do sistema pela Previdência Social, o setor de empresas privadas nacional como prestador de serviços contratado pelo Estado, e por fim o setor de empresas privadas internacional como produtor de insumos, isto é, fornecedor de equipamentos biomédicos e medicamentos. Isso caracterizava um modelo de alto custo para o Estado uma vez que atuava na alta complexidade. No decorrer do tempo de implementação

não somente os custos para manter o modelo apresentavam problemas, a parcela da população excluída, ou seja, a população que não obtinha um contrato formal de trabalho e que não era assistida pelo MMPA começava a emergir. Segundo Madel (1991) generaliza-se uma demanda social para consultas médicas em resposta a grave situação da saúde da população. O setor de atenção à saúde mantém seu foco como setor privado de serviços médicos, o que mercantiliza a atenção à saúde onde o mais importante é o lucro do setor e não a cura da clientela.

O ensino médico do período também desenvolve-se desvinculado à realidade sanitária da população, mantém seu foco em especialização e sofisticação tecnológica dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares para atender um setor privado de oferta de serviços médicos desvinculados à atenção ao usuário do serviço de saúde. “Assistimos, finalmente, à consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população” (MADEL, 1991, p.82). Assim iniciasse a crise do MMAP com altos custos para manter um sistema excludente, uma oferta de serviço cada vez mais percebida numa lógica de mercado, profissionais sendo formados descolados da necessidade da população e por fim o início de uma insatisfação popular com a percepção de que a atenção à saúde tinha virado mera mercadoria (MADEL, 1991). “A imagem da medicina como solução miraculosa para as más condições de vida começou a ser socialmente percebida como miragem, a ser publicamente denunciada e desmascarada” (MADEL, 1991, p.82), isto é, a assistência clínica dada no período, só tratava o biológico na alta complexidade não estava mais surtindo efeito. O MMAP estava chegando ao seu esgotamento e uma nova forma de pensar a saúde da população fazia-se necessário.

Em meados de 1975 o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) começa a ganhar voz no cenário social brasileiro, trazendo entre suas propostas a saúde como um direito de todos e dever do Estado, o conceito ampliado de saúde o qual abrange aspectos sociais, econômicos, culturais, entre outros. O movimento explicitava que saúde ia além de fatores biológicos, uma percepção ampliada das circunstâncias da doença. O objetivo era romper com a cidadania regulada, isto é, com as bases políticas compensatórias, onde o direito ao acesso a serviços de saúde pública eram ofertados somente para trabalhadores formais e transitar para uma cidadania plena. Não ter nenhuma discriminação no acesso à política de saúde, gozar dela todo e qualquer cidadão brasileiro, independente de ser trabalhador formal ou não,

contribuinte da Previdência Social ou não, o acesso aos serviços de saúde pública seriam direito de todos (MENDES, 1995).

Trazer a perspectiva de direito abrangia muito mais que a forma de acesso do usuário à política, tratava também de uma mudança da oferta por parte do Estado, isto é, garantir o serviço pelo âmbito público, não comprar mais da iniciativa privada e terceirizar o serviço, uma mudança estrutural do sistema também se fazia necessária.

Compõem o MRS a sociedade civil, médicos dos departamentos de medicina preventiva, universidades, movimentos comunitários, clínicos dos hospitais gerais públicos e alguns liberais ligados à Previdência Social (MADEL, 1991).

Dentre as mudanças propostas pelo MRS na forma na qual o sistema de saúde estava estruturado, destacam-se três aspectos: político jurídico, isto é, mudança na legislação; político institucional, isto é, estabelecer mando único de governo na política de saúde; político operativo, isto é, a descentralização das ações onde Estado e municípios participam da oferta de serviços e da gestão da política. O movimento também levantava a demanda que não poderiam dois ministérios gerir uma política, como acontecia anteriormente. Aqui ações de prevenção e promoção de saúde eram vistas como prioridade. Outra estratégia do MRS era trazer os princípios essenciais de integralidade das ações, universalidade, e a descentralização em cada instância federativa e a participação popular (MENDES, 1995; MADEL, 1991).

Em meio a toda essa mudança conjuntural da sociedade brasileira, acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde entre os dias 17 e 21 de março de 1986, que teve como temas: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor saúde. Foi o espaço onde o MRS teve voz para discutir seus projetos e apresentar seus trabalhos. Nesta foram realizadas pelo MRS pré-conferências municipais e estaduais, já exercitando a descentralização proposta com o objetivo de que a sociedade civil discutisse as ideias do movimento e realizasse a avaliação da política de saúde. No evento vale destacar a participação de Antônio Sérgio da Silva Arouca que discursou sobre o tema Democracia é Saúde e parte de sua participação pautou-se nas seguintes percepções: “Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, a vestimenta, a educação, e, até a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo” (AROUCA, 1987).

Essa discussão acerca dos caminhos e diretrizes do MRS alongou-se entre os anos de 1987 e 1988, o que envolveu os mais variados grupos de esquerda, contra conservadores e

liberais. Segundo Madel (1991) as divergências entre eles eram notórias, sempre por posições contrárias sobre os projetos ou princípios discordantes.

As discussões se acirraram sobretudo em torno de questões fundamentais, como finalidades, diretrizes e métodos da reforma sanitária, e estratégias e táticas necessárias para assegurar a irreversibilidade de suas conquistas. Grande parte das divergências aparecem no tratamento desses pontos mais gerais, mas também houve casos mais específicos, concernentes e conteúdos dos programas, diretrizes e prioridades a atingir com a reforma (MADEL, 1991, p.90).

A proposta é de unificação institucional dos serviços de saúde, isto é, unir as instituições e serviços de saúde em um só. O Ministério da Saúde seria o responsável por conduzir, gestar e executar a Reforma Sanitária e toda a política de saúde (MADEL, 1991).

Em 1987 os serviços institucionais de saúde foram unificados e foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A proposta de descentralização dos serviços de saúde proposta pelo MRS baseava-se na experiência das Ações Integradas de Saúde (AIS), de 1983, com a criação de conselhos municipais e interinstitucionais de gestão de serviços de atenção, estes supunham a participação popular através de representantes da comunidade no planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde (MADEL, 1991).

A hierarquização dos atos e serviços médicos trazia o início da lógica de complexidades, de atenção primária, vista hoje como atenção básica e a atenção específica, como hospitais e ambulatórios. Esta trazida pelos próprios profissionais “eles reivindicaram prioridade para os cuidados primários, integrados aos secundários e mesmo, no caso de certas patologias crônicas e das emergências, aos cuidados hospitalares terciários” (MADEL, 1991, p.92).

A democratização da política de saúde era mais do que uma necessidade, há essa altura era um fato a ser conquistado, e a participação popular frente a isso se tornava cada vez mais aderente. A Reforma Sanitária era necessária, a história de luta pela efetivação de um direito não podia ter sido em vão e todos os movimentos feitos ao longo de anos não poderiam ser deixados de lado, “apagar as pegadas da história está condenado a repeti-la, como farsa ou como tragédia” (MADEL, 1991, p.94).

Segundo Mendes (1995) na tentativa de realizar os princípios da Reforma Sanitária e preparar a transição do SUDS para o SUS, tentando ainda superar as distorções cometidas na gestão anterior movimentos táticos foram executados, para desconcentração dos estados e estes para os municípios. A desestabilização do Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social (INAMPS) que era a instituição financiadora do MMAP, a diminuição do repasse de verba para o setor privado, aumentando o controle sobre as fraudes no setor privado.

Pois bem, após um longo período ditatorial, de 1964 á 1985 o país passava por um período de redemocratização, com a morte do então presidente Tancredo Neves, José Sarney assume a presidência da república dando continuidade ao processo de redemocratização brasileira.

Em 5 de outubro de 1988 era promulgada a Constituição Federal Brasileira, que tinha como objetivo garantir os direitos sociais, econômicos, políticos e culturais. Também conhecida como a Constituição Cidadã, foi elaborada por 558 constituintes durante um período de 20 meses.

Na Constituição Federal Brasileira de 1988, assegurou-se a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros e um dever a ser provido pelo Estado. No decorrer dos Artigos 196 a 200, estão dispostos os direitos de acesso, as diretrizes do SUS, formas de fiscalização da política de saúde, entre outros. Segundo Mendes (1995, p.47) a “Constituição de 1988 incorpora um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos da prática corrente e hegemônica, mas propondo uma nova lógica organizacional recriada pela Reforma Sanitária”.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 trouxe avanços consideráveis para a sociedade brasileira, decorrente dela no período de 1989/1990 foi elaborada a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes assim como princípios e diretrizes, competências e atribuições e outras providências (MENDES, 1995).

Contudo nem a Constituição Federal de 1988, nem a Lei n. 8.080/1990 contemplam reguladores do setor privado moderno, seja na vertente de produtores de insumos ou no denominado subsistema de atenção médica supletiva (MENDES, 1995).

Devido a vetos presidenciais que atingiram pontos fundamentais em relação à transferência de recursos a estados e municípios, a eliminação de convênios e os critérios de repasse, os espaços da Conferência e dos Conselhos de Saúde que já vinham sendo ocupados pela sociedade civil e terceiro setor, tornaram-se lugares de cobranças ao poder público e reivindicações. Esses movimentos sociais resultaram na Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre transferências de recursos financeiros na área da saúde.

Como decorrência da Constituição Federal de 1988, elaboram-se no decorrer do ano de 1989, Constituições Estaduais, que baseavam-se legalmente na Constituição Brasileira, mas que tenderam a realizar adaptações regionais. As leis orgânicas municipais promulgadas em 1990 adentram os municípios com uma nova concepção de saúde e com novas instâncias federativas do SUS, incorporando o princípio da descentralização entre os entes federal, estadual e municipal (MENDES, 1995).

Desta forma segundo Mendes (1995, p.49), no início dos anos de 1990 com o novo governo de Fernando Collor de Mello, estava sendo removido o “entulho sanitário” e substituído por um arcabouço jurídico: a Constituição Federal de 1988, as Constituições Estaduais, as Leis Orgânicas Municipais, a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Essa parece ser a trajetória do sistema de saúde nos anos de 1980. Porém por conta de toda a herança deixada por tal caminho uma outra trajetória se consolida, esta a hegemonia do projeto neoliberal da saúde, que segundo Mendes (1995) é uma reciclagem da proposta conservadora do MMAP.

Os ajustes do projeto neoliberal no campo das políticas sociais se fundamentam em três opções fundamentais: a privatização dos serviços sociais, principalmente em saúde, que remete a regulação do mercado, ou ao financiamento do setor privado ainda pelo Estado através do patrimonialismo que constitui uma apropriação privada do Estado que socialmente é injusto. A descentralização que no enfoque neoliberal dá-se na proposta da diminuição do Estado, na busca de um Estado mínimo. E por fim a focalização aonde os gastos públicos chegam em pequena proporção para os setores pobres da sociedade, portanto para tais devem ser dirigidos os recursos para programas sociais (MENDES, 1995).

Assim essas três opções do projeto neoliberal estão presentes nas políticas de saúde dos anos de 1980/1990. “A emergência do projeto neoliberal dá-se num contexto de dificuldades econômicas e de abertura política, tendo como pano de fundo uma profunda crise orgânica do Estado” (MENDES, 1995 p.52).

Equiparando ainda a herança do MMAP, o projeto neoliberal está estruturado da seguinte forma:

- Na sua base por um subsistema público;
- No seu meio um deslocamento da hegemonia do subsistema privado contratado e conveniado para o subsistema de atenção médica supletiva este um sistema que se

beneficia da universalização excludente era vendida por seus representantes como um conjunto de modalidades assistenciais que funcionavam a custos zero para o Estado aliviando assim as despesas MPAS;

- No topo o subsistema de alta tecnologia que já era incipiente no MMAP, sofre mudanças substantivas, tanto de natureza quantitativa, quanto qualitativa, é o subsistema que continua representando maior densidade tecnológica. No final dos anos 1980 está consolidado o projeto de saúde neoliberal por esses três subsistemas (MENDES, 1995).

Essa perspectiva do projeto neoliberal da década de 1980 objetiva-se pela abertura dos repasses das funções estatais ao setor privado e ao desfinanciamento do direito conquistado pela Constituição Federal de 1988 que assegura que saúde é um direito de todos e um dever do Estado, isto é, a não garantia do direito a saúde, o que representa que nos dias atuais usuários precisam recorrer ao judiciário para garantia do acesso a serviços de saúde financiados pelo Estado. O projeto neoliberal traz intrínseco a necessidade existente da população a não oferta e não responsabilização do Estado por essa oferta de serviços, ou a terceirização dos serviços ocasionando em precariedade e insuficiência de atendimento. Objetivo esse que até os dias atuais tenta ser rompido, para que o direito constitucional seja efetivado.

2.2 A garantia do direito a saúde a partir das normativas legais

Neste subitem tem-se por objetivo citar as principais regulamentações legais que embasam a política de saúde brasileira, quais avanços propostos pelo MRS foram efetivados, quais foram os movimentos que o arcabouço legal da saúde brasileira foi sofrendo ao longo dos anos até os dias atuais e o que temos hoje que fundamenta o direito à saúde. Cabe ressaltar que os avanços no âmbito legal do direito à saúde, foram construídos após muitos conflitos e de uma história que ainda se faz presente na oferta de serviços de saúde. Institucionalizou-se o conceito de seguridade social como uma nova forma ampliada de planejar, implementar e executar política social no Brasil.

No tripé da seguridade social brasileira, composta pelas políticas de saúde, previdência social e assistência social, somente a saúde pode ser acessada por todo e qualquer cidadão, sem critérios, sem limite e sem que exista um histórico de contribuição, ou de atendimento,

uma vez que a previdência social é um direito de quem contribui previamente e a assistência social é um direito de quem necessita, ou seja, que esteja em violação de direito ou vulnerabilidade social.

O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil hoje está explicitado no:

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, 1988 s/p).

Neste artigo está regulado que o Estado deve garantir saúde mediante as políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, tratando do reconhecimento do conceito ampliado de saúde, isto é, saúde tem como determinantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação) onde o usuário está inserido; o meio socioeconômico e cultural (ocupação, renda, educação, acesso a espaços de lazer); e fatores biológicos (idade, sexo, herança genética) que estão atrelados diretamente às condições de saúde do indivíduo. Sendo assim, o Estado por meio dos municípios tem que garantir o acesso do indivíduo a serviços que o mesmo necessitar, ofertando-os no território do usuário.

O acesso à saúde envolve acessibilidade geográfica, que requer adequado planejamento do território para a oferta dos serviços de saúde; meio socioeconômico que requer as remoções de barreiras de pagamentos para utilização do serviço ou contribuição do usuário; acessibilidade cultural, pois o serviço tem que entender e se adequar aos hábitos e costumes da população usuária e a acessibilidade funcional que se dá através da oferta de serviços adequados e oportunos às necessidades da população no território no qual o serviço está inserido (PEREIRA, 2000, p.522).

O serviço público de saúde jamais pode se caracterizar como temporário, isto é, mesmo sem agravos de saúde o serviço tem que estar disponível para o livre acesso da população usuária sem qualquer contribuição prévia ou discriminação nos níveis de assistência e complexidade o atendimento deve ser integral desde a atenção básica até a alta complexidade.

O direito a saúde retratado no Art. 196. representa o direito a vida, e o Estado não pode ser negligente com os problemas de saúde da população. Já no Art. 197 está regulamentado quem deve fiscalizar controlar e gestar os serviços e ações de saúde.

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 e privado (BRASIL, 1988 s/p).

O artigo refere-se aos avanços conquistados pelo MRS, onde o Estado deve ser o responsável por executar diretamente os serviços de saúde, não mais comprando do setor privado e deixando o mesmo responsável pela oferta de serviços. Porém, ainda é possível que entidades privadas, com ou sem fins lucrativos prestem serviços de saúde, muitas vezes conveniados ao Estado, mas não desresponsabilizando o mesmo pela sua regulamentação. O Art. 198 indica como devem ser organizados e quais são as diretrizes do SUS:

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

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade; (BRASIL, 1988 s/p).

O artigo trata da estruturação do serviço com a descentralização, isto é, a divisão de responsabilidades entre os níveis federativos. No âmbito federal o gestor responsável é o Ministério da Saúde que formula as políticas nacionais de saúde, realiza o planejamento de ações, a normatização, avaliação e controle do SUS e o financiamento/distribuição das ações e serviços públicos de saúde. Na esfera Estadual o gestor responsável é a Secretária Estadual de Saúde onde é realizada a formulação da política estadual, bem como a coordenação e o planejamento do SUS e o financiamento/distribuição das ações e serviços públicos de saúde. Na esfera Municipal, o gestor responsável é a Secretária Municipal de Saúde onde são realizadas as formulações da política municipal de saúde, onde são executadas as ações e serviços de saúde, financiada com recursos próprios ou transferidos pelo gestor federal e/ou estadual do SUS.

O atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, é realizado predominantemente na atenção básica, onde a equipe de saúde tem domínio sobre as demandas territoriais e maior contato com a população usuária do sistema.

Por fim a participação da comunidade foi um avanço significativo na Constituição Federal de 1988, que ocorre através de espaços como conselhos e conferências de saúde, onde a população tem representação e pode explicitar demandas que por vezes os profissionais não estejam percebendo no exercício profissional, bem como fiscalizar os gastos públicos com os serviços de saúde e gerenciar como esses serviços estão sendo oferecidos a população.

O Art.198 indica também que o SUS não é um serviço, mas um sistema único que representa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para o fim de promoção dos serviços de saúde. Sua porta de entrada é dada pelos serviços de atenção primária onde os problemas e demandas de saúde da comunidade devem ser assistidos e acompanhados pela Equipe de Saúde da Família (ESF). Nesse nível de atenção estão os serviços de menor recurso tecnológico e de profissionais para realizar procedimentos mais frequentes.

O Art. 199¹ se faz extremamente importante, pois alerta para a mudança ocorrida nele pela Lei n. 8.080/1990 onde se explica como deve funcionar a participação da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde a população brasileira e de onde partimos uma análise de quais implicações dessa participação temos no SUS.

Art. 199. 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.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos na lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 1988 s/p).

O artigo sofreu alterações na Lei n. 8.080/1990:

Art. 20. Dos serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente

habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços de privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: (Redação dada pela Lei nº 13.097, de 2015)

I – doações de organismos internacionais vinculados à Organização da Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

II – pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015) (BRASIL, 1990 s/p)

Isso significa que quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para a cobertura de serviços à população de um determinado território, o sistema poderá recorrer aos serviços prestados pela iniciativa privada, visando à efetivação do direito do cidadão.

O SUS, não é composto somente por serviços públicos, também conta com uma ampla rede de serviços privados contratados com recursos públicos destinados a saúde, principalmente hospitais e unidades de diagnose e terapia.

Essas instituições privadas contratadas para prestação de serviços pelo SUS deverão atuar conforme princípios básicos e normas técnicas do sistema. O serviço ofertado no setor privado tem equivalência aos serviços públicos, pois atua em nome do SUS.

Cada gestor deverá planejar os serviços públicos de saúde e na sequência complementar a rede de assistência com os serviços ofertados pelo setor privado.

A oferta de serviços de saúde é livre a iniciativa privada, mesmo que esses serviços não sejam comprados pelo SUS. Esses serviços podem ser oferecidos de forma emergencial, esporádica, ou como saúde suplementar através de planos de saúde contratados, por pessoa física ou como benefício trabalhista, regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Na alteração da Constituição Federal de 1988, publicada na Lei n. 8.080/1990 é modificada a participação do capital estrangeiro, abre-se o mercado brasileiro de oferta de serviços à saúde para o setor, que pode realizar investimentos direta ou indiretamente na saúde brasileira. Tal abertura resulta em um movimento estrangeiro de planos de saúde com preços acessíveis para todas as classes da população, o problema está na oferta de serviços desses planos, uma vez que não cobriam todas as necessidades de saúde de seus beneficiários,

as reivindicações via Programa de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON) começaram a ser tornar mais contínuas. Essa falta de assistência dos planos privados aos serviços de saúde para essa população deu início também ao processo de reivindicação da assistência à saúde via sistema judiciário, onde pode-se reclamar um direito e garantir que o mesmo ao fim do processo seja efetivado. Esse movimento de judicialização do direito aos serviços à saúde, porém mostram que quem acessa tal via são usuários dos planos de saúde suplementar, que como já dito não tem o acesso garantido via serviço privado e recorre ao SUS para que o sistema dê assistência que esse usuário necessite neste aspecto a grande maioria dos processos judiciais que envolvem a saúde da população estão voltados para medicamentos de altos custos, procedimentos sofisticados e tratamento de alta complexidade.

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; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº85, 2015)
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para insumo 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, 1990, s/p).

O alcance do SUS não se restringe somente a fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais, mas geográficos como habitação e estrutura, alimentício e ambiental.

No sentido de especificar os princípios do SUS, e dispor sobre os demais serviços em saúde é regulamentada à Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS) que “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990 s/p).

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990. s/p).

No início da Lei n. 8.080/1990 dispõe-se a responsabilidade do Estado com a política de saúde e assistência de saúde a população brasileira reconhecendo que o cidadão por força do seu direito subjetivo a saúde, está legitimado para o exercício de prerrogativas estabelecidas na legislação sanitária e na legislação correlata, nas instancias administrativa e judicial. O §1º do artigo 2 explica o dever do Estado de garantir a oferta de saúde consiste na reformulação e execução de política sociais e econômicas que visem a redução de riscos e doenças e no estabelecimento de condições que efetivem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção em saúde (CARVALHO, SANTOS, 2006). O § 2 não retira da família e sociedade suas responsabilidades com o cuidado do paciente

Salientando que os níveis de saúde estão diretamente ligados à organização social onde o indivíduo está inserido.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013).

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990. s/p).

O artigo trata do conceito de saúde ampliada trazido pelo MRS, que vai além dos fatores biológicos e patológicos sinalizando mais um avanço alcançado pelo movimento. O início do artigo 3 “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País” expressa bem essa nova concepção de saúde, isto é, quanto mais organizada a sociedade economicamente e socialmente maior a probabilidade de obter-se níveis de saúde mais elevados (CARVALHO, SANTOS, 2006). Na continuidade dando organização ao SUS:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração

direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990. s/p).

O artigo 4 dá o direcionamento do sistema, a amplitude e relevância do conceito e do estado de saúde, salienta que o setor privado deve participar de forma complementar sujeitando-se à sua normatividade. Ainda aborda que todo e qualquer serviço público de saúde que integre o SUS, estando vinculado ou não a Secretaria Estadual e Municipal de saúde (como hospitais das forças armadas e hospitais universitários) terão que submeter-se à direção única do SUS (CARVALHO, SANTOS, 2006).

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990. s/p).

O artigo traduz o conteúdo do artigo 196 da Constituição de 1988 que enuncia os objetivos fundamentais do SUS. A maior importância desse artigo está no seu inciso II que reconhece que o estado de saúde, expresso em qualidade de vida, pressupõe condições econômicas e sociais favoráveis ao bem-estar do indivíduo e da coletividade sendo de responsabilidade dos dirigentes do SUS a formulação da política de saúde, visando interferir nos campos econômico e social com o objetivo de prevenir doenças e outros agravos (CARVALHO, SANTOS, 2006).

O Art. 7 trata que os serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que fazem parte do SUS, devem estar de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal de 1988 e obedecer aos princípios do sistema que são:

- Universalidade isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham se tornar acessível a toda a população. O Estado para garantir esse princípio precisa dispor de um volume de recursos financeiros capaz de ser investido na ampliação da infraestrutura do sistema, ou seja, na

construção e reforma de unidades de saúde, na compra de equipamentos e insumos, na contratação e pagamento de profissionais qualificados a trabalhar na produção de ações e serviços de saúde de distintas naturezas e graus de complexidade. Para garantir a universalização do acesso o SUS tem demandado um esforço da gestão para a garantia do financiamento do sistema, bem como para o gerenciamento dos recursos financeiros de modo a que sejam utilizados na expansão e qualificação dos serviços públicos de saúde em todo o país;

- Integralidade de assistência diz respeito às inúmeras ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a pacientes. A integralidade é um atributo do modelo de atenção, entendendo-se que um modelo de atenção integral à saúde contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação em todos os níveis de complexidade. Portanto, o modelo de integralidade proposto no SUS é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, profissional capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações específicas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental dirigidas ao controle de riscos e danos, entre outras;
- Assistência à saúde em todos os níveis de complexidade, sem preconceitos ou privilégios. Acesso à informação qualificada e decodificada sobre direitos e acessos;
- Descentralização da gestão do SUS implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (Ministério da Saúde) para os estados (Secretaria Estadual de Saúde) e municípios (Secretaria Municipal de Saúde). Essa transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político e administrativa do SUS em seu respectivo território, com a transferência de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes. O princípio da descentralização está instituído no Art. 198 da Constituição Federal de 1988, tratando que as ações e

serviços públicos de saúde devem formar parte de uma organização regionalizada e hierarquizada, e que devem constituir um sistema único. A descentralização, junto com a integralidade e universalidade, representa o processo de consolidação de conquistas do direito à saúde como uma questão de cidadania;

- Regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões do espaço político-administrativo;
- Hierarquização dos serviços, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples em tecnologia (unidade básica de saúde) às unidades que dispõe de recursos tecnológicos mais complexos (hospitais), através de um sistema de referência e contrarreferência de usuários e de informações.

O Art.10 trata especificamente da autonomia do município que pode constituir consórcios considerando as necessidades da população do seu território de abrangência, visando ao direito de acesso aos serviços de saúde da população. Carvalho (2006) justifica porque consórcios intermunicipais tem sido um instrumento tão eficaz na oferta de serviços do SUS. “O conceito de rede integrada, regionalizada e hierarquizada exige, para poder subsistir, a conjugação de meios para a obtenção de resultados mais eficientes” (p.97). Os municípios podem se organizar em distritos sanitários de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para cobertura total das ações de saúde (BRASIL, 1990, s/p).

O Art. 15 trata das atribuições no âmbito administrativo da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios dando total ênfase a:

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde; (BRASIL, 1990. s/p).

No art. 15 é afirmado que cabe ao SUS elaborar normas para regular as atividades em saúde através de planejamento e elaboração de proposta como acontece com o inciso X que trata da proposta orçamentaria do sistema em todos os níveis de administração. Isto é partindo do pressuposto de que a eficácia da ação político administrativa está respaldada no

determinante da LOS, está normatividade necessita abranger as ações executadas pelo poder público e ações executadas pela iniciativa privada (CARVALHO, SANTOS, 2006). Dando continuidade no:

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; (BRASIL, 1990. s/p).

O art. 18 é de extrema importância para compreensão do orçamento que o município prevê com os gastos em saúde visando sempre à atenção à coletividade, quais são articulações de rede no qual deve exercer fiscalização, quais serviços devem articular e como devem avaliar as ações de saúde no território. Ao município cabe legislar em interesse local, com autonomia não admitindo interferências da União e do Estado. O recorte feito do âmbito de gestão municipal da política de saúde se dá em virtude, do município ser a administração da ponta do sistema e quem executa mais diretamente os serviços de saúde ampliando sua responsabilidade sobre as ações de promoção e prevenção em saúde nos territórios e a oferta de serviços de saúde no município. Quando há uma ineficiência de assistência e o usuário recorre às vias judiciais tendo decisão favorável ao autor da ação, os gastos para efetivação do direito requerido recaem, majoritariamente sobre o município.

A má administração de recursos públicos, ou despreparo de gestores podem ocasionar algumas falhas na oferta de serviços de saúde como a falta de medicamentos, vagas, leitos, profissionais e insumos básicos.

Considerando os procedimentos de alta complexidade a Lei n. 8.080/1990 prevê o atendimento e internação domiciliar.

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002).

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002).

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002).

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002) (BRASIL, 1990. s/p).

O Art. 19-I regulamenta os atendimentos e internações em casa, como devem ser realizados os suportes para que a família cuide do paciente e assistência que deve ser dada pela equipe multiprofissional para o cuidado com o paciente. O que muito se contrapõe uma vez que a internação em casa, algumas vezes não é a melhor solução e não é o que a família deseja ou considera como melhor opção ao paciente, seja por falta de conhecimento técnico para tratar dos cuidados, ou por falta de condições financeiras e psicológicas. Neste sentido, o Ministério da Saúde iniciou a implementação do Programa Melhor em Casa, que em dois anos de execução já liberou cerca de 3,5 leitos ao dia dos hospitais, delegando esse cuidado à família com suporte da Equipe de saúde da família da atenção básica e equipes do Programa Melhor em Casa (MS, 2013). Como essa assistência é dada, quais os impactos para a família, como o Estado garante o suporte aos cuidados do paciente são temas de estudo desse trabalho.

A modalidade de cuidado domiciliar previsto no art. 19-I da LOS tem tido uma expansão significativa nos últimos anos, esse pode justificar-se pelos cortes de gastos com os serviços de saúde, ou a falta de investimentos financeiros e de infraestrutura no SUS, o que gera precariedade na oferta de vagas de internação hospitalar, falta de assistência para tratamentos de alta complexidade. Cabe ressaltar que nessa modalidade o que tem-se percebido é a transferência dos gastos financeiros do tratamento de saúde do paciente para a família, sobrecarregando e responsabilizando a mesma por essa assistência, o Estado na grande maioria dos casos não tem se responsabilizado pelos insumos ao tratamento do paciente e nem com os profissionais diretos para o acompanhamento do mesmo que é contra referenciado para Atenção Primária em Saúde (APS).

Como já citado, pós Constituição Federal de 1988 e pós promulgação da Lei n. 8.080/1990 iniciam-se os vetos presidenciais em relação ao orçamento para financiamento da política de saúde. Era como se o Estado tivesse aprovado a saúde como um direito de todos, mas não fosse manter os serviços à população. Nesse movimento a população começa a ocupar os conselhos de saúde entendendo que esses espaços de força democrática seria o caminho para cobranças do direito assegurado na Constituição. Com tal movimento da população brasileira organizada por conta dos vetos é promulgada a Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que traz em seus objetivos a participação da comunidade no SUS e sobre

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (MENDES, 1995).

O Art. 2 da Lei n. 8.142/1990 já prevê para onde serão destinados os recursos financeiros da política de saúde brasileira, estes para o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e especifica que devem ser alocados para cada esfera de governo respeitando a diretriz da descentralização do SUS, nos investimentos previstos em lei orçamentaria, nos investimentos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde, na cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal. Dando continuidade sobre como esses recursos serão distribuídos e por quem serão fiscalizados:

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei (BRASIL, 1990, s/p).

Os artigos acima tratam sobre a participação do Conselho de Saúde e da Conferência de Saúde no SUS e na fiscalização de recursos financeiros destinados a saúde, sem prejuízo ao Poder Legislativo. O Conselho de Saúde em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Já a Conferência da Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, isto é, municipal, estadual e federal sempre levando deliberações dos menores níveis aos maiores.

Os fóruns também constituem uma instância de controle sobre o controle social, ou seja, os conselhos. São importantes instrumentos de mobilização social, fiscalização e espaço onde podem ser organizadas demandas de forma mais abrangente. Um dos fóruns que pode ser destacado pela sua importância é o Fórum Contra a Privatização da Saúde que tem ganhado muito espaço de discussão sobre o tema proposto e ganhado espaço nacional também se tornando um rico espaço de exposição de opiniões e luta pelo direito a saúde pública conquistado ao longo de anos.

Os recursos do FNS serão utilizados em despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional, cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados (assistencial ambulatorial e hospitalar) pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. O orçamento da saúde destina-se a financiar ações e serviços públicos de saúde executados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Neste caso os recursos financeiros centralizados na União deverão ser transferidos para as entidades estatais, gestoras do SUS. A descentralização de ações e serviços exige a descentralização de recursos financeiros. O preceito constitucional que assegura ao cidadão o direito a saúde efetiva a obrigação de o Estado Federal garantir seu financiamento. Aqui não se prevê gastos extras, com quaisquer que forem as demandas (CARVALHO, SANTOS, 2006).

Pelo Decreto n. 7.508/2011 que altera a Lei n. 8.080/1990 ficam definidas as Portas de Entrada do SUS:

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I – de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV – especiais de acesso aberto (Ex.: centro de referência de AIDS, a saúde do trabalhador).

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde (BRASIL, 2011, s/p).

Tal artigo do Decreto n. 7.508/2011 regulamenta e norteia uma descentralização dentro do próprio sistema de saúde pública, tornando de fácil acesso o entendimento de trajetória do usuário dentro do SUS. O mesmo ainda trata:

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região (BRASIL, 2011, s/p).

Isto é, se o usuário teve sua entrada pela alta complexidade o seu acompanhamento deve ser realizado pela atenção básica garantindo que seja assegurada a integralidade dos cuidados em saúde. É a dinâmica da referência e contrareferência nesse caso o paciente deve ser contra referenciado para APS.

Considerando que cada ESF é responsável por quatro mil habitantes no território entende-se que muitas vezes eles não consigam realizar o acompanhamento de um paciente diariamente, ou semanalmente que em alguns casos seja o necessário aos cuidados do paciente em internação domiciliar, por exemplo, o que denota uma falta de organização de gestão sobre internações domiciliares sem o acompanhamento devido e uma precarização no processo de trabalho dos profissionais da atenção básica.

É imprescindível, após realizar todo esse resgate histórico e jurídico da política de saúde, entrar no desmonte de direitos sociais que estamos vivendo no ano de 2016, onde retrocedemos na garantia do direito à saúde na perspectiva universal, de um direito assegurado pelo Estado, mas sim um benefício a ser conquistado ou merecido por uma classe específica desconsiderando todos os movimentos e articulações feitas para o avanço dos direitos sociais no Brasil.

Tratamos do Projeto de Emenda Constitucional n. 55 (PEC 55) uma das principais propostas do governo de Michel Temer, que assumiu a presidência da república no dia 31 de agosto de 2016 após o impeachment da então presidente Dilma Rousseff acusada de crime de responsabilidade fiscal. Esta aprovada pelos senadores em 15/12/2016 documentada como Emenda Constitucional 95. A Emenda Constitucional 95 é conhecida como previsão do teto de gastos que define um limite anual de despesas para os três poderes ao longo das próximas duas décadas. Essa é uma operacionalização do princípio da reserva do possível, isto é, garantia do mínimo social não ocorre mais investimentos em políticas sociais, as demandas de usuários e as necessidades de serviços da população tem de se encaixar dentro do que o Estado pode suprir. Nesse sentido,

[...] estabelecer mínimos sociais é mais que um ato jurídico ou um ato formal, pois exige a constituição de um outro estatuto de responsabilidade pública e social. A assistência social e a proposição dos mínimos sociais não se colocam numa concepção ‘minimalista’ fundada no limiar da sobrevivência, mas numa concepção de mínimos sociais que considera ‘ampla e cidadã’ e que se fundamenta num ‘padrão básico de inclusão’. Esta perspectiva supõe as seguintes garantias: sobrevivência biológica, condições de poder trabalhar, qualidade de vida, desenvolvimento humano e atendimento às necessidades humanas (OLIVEIRA, 2007, p.23 apud NUNES, 2010, p.129-130).

As proposições feitas sobre a Emenda Constitucional 95 são, quais são os mínimos sociais? Até onde vai a dignidade humana e como o Estado entende esse fator? O quanto vai poder ser gasto com política social? A reserva do possível é fundamentada e explicitada por alguns magistrados pelo fato de que se os limites não fossem reconhecidos, poderiam comprometer a soberania do País, porque não se pode exigir do Estado o atendimento a um interesse, ou execução de um direito social sem que se considerem os limites financeiros estatais (NUNES, 2010).

Trata-se do congelamento do orçamento público para as políticas sociais que efetivam e viabilizam os direitos constitucionais, o que representa que o Estado passará vinte anos sem investir em saúde e educação, por exemplo, apenas mantendo o que já está previsto de orçamento no ano de 2016. No corpo do seu texto a Emenda Constitucional 95 prevê:

Art. 105. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:

I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal; e
II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 102 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (BRASIL, 2016. p.8).

Destaca-se as aplicações mínimas descrita no artigo, isto é, prevê a manutenção da política de saúde sem investimentos para aprimoramento ou mesmo, para atender todas as necessidades da população brasileira.

Os impactos causados pela Emenda Constitucional 95 ao longo de vinte anos estão sendo estimados por alguns estudiosos, o que aqui podemos analisar é que haverá um aumento notório nos processos de judicialização dos direitos sociais, principalmente no tripé da seguridade social: saúde, previdência social e assistência social.

Muito se têm de trabalhos, artigos e análises sobre a judicialização da saúde, porém a judicialização da política de assistência social é um fenômeno novo, pois quem acessa tal política são usuários em situação de vulnerabilidade social ou em violação de direitos que deveriam como em todas as outras políticas sociais ter seus direitos e necessidades providos. Mas podemos perceber que não é isso que vem ocorrendo no âmbito dos municípios os processos de judicialização dos direitos sociais tem-se tornado cada vez mais frequentes, com a vinda e implementação da Emenda Constitucional 95 esse processo terá um aumento substancial, sem investimento público nas políticas sociais os serviços não darão conta de atender todas as necessidades da população usuária o que levará a novos processos de judicialização dos direitos sociais em exercício pleno de cidadania.

A partir desse cenário, o presente trabalho propõe-se realizar uma análise do processo de judicialização da saúde numa perspectiva, de quando o Estado judicializa os cuidados dos pacientes à família e não realiza qualquer suporte técnico ou de insumos para a assistência do mesmo. Depois de apresentar a trajetória política e econômica, já obtemos o entendimento do quanto o cenário do direito brasileiro é um espaço de tencionamentos, com avanços e retrocessos contínuos que implicam diretamente na população brasileira. Assim, na sequência passaremos a refletir como origina-se o processo de judicialização e quais implicações dele para o Estado, paciente e famílias.

SEÇÃO II

3. JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE

A presente seção pretende abordar o tema judicialização e seus apontamentos na política de saúde. Diante da importância da judicialização, vista pela comunidade acadêmica como um fenômeno torna-se necessária sua conceitualização. A seção está dividida em dois itens, o primeiro trata dos apontamentos da judicialização, quais os sujeitos envolvidos nesse processo e porque o Poder Judiciário desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 tem ganhado tanto espaço na efetivação do direito ao cidadão principalmente na política de saúde, trazendo quais são as maiores demandas dos usuários ao judiciário. O segundo item foca na judicialização da atenção domiciliar, onde o Estado responsabiliza a família pelo usuário eximindo-se das suas responsabilidades.

3.1 Judicialização da saúde: exercício de cidadania ou ineficiência do Estado?

Este item pretende discutir como ocorrem os processos judiciais relacionados à saúde e suas causas, pois ao longo dos anos, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 os direitos sociais foram judicializados, ampliando esse processo na política brasileira de saúde.

Segundo Carlini (2012) judicializar “é um fenômeno social e jurídico no sentido de ser um fato de interesse científico”. Neste sentido o Poder Judiciário que constitui um dos três poderes do Estado, além do Poder Executivo e do Poder Legislativo, tem como designação a função de administração da justiça e da sociedade. Sua principal atribuição se dá em defesa dos interesses e direitos dos cidadãos.

Segundo Sierra (2011) no Brasil a judicialização das políticas sociais iniciou a partir da década de 1990, logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, onde ocorreram avanços e ampliações de direitos sociais efetivando a perspectiva de direito ao cidadão brasileiro, com a expectativa que o Estado assumisse sua responsabilidade na oferta de serviços e mantivesse investimento com o objetivo de assistir todas as necessidades da população. Porém isso não se efetiva na lógica em que foi pensado e o Estado não consegue

atender todas as demandas, falhando na efetivação dos direitos garantidos. A redução dos gastos públicos do Estado afeta diretamente os sistemas de proteção social, que implica na oferta de serviços e causam impactos na população. Neste processo um ator ganha espaço, o Poder Judiciário que na defesa dos direitos do cidadão, efetiva a execução das políticas públicas.

Desta forma as interferências do judiciário na garantia de direitos sociais implicam:

Na execução das políticas públicas que trouxe uma série de implicações com o reconhecimento dos direitos de grupos sociais, pela opção de requerer judicialmente a consideração com a privação material a que estão submetidos. Daí a tendência à invasão no Poder Judiciário por aqueles que, sem condições para recorrer aos serviços no mercado, não conseguem garantir seus direitos pelo acesso às políticas do governo (SIERRA, 2011, p.257).

O ato de judicializar uma demanda traz intrínseco a resolução de uma ineficiência do Estado de garantia de um direito social, isto é fazer com que o Estado solucione uma demanda individual a qual nas primeiras vias não conseguiu ter gestão para atender. Sampaio Júnior (2009) afirma que o Estado é incumbido de produzir e aplicar o direito, o que acabou por lhe atribuir, por meio da figura do Poder Judiciário, a função de resolver qualquer tipo de demanda. Recorrer ao judiciário para efetivação de um direito social assegurado são características de um Estado Neoliberal, com intervenções mínimas que implicam na oferta de serviço, como já discutido no primeiro capítulo desse trabalho, o que pode ter um aumento por conta da Emenda Constitucional 95 que prevê o teto de gastos para as contas públicas, ou seja, as necessidades da população tem que se adequar ao que existe em oferta de serviços, não os serviços se adequarem a demanda da população.

Ainda neste sentido, complementa:

Na modernidade, a tendência ao monoísmo jurídico, acabou por atribuir ao Estado a responsabilidade por toda a produção e aplicação do direito. Por conseguinte, houve a dissolução dos instrumentos de controle e pacificação antes existentes nas sociedades tradicionais. Desestruturaram-se os antigos alicerces sobre os quais se assentava a estrutura de poder na sociedade. As figuras dotadas de autoridade, capazes de mediar um conflito e com poder moral para dirimi-lo, foram progressivamente perdendo o respaldo que lhe conferia aquela autoridade. A máxima popular ‘vá se queixar ao bispo’, que Gilberto Freyre definiu como ‘o prestígio eclesiástico maior que o civil dentro do qual formou-se o espírito da gente peninsular’, tornou-se ultrapassado. As queixas hoje, são feitas diretamente ao juiz, de acordo com um sistema processual devidamente estruturado. Como consequência, verifica-se a falência da mediação no seio da própria sociedade e a

consolidação ao Judiciário como órgão capaz de dirimir controvérsias, até mesmo por ser o único dotado do poder de executar, pela força de suas decisões (SAMPAIO JUNIOR, 2009, p.18).

A partir da ineficiência estatal em ditar e aplicar o direito, o que se nota, nos dias atuais, é a supervalorização do Poder Judiciário e o aumento do fenômeno da judicialização. Vindo de encontro com isso Andrade (2006) compreende que o Poder Judiciário tem sido um dos atores mais demandados nos últimos tempos, pois concretiza a expectativa pela realização da cidadania e dos direitos humanos. Segundo a autora o que vem ocorrendo é uma sobrecarga de responsabilidade do Poder Judiciário.

Segundo Vianna (2006. p.03) o processo de judicialização é a invasão do Direito sobre o social, isto significa dizer que o Poder Judiciário torna-se protagonista na viabilização de direitos. Desta forma o usuário que recorre ao processo judicial como forma de garantia de direito está utilizando “estratégia de mobilização de recursos e argumentos para a defesa e conquista de direitos” (ASENSI, 2010, p.40).

Recorrer a um processo judicial para garantia de um direito social, segundo Marques (2008, p.65) “representa um avanço em relação ao exercício efetivo da cidadania por parte da população brasileira, por outro, significa um ponto de tensão perante os elaboradores e executores da política no Brasil”. Para alguns juristas esse processo de judicialização é positivo uma vez que ele garante a efetividade ao acesso a direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988. Para outra parcela desses profissionais o questionamento realizado é o que está sendo feito em termos de gestão dessas políticas e como estão sendo administrados os recursos designados para a efetivação desses direitos.

Desta forma, o processo judicial obtém esses dois contrapontos, o exercício da cidadania e a falta gestão de políticas públicas que atendam as necessidades da população. O que se percebe é que a população tem se tornado refém dessa ausência proposital do Estado, em suprir as demandas sociais. Veja o termo proposital aqui é usado porque entendessee que o Estado tem poupado recursos para implementação de políticas públicas, cortando medicamentos, procedimentos, alimentos, entre outros, na esperança que a população não reivindique esse direito, pois não é toda a parcela da população que terá informação sobre a via judicial, ou terá condições de acessar ao Poder Judiciário. O Estado tem se poupado de propósito na esperança de economizar recursos financeiros e quando uma demanda for favorável ao usuário pela via judicial, ele terá recursos financeiros para efetivar o direito violado.

A necessidade de recorrer ao Poder Judiciário para garantia de direito, reforça a tendência do mesmo em utilizar seu poder de forma coercitiva ou repressiva, encaminhando para o disciplinamento e a normalização de condutas (FAVERO, 2005, *apud*, SIERRA, 2014, p.40).

Esse processo é fruto de um pluralismo social e da ineficiência do Estado enquanto provedor dos direitos sociais. Dessa forma, na judicialização:

[...] expressa a anomia das sociedades contemporâneas, resultante do movimento progressivo de privatização das normas, de precarização do trabalho e de retração dos serviços do Estado. Nesse contexto, os indivíduos pressionam o sistema jurídico em busca de proteção e segurança (GARAPON, 1999, *apud*, SIERRA, 2014, p.37).

Ao garantir a efetivação de um direito social via Processo Judicial, a gestão assiste uma demanda individual quando o objetivo seria pensar na assistência de uma demanda coletiva que é o objetivo dos serviços públicos.

O direito à saúde, enquanto direito fundamental, se insere na categoria dos chamados direitos de titularidade coletiva. Em virtude da natureza desses direitos, no Brasil consolidou-se o que comumente se denomina de litigância de interesse público, que comporta a ideia de que os direitos não se restringem às meras partes individuais, na medida em que são de titularidade de grupos e coletividades (ASENSI, 2010, p.36).

Isso não somente evidencia um erro em administração de demanda coletiva e efetivação de um direito social como também traz implicações orçamentárias para o gestor. Nesse sentido,

As políticas públicas, por sua vez, destinam-se a racionalizar a prestação coletiva do Estado, com base nas principais necessidades de saúde da população de forma a promover a tão aclamada justiça distributiva, inerente à própria natureza dos direitos sociais (MARQUES, 2008, p.66).

Este processo traz em seu cerne um contraste em que acessa a via judicial para garantia desse direito violado, pois compreende-se que quem faz o uso desse recurso além de obter informação qualificada sobre o assunto ainda possui recurso financeiro para manutenção processual. Segundo Ronsein (2010) em alguns estudos o que se tem mostrado é que a população de maior poder aquisitivo tem se beneficiado dos resultados das decisões judiciais. O que intensifica um debate sobre a universalidade e equidade do SUS. Essa faixa da

população que já possui condições de saúde comparativamente melhores, devido a sua situação financeira, são beneficiados ainda mais devido a sua facilidade de acesso as vias judiciais (RONSEIN, 2010).

Para Ferraz e Vieira (2009), de política pública, universal e igualitária, tendente a minimizar as desigualdades de saúde, decorrentes das desigualdades sociais o SUS se transforma, por meio das ações judiciais, em perpetuador e contribuinte do já elevado déficit de equidade em saúde no país (RONSEIN, 2010, p.153 154).

Além desses aspectos socioeconômicos de quem acessa vias judiciais, estudos de resultados apontam que as ações de processos judiciais estão se concentrando em regiões com melhor nível de organização social, onde os usuários conseguem ter acesso a mais informações sobre seus direitos e desta forma reivindicam mais para a efetivação deles (RONSEIN, 2010).

Por outro viés temos advogados sociais fornecidos pela Defensoria Pública da União (DPU) e consultorias que algumas universidades oferecem realizadas por seus alunos de graduação.

O serviço mais acessado por quem não tem condições de arcar com um processo judicial é a DPU, porém para acessar tal via existe um corte de renda estipulado, isto é, você deve se encaixar numa limite de renda per capita para conseguir o advogado social. Pois bem, veja quem acessa um recurso judicial já está passando por uma situação de direito violado, já está vivendo um momento de fragilidade na saúde própria ou de seu familiar, muitas vezes está tendo que arcar com os gastos de um tratamento, ou medicamento exorbitante. Isso significa que é um processo extremamente desigual na medida em que não leva em consideração todos os gastos de um processo judicial, para o usuário que, por não se encaixar no limite de renda na interpretação realizada, tem total condição de prover o seu processo de acesso ao direito violado. O serviço oferecido é de toda forma excludente uma vez que não leva em consideração os mínimos essenciais para subjetividade e os gastos advindos de um processo judicial.

Por fim pode-se concluir que nos dias atuais os processos judiciais são desiguais, pois quem acessa tal recurso ou tem uma condição econômica, social, cultural e intelectual ampliada, ou faz parte de uma parcela pauperizada da população que muitas vezes consegue acessar serviços gratuitos de advocacia, mas se perde em meio a burocratização dos

processos, papéis, protocolos, solicitações, entre outros requeridos para um processo judicial. Nesse fenômeno temos uma estratificação de classe de quem acessa a justiça brasileira.

A judicialização da política pública acontece quando o Estado não atende a todas as necessidades do usuário para a efetivação do direito e da cidadania. Os aumentos dos processos judiciais não se originam por uma crescente autonomia do sujeito ou pela participação no controle social das políticas públicas, mas pela garantia dos serviços públicos de qualidade e que principalmente atendam as demandas da população brasileira (SIERRA, 2011).

Cabe aqui ressaltar a diferença da judicialização em relação à juridicização. Esta última implica que são muito mais realizadas em conflitos políticos, pois estes são discutidos pelo ponto de vista jurídico, sempre evitando a via judicial, é o espaço onde se adotam estratégias e pactuações extrajudiciais (ASENSI, 2010).

O questionamento a ser feito acerca do processo de recorrer ao Poder Judiciário é, que nos dias atuais houve o fortalecimento de instituições democráticas, ou estamos vivenciando a imaturidade das instituições políticas públicas em gestão de direitos sociais?

De acordo com o Art. 6º da Constituição Federal de 1988, “saúde é um direito de todos e dever do Estado” o que o torna responsável pela demanda de oferta e serviços para manutenção da saúde do usuário (BRASIL, 1988, s/p).

A judicialização da saúde no âmbito público e privado tem efetividade e um aumento substantivo a partir da década de 1990, pós-promulgação da Constituição Federal de 1988 que assegura o direito à saúde constitucionalmente como um dever do Estado Brasileiro na perspectiva universal. Esse processo consiste em buscar a efetividade do atendimento das necessidades de saúde pela via judicial, que determina se a instituição pública ou privada deve atender o que o autor da ação entende como um direito subjetivo. Nos últimos anos houve um aumento significativo de demandas de saúde judicializadas, este processo pode ser percebido por meio da mídia brasileira através de artigos e notícias de jornais (impressos e online) que trazem matérias sobre ações judiciais onde os usuários reivindicam o acesso à saúde, principalmente sobre exames, procedimentos, medicamentos de médio e alto custo (CARRARO; DALPRÁ; WIESE, 2016). Vindo de encontro a isso:

Na quase totalidade dos casos pesquisados, lidos e analisados para esta pesquisa, obtidos junto aos tribunais estaduais e superiores brasileiros, o pedido apresentado pela parte está ancorado em relatório médico que sustenta ser aquele o procedimento (tratamento, medicamento, órtese,

prótese, transplante, entre outros pesquisados) recomendado para o caso concreto [...]. É utilizada ainda para dispensação de medicamentos comuns e de alto custo, medicamentos não consignados na lista da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, medicamentos experimentais, órteses, próteses, produtos específicos para determinadas doenças [...], tratamentos no exterior, obtenção de vagas em unidades de terapias intensivas ou em leitos de unidades específicas (cardiologia, pediatria, queimados, entre outros), fornecimento de alimentos especiais, de fraldas descartáveis para crianças e idosos, para tratamentos de emagrecimentos inclusive cirurgias bariátricas [...], e até pedidos de cuidadores, ou seja, pessoas qualificadas em saúde que possam ficar com os pacientes que não estão em tratamento prolongado mas já não podem mais ficar em hospitais (CARLINI, 2012, p.11-12).

Ainda nesse sentido um relatório disponibilizado pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) traz as demandas judiciais prevalentes no âmbito do SUS. Em uma pesquisa realizada para melhor conhecimento das demandas judiciais foram relacionadas algumas situações. São elas:

- I-Medicamentos que muitas vezes estão à disposição do paciente e mesmo assim ele demanda contra o Estado; outras vezes realmente os medicamentos estão em falta. Se esses medicamentos estão na RENAME, obrigatoriamente deveriam estar à disposição do paciente.
- II. Medicamentos sem registros na ANVISA.
- III. Medicamentos que têm registro na ANVISA, mas não estão na RENAME.
- IV. Medicamentos experimentais em outros países.
- V. Fraldas descartáveis com marcas já determinadas.
- VI. Leite.
- VII. Determinado tipo de alimentação, como vegetais.
- VIII. Exames de apoio diagnóstico.
- IX. Procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos.
- X. Assistência domiciliar com pedido de prótese e órtese e material de apoio como cama hospitalar, entre outros.
- XI. Enfermagem e outros profissionais para assistência domiciliar.
- XII. Respiradores, aspiradores de secreção, curativos de alto custo, insumos de uso diário, dietas industrializadas.
- XIII. Internação compulsória mesmo fora do perfil definido pela Portaria Ministerial, acompanhamento de enfermagem 24 horas.
- XIV. Manutenção indefinida do cuidado domiciliar, não permitindo que a alta seja um critério do profissional de saúde do SUS (UERJ, 2016, s/p).

Partindo de uma análise de quais demandas são judicializadas na política de saúde, podemos perceber que os serviços judicializados estão concentrados predominantemente na área da farmácia, ou seja, medicamentos e nos tratamentos e insumos de média e alta complexidade. Porém esse fenômeno também acontece em tratamentos mais comuns, que não estão ofertados na unidade básica de saúde pública (CARLINI, 2012).

Esse processo de ação judicial para efetivação de um direito individual traz implicações organizacionais e orçamentárias aos estados e municípios.

O panorama atual é de aumento significativo das demandas judiciais em diferentes regiões do país, o que tem sido motivo de preocupação e intenso debate entre os gestores de saúde em todos os níveis federativos, especialmente pelo fato de que as decisões são predominantemente favoráveis ao autor da ação e porque representam inegável impacto sobre a estruturação dos serviços no SUS e sobre os gastos públicos (RONSEIN, 2010, p.31).

Considerando esses dois aspectos de gastos com demandas judicializadas favoráveis ao autor da ação, e impactos na estruturação dos serviços de saúde pública o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) formulou a Resolução CNJ 31 de 30 de março de 2010 (anexo 1) que:

Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde (CNJ, 2010, p. 1).

O Estado tem tentado ao máximo burocratizar as vias judiciais numa tentativa de desaceleração desse processo de garantia de direito social, pois constantemente tem sido enfrentado pelo Poder Judiciário na cobrança que o governo efetive os direitos definidos na Constituição (SIERRA, 2011).

Mostrando uma insatisfação pela escassez de políticas públicas que assegurem o direito social:

O Judiciário emerge, na modernidade, como portador de um conjunto de promessas ou funções declaradas, vinculadas ao pilar da emancipação (defesa de interesses e direitos, justiça, solução de conflitos) e esta discursividade de um poder a serviço do homem, constitui o horizonte ideológico, sob o qual se desenvolve até hoje a sua legitimação, e o horizonte simbólico, sob cujos potenciais infindáveis lutas pela efetividade dos direitos humanos e da cidadania têm sido travadas, com um impacto cotidiano sobre vidas humanas, que não é possível contabilizar (ANDRADE, 2006, p.12).

O Poder Judiciário como defensor da justiça e dos direitos, via Ministério Público (MP) é a única instituição que pode garantir que o Estado cumpra com o seu papel de provedor das políticas sociais em tempos de recuo do Poder Executivo. Pelos apontamentos

realizados no decorrer dessa seção pode-se afirmar que o Poder Judiciário tem-se tornado a principal alternativa de usuários da seguridade social, para garantia de acesso aos direitos sociais. O subitem que dará continuidade a esse trabalho discute qual o novo fenômeno na judicialização da política de saúde tem emergido nos dias atuais, qual a responsabilidade da família enquanto provedora do cuidado ao paciente, quais os impactos sentidos em todos os autores (Estado, família e paciente) envolvidos no processo de judicialização familiar.

3.2 Judicialização dos cuidados para família e desresponsabilização do Estado

Neste item pretende-se discutir uma modalidade de atenção ao paciente que se configura por ser uma extensão de internação, que não se desenvolve no âmbito hospitalar. É a atenção domiciliar, ou seja, internação em casa onde o paciente fica sob responsabilidade de um cuidador, predominantemente membro da família, ou profissional contratado. O que pretende-se problematizar é o início desse processo, considerando toda análise já percorrida até aqui, adentramos no objetivo da pesquisa, discutir os principais aspectos e apontamentos dessa transferência do cuidado para família.

A Atenção Domiciliar (AD) é regulamentada pela Lei n. 8.080/1990 no artigo 19.I e pela Portaria do MS n. 963 de 27 de maio de 2013 que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS:

Art. 2º Para efeitos desta Portaria, considera-se:

I – Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;

II – Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III – Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (MS, 2013, s/p).

Nos últimos anos, tem se percebido a intensificação dessa modalidade de cuidado. Isso se justifica pela necessidade que o Estado tem tido de retenção de gastos, não são ampliados leitos ou ofertadas novas vagas em hospitais e ambulatórios, o que encontra-se disponível

precisa ser desocupado para que novos pacientes possam utilizar do serviço. Tal fenômeno é um processo advindo da construção do sistema que se contrapõe em garantir o direito e ofertar o serviço.

Quando nos referimos à internação hospitalar, remetemos a garantia do cuidado do usuário, sendo assegurado serviço técnico profissional e qualificado para todas as necessidades e particularidades, insumos básicos (cama, aparelhos), medicamentos necessários, alimentação adequada, segurança de acolhida, entre outros fatores que a instituição hospitalar assegura ao usuário. Isso significa dizer que todos esses aspectos citados são de responsabilidade do Estado que está sendo o financiador do tratamento de saúde do paciente bem como responsável pelo cuidado do mesmo.

O aumento do número de internação domiciliar denota um alargamento de responsabilização da família para o cuidado com o seu ente, isto é uma transferência da responsabilidade do Estado para família.

O que se tem percebido é que nesse fenômeno de internação domiciliar algumas famílias tem se posicionado a favor da internação em casa, mesmo sem ter dimensão das implicações que tal modalidade trará para vida delas, para dinâmica familiar e as implicações no tratamento do usuário. A justificativa utilizada centra-se que em casa o cuidado será realizado com mais carinho e os cuidadores e acompanhantes terão possibilidades de estar no seio de sua casa, cortando o vínculo diário com o hospital.

Quando previstos nos arcabouços legais da saúde, a internação domiciliar deve ser pactuada pelo médico, família e usuário todas as partes devem estar de acordo com a internação em domicílio para que ela seja possível. A internação domiciliar tem como diretrizes:

Art. 5º A Atenção Domiciliar seguirá as seguintes diretrizes:

- I – ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;
- II – estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda;
- III – ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;
- IV – estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;
- V – adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e
- VI – estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador (MS, 2013, s/p).

O inciso I do artigo 5 da Portaria n. 693/2013 denota a contrarreferência que a internação domiciliar tem, isto é, quando o usuário é encaminhado para internação no seu domicílio ele é contra referenciado para a atenção básica, que será referência no cuidado e na ação territorial onde o usuário está inserido.

O problema neste caso, é que alguns usuários inspiram um cuidado maior dos profissionais de saúde envolvidos, isso significa um acompanhamento continuo semanal ou diário que muitas vezes não consegue ser assegurado pela atenção básica. Vale ressaltar que a APS é constituída por equipes de saúde da família, que são formadas predominantemente por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser ampliada para equipe de saúde bucal constituída por uma dentista, um auxiliar em odontologia e um técnico em odontologia. Essa equipe recebe o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), equipe multiprofissional podendo ser formada por assistente social, pediatra, nutricionista, psicólogo, psiquiatra, farmacêutico, educador físico, fisioterapeuta, médico acupunturista, fonoaudiólogo, entre outros (BRASIL, 2010).

A equipe NASF também é citada na Portaria n. 693/2013 como auxiliadora da internação domiciliar, o grande problema a ser levantado é que essas equipes são responsáveis por um território maior que o da equipe de saúde da família da unidade básica, dificultando também o acompanhamento continuo da internação domiciliar de alguns pacientes. Como acompanhado no campo de estagio, onde uma profissional de Serviço Social (Assistente Social) é responsável por inúmeras unidades de saúde, com pelo menos quatro equipes de saúde da família, o que sobrecarrega o profissional e o impossibilita de acompanhar diretamente internações domiciliares, o que acabei por acompanhar no campo de estagio NASF – Centro de Florianópolis foram os cuidadores desses usuários buscando apoio na rede de saúde por estarem sobrecarregados e estafados com as responsabilidades assumidas no cuidado ao usuário.

Isso denota que nesse processo de internação domiciliar a maior responsabilidade pelos cuidados e procedimentos ao usuário acaba se tornando do cuidador, que por muitas vezes não tem habilidades técnicas, físicas ou psicológicas para realizar o cuidado.

Neste sentido o MS implementou o Melhor em Casa que é um programa indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço de casa para se locomover até a unidade de saúde, ou para aquelas pessoas onde a atenção domiciliar é a mais indicada para seu tratamento. Visa proporcionar para ao usuário um cuidado mais

próximo da rotina da família, “evitando hospitalizações desnecessárias, diminuindo os riscos de infecções, além claro de estar no aconchego do lar” (MS, 2013, s/p).

Esse cuidado com a equipe do programa melhor em casa pode ser realizado por diferentes formações de equipes de acordo com a necessidade do usuário, segundo dados do programa quando o paciente necessita de visitas em um tempo mais espaçado, uma vez ao mês, as mesmas podem ser realizadas pela equipe de atenção básica em saúde. Já nos casos onde os usuários precisam ser visitados semanalmente ou até mais vezes, poderão ser acompanhados por equipes específicas de atenção domiciliar como as que compõem o Programa Melhor em Casa (MS, 2013, s/p).

O atendimento dessas equipes é realizado de forma multidisciplinar prioritariamente formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social. Cada equipe poderá atender até 60 pacientes simultaneamente (MS, 2013, s/p).

Essas equipes estão previstas e especificadas na Portaria n. 693/2013 nos artigos 7, 8 e 9 que inclusive especifica cada modalidade por número de habitantes.

Ao especificar a equipe do Programa Melhor em Casa, salienta-se a importância do cuidador que é referência para equipe mais uma vez responsabilizando o mesmo pelos cuidados com o usuário e se tornando apoio a esse cuidador (MS, 2013, s/p).

Dentre os benefícios do Programa cita-se um avanço na gestão do sistema público de saúde, que ajudará a desocupar os leitos de hospitais, proporcionando melhor atendimento e regulação nos serviços de urgência nos hospitais, bem como a estimativa de que com a atenção domiciliar obtenha-se uma economia de até 80% nos custos com o paciente, quando comparado aos custos do mesmo internado num hospital (MS, 2013, s/p).

Pois bem, o que se tem é uma equipe capacitada com diversas áreas de conhecimento que presta o “apoio” aos cuidados do usuário em AD, isso significa dizer que por mais que essa equipe faça visitas semanalmente, ou regularmente ela não está vinculada diretamente ao cuidado do usuário no âmbito domiciliar e mais uma vez toda a responsabilidade por esse cuidado é do cuidador designado.

O que se tem percebido nesse processo de internação domiciliar é a tentativa cada vez mais ampliada do Estado em judicializar os cuidados para família numa tentativa de desafogar o sistema e dar conta de todas as demandas de internação hospitalar, transferindo essa responsabilidade para família desocupando leitos e economizando com o tratamento de saúde desse paciente nos dias atuais humanizando esse processo.

Este é mais um ponto crucial da AD, a assistência financeira que o Estado presta às famílias que assumem a responsabilidade pelos cuidados ao paciente. Não se têm registro que o Estado esteja arcando com despesas advindas do tratamento do usuário, a não ser o fornecimento de alguns medicamentos disponíveis em rede e o assessoramento das equipes de saúde que compõe o SUS. Os gastos com tratamentos de pacientes em regime AD vão desde insumos básicos para a existência de aparelhos, ou necessidades do processo de doença, como alimentos, energia, água, entre outros. Isso é característica de um Estado Neoliberal que se eximi das responsabilidades e transferi a família do usuário, intervindo minimamente na oferta de serviço ao usuário. Esses gastos não podem ser assumidos por muitas famílias inseridas no sistema de AD, mas nesse processo de responsabilização familiar da internação domiciliar os gastos recaem sobre as famílias. O único recurso no qual essas podem requerer qualquer assistência do Estado é via Poder Judiciário, iniciando um processo judicial para que as responsabilidades do cuidado com o usuário sejam divididos entre família e Estado.

Além de gastos citados acima, cabe ressaltar que em muitos casos de AD, a família não tem condições financeira de arcar com um cuidador especializado para o cuidado com o usuário e o cuidador designado para os cuidados não terá possibilidade de ter qualquer vínculo empregatício uma vez que sua atenção deverá e estará totalmente voltada ao familiar internado.

Dentre esses aspectos ainda vale lembrar a burocratização dos processos judiciais, bem como custos do processo, corte de renda da DPU, entre outros fatores que fazem com que algumas famílias não acessem a via judicial para assistência do Estado nas internações domiciliares.

O cuidador familiar assume a responsabilidade sobre o usuário, muitas vezes sem ter a menor habilidade técnica ou conhecimentos específicos sobre a doença e seus agravos. Assume, muitas vezes por amor, por afeto, afinidade, carinho, responsabilidade ou por obrigação, responsabilização, isto é, por ser parte da família daquele usuário sente-se responsável por ele e pelos cuidados que ele inspira.

O que geralmente esse cuidador não obtém é a informação que a família não é a única responsável pelos cuidados ao usuário, o Estado e a sociedade dividem essa responsabilidade, o que se dá nesse processo é uma construção histórica na figura da família.

Os vínculos formados por uma família seja ele consanguíneo ou não, são justificados a partir de uma construção histórica de que a família é a primeira instituição no qual somos

inseridos e da qual predominantemente fazemos parte por toda a vida. A responsabilização da família por um indivíduo social não se dá só na política de saúde, mas se justifica tanto por atos benéficos praticados por determinada pessoa, como também pelas suas transgressões.

O Estado utiliza dessa construção histórica para se eximir de responsabilidades transferindo-as para as famílias. É o que acontece na AD, o Estado responsabiliza a família pelo tratamento de saúde do paciente, sem qualquer assistência.

Existem famílias que querem e podem cuidar do tratamento de saúde do seu ente, existem aquelas famílias que querem assumir os cuidados, mas que não tem recursos financeiros para tal e existem ainda aquelas famílias que não querem assumir tal responsabilidade, seja por inexistência de vínculo, a não condição física, psicológica, mental, técnica ou quaisquer que forem os motivos, não querem assumir pra si a responsabilidade por um usuário em situações delicadas de saúde.

Devido essa construção histórica acerca da instituição família, quando a internação domiciliar é proposta por uma das partes (geralmente dos médicos), a negativa da família a coloca como relapsa pela parcela conservadora da sociedade, o seu ente que sempre cuidou e protegeu a todos, ou que se estivesse no seu lugar cuidaria de você, não pode ser rejeitado pela própria família. A família só não se sente segura para os cuidados da saúde do usuário, e sim ela tem esse direito de não querer ser responsabilizada pelo tratamento de saúde do seu familiar. As implicações por falta de habilidade técnica podem ser cruciais para o quadro clínico do paciente.

Judicializar os cuidados para internação familiar, sem uma estrutura de assistência ao cuidador e ao usuário é quase que uma negligência do próprio Estado. Isso é porque não tratamos só da saúde do usuário, mas da saúde do cuidador que sofre com desgastes físicos e psicológicos que na maioria das vezes são deixados de lado para atenção exclusiva ao usuário.

O cuidador também é foco de treinamento do Programa Melhor em Casa, por exemplo, como ele realiza o cuidado contínuo ao tratamento de saúde do usuário e recebe orientações das equipes de saúde do trato e cuidado com o usuário.

A atenção domiciliar é regulamentada e em alguns casos é uma opção, pois previne riscos que uma unidade hospitalar tenha em relação a doenças contagiosas ou infecções. Na perspectiva de algumas famílias também é benéfica como nos apontamentos já mencionados no decorrer desse item.

O que pretende-se aqui não é questionar quais os avanços e agravos da situação clínica do usuário, propõe-se questionar como são dadas as condições para a internação domiciliar, estas na predominância dos casos sem assistência do Estado, com a transferência de gastos e responsabilidades para a instituição familiar.

Esse processo tem uma dinâmica complexa porque apresenta o primeiro ator, o Estado garantidor de direito, provedor de serviços públicos, mas sem efetivação real do seu papel. A instituição hospitalar, que no decorrer do tempo passa a ter uma demanda cada vez maior de usuários e que na maioria das vezes essa demanda excede a oferta de serviços que a instituição obtém de estrutura física e profissional. O profissional (médico) que em algumas situações pressionado pela instituição, precisa desocupar leitos, sugerindo a internação domiciliar se cabível. A família que ao receber a sugestão pode aceitar prontamente na busca de maior conforto para todos, porém que não tem dimensão da responsabilidade que está assumindo, também existe aquela família que não quer assumir a responsabilidade pelos cuidados do usuário, mas se vê responsabilizada por um processo “humanizado” que a convence que essa é a melhor opção. E por fim o usuário, sujeito de direitos que ao sofrer um agravo na situação de saúde, encontra-se no meio de todo esse processo, na maioria das vezes sem saber de quem é a responsabilidade pelos seus cuidados, fragilizado e exposto a agravos de saúde que impliquem em alguns casos a sua vida.

Todas as indicações têm a sua justificativa e percepções sobre o processo, aqui cabe uma análise de qual a maior prioridade nesse processo, se é o cuidado ao usuário, porque ao desocupar a vaga do mesmo na instituição de saúde, o Estado não continua oferecendo a esse paciente profissionais de acompanhamento contínuo, medicamentos, alimentação adequada condições para que sua saúde continue sendo resguardada. Porque o Estado responsabiliza a família por todo esse processo na internação familiar e se eximi da sua responsabilidade?

Hoje, um aspecto inquietante da crise do Estado contemporâneo é a distância entre aquilo que o cidadão espera do Estado e o que ele consegue satisfazer novamente numa perspectiva de Estado Neoliberal.

Espera-se que o Estado cumpra com o seu papel garantido nos arcabouços legais, que ofereça serviços públicos de qualidade, atendendo a todas as demandas da população brasileira, que tenha gestão para investir em qualificação profissional e tecnológica, bem como tenha integralidade em todas as políticas públicas.

A judicialização da atenção à saúde no campo da atenção domiciliar é um processo que traz implicações para vida de inúmeras pessoas que se encontram nessa situação, se por um lado temos o conforto de casa, temos também a responsabilidade sobre a vida de uma pessoa, a falta de assistência estatal e o desgaste emocional. Tentou-se responder tal questão no decorrer desse trabalho que traz uma análise desde a constituição do SUS até os desafios dos dias atuais. Conclui-se que o processo de judicialização da política de saúde sim é uma ineficiência do Estado com características neoliberais, que não supri todas as necessidades da população em contrapartida é um exercício de cidadania do usuário que vê seu direito lesado e recorre ao mecanismo que pode efetivar o direito assegurado constitucionalmente. Já a internação domiciliar é um processo de judicialização inverso onde o Estado responsabiliza a família pelo usuário pelos cuidados e presta o apoio esporádico ao cuidador. E dar início a problematização da atenção domiciliar e suas implicações aos usuários do SUS, as famílias e ao Estado. Salientando aqui a importância que o tema deve ser foco de mais pesquisas que o problematizem.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ser humano é detentor de direitos e garantias por normas legais, nacionais e internacionais. No Brasil a Constituição Federal de 1988 traz em seu corpo os direitos e garantias do indivíduo, com vistas à garantia e preservação da dignidade da pessoa humana. Se tratando de direito à saúde encontra-se em destaque em alguns trechos da constituição brasileira.

Buscando garantir o acesso efetivo de toda a população, em especial nos casos com agravos de saúde em que são necessários maiores gastos para recuperação e assistência do paciente, a interferência do Poder Judiciário tem se tornado cada vez mais frequente nos dias atuais.

A crise na saúde brasileira é clara e a falta de verbas para garantia total para manutenção da saúde do brasileiro é evidente. Isto significa dizer que o Estado não vem cumprindo com o seu papel de provedor de políticas sociais e que não está atendendo a todas as demandas de saúde da população.

A principal discussão sobre o tema da judicialização da saúde é permeada por medicamentos, tratamentos, procedimentos e insumos alguns de altos custos o que o Estado justifica que não tem condições de arcar.

No presente trabalho apresentamos as principais demandas judicializadas no âmbito da política nacional de saúde, porém o foco da pesquisa foi trazer o caminho inverso a esse processo que muito se entrecruza com as justificativas do Estado em não prover as necessidades da população na oferta de serviços.

A judicialização na atenção à saúde, no campo da atenção domiciliar é justificada pelo Estado como uma deficiência em atender todos que necessitam de internação hospitalar, por falta de verbas e infraestrutura. O que denota uma má administração do sistema de saúde pública brasileiro, que não investe recursos onde deveria investir e que não atende as necessidades sanitárias da população se contrapondo a sua Constituição Federal.

A construção histórica do SUS, nos mostra que ainda temos muitas heranças deixadas pelo passado, que ainda nos dias atuais trazem dificuldades para os usuários do sistema, que têm de recorrer ao judiciário para efetivação de um direito social ou no caso da saúde um direito a vida.

O contato enquanto acadêmica no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), realizado no município de Florianópolis no estado de Santa Catarina, onde acompanhei atendimentos de usuários do SUS, com seu direito à saúde violado, apontaram que a judicialização das demandas de saúde tem sido a única opção de encaminhamento ao profissional da área, uma vez que notificações a ouvidoria não tem mais surtido efeito, ou nos melhores casos tem virado estatística.

O Estado não tem cumprido com o que assegura na Constituição Federal de 1988, o SUS não funciona como previsto, o serviço de ponta encontra-se com equipe enxuta, profissionais sobrecarregados, estruturas físicas precárias e falta de espaço físico para atendimento e cuidados do paciente. E o país regido por políticos extremamente despreparados está a passos largos de aprovação da PEC 55 que prevê o congelamento de investimento do Estado em políticas sociais, como saúde, educação, assistência social, entre outras. É o princípio da reserva do possível, encaixa-se os serviços aos recursos que o Estado tem, o que puder ser atendido será, o que não puder ser provido será de responsabilidade do próprio usuário, processo que obviamente levará a um aumento substancial de demandas judiciais.

Estamos retornando para um passado obscuro de precariedade de políticas públicas, ineficiência do Estado e alargamento da responsabilidade do indivíduo e da família. Heranças no caso da saúde do Modelo Campanhista e do MMAP que foram marcados pela responsabilização do indivíduo por suas doenças, que beneficiavam a uma parcela da população e que eram caracterizados por privatizações do serviço público de saúde. É o que estamos vivenciando desde a entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que administra hospitais públicos universitários e assim como ela, diversas outras organizações sociais que administram hospitais de serviços públicos, sim estamos retrocedendo e entregando o serviço público que foi uma conquista do MRS e da Constituição Federal de 1988 para iniciativa privada, estamos privatizando o público novamente.

E os impactos disso? Serão sentidos pela população brasileira que a cada dia passa a ter mais dificuldade de acesso em serviços de saúde pela falta de oferta, passa a ter que comprar do próprio bolso medicamentos, pois os medicamentos oferecidos pelo SUS não suprem todas as necessidades da população, tem que aceitar uma internação domiciliar de cuidados com um familiar porque o serviço público de saúde não tem recurso e gestão para cuidar do usuário e de uma forma “humanizada” transfere essa responsabilidade para família.

O presente trabalho se propôs a realizar uma análise da construção desse processo que tem início em 1923 e que está presente em toda a história de saúde brasileira.

Herança histórica que culminou na estrutura de serviço público que temos nos dias de atuais e porque hoje estamos retornando a esse passado. Estamos vivendo a história de retrocessos de direitos sociais, conquistados e assegurados.

O Poder Judiciário tem todas as indicações para no decorrer dos anos com esse desmonte de políticas sociais, ser fortalecido e ganhar cada vez mais espaço na efetivação dos direitos da população.

Quando pesquisamos e dissertamos sobre a política de saúde além de uma reflexão teórica crítica em cima de todos os aspectos levantados, além de pensar em saúde como um direito universal. Tratamos de vidas, de pessoas que estão vivenciando essa situação e realizar uma análise disso é um fator complexo uma vez que você está analisando uma situação a qual você não vivencia diretamente, mas a qual você consegue entender a dinâmica pela formação, vivencia, ou seja, qual for o aspecto.

No campo da internação domiciliar o Estado está se evadindo da efetivação do direito do usuário, com os cuidados de saúde, com o cuidador sobrecarregando uma pessoa predominantemente sem habilidades técnicas pelos cuidados de uma doença e a família pela responsabilidade do tratamento de saúde do paciente, custos financeiros, entre outros fatores.

Esse processo de desresponsabilização do Estado com a política de saúde por meio de terceirizações de serviços públicos e das internações domiciliares tem configurada a nova perspectiva da saúde brasileira.

Esse aumento de internações domiciliares deve ser objeto de pesquisas mais aprofundadas, todos os atores desse processo devem ser avaliados criteriosamente e os impactos da modalidade da AD precisam ser expostos para que fundamente ainda mais qual o serviço público temos assegurado hoje, porque o Estado está reforçando a lógica neoliberal de intervenção mínima e porque a responsabilidade da família está ganhando cada vez mais espaço na sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. A colonização da justiça pela justiça penal: potencialidades e limites do Judiciário na era da globalização neoliberal. **Revista Katálysis**, Florianópolis v. 9, 2006, p.11-14.

AROUCA, A. S. S. **Saúde é democracia**. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

ASENSI, Felipe Dutra. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis**. Rio de Janeiro. v. 20, 2010, p. 33-55.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Art. 196 a 200. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acessado em: 15 de outubro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde: Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010, 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 763 de 27 de maio de 2013 que organiza a atenção domiciliar**. – Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3348>. Acessado em: 30 de novembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planalto Lei nº 8.080**– Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acessado em: 27 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planalto Lei nº 8.142** – Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acessado em: 27 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planalto Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. – Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de atenção domiciliar já está presente em 135 municípios**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/programa-de-atencao-domiciliar-ja-esta-presente-em-135-municipios>. Acessado em: 16 de novembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Melhor em casa – Serviço de Atenção Domiciliar**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa>. Acessado em: 30 de novembro de 2016.

BEDIN, Débora Cristina Roldão. **A efetivação dos direitos sociais pelo poder judiciário e a reserva do possível**. Revista de direito público, Londrina, v, 4, n. 2, p. 12-28, maio/agos 2009.

CARLINI, Angelica Lucía. **Judicialização da Saúde no Brasil: causas e possibilidades de solução**. São Paulo, 2012.

CARRARO, Gabriela; DALPRA, Keli Regina; WIESE, Michelly Laurita. A JUDICIALIZAÇÃO DAS DEMANDAS SOCIAIS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: um estudo realizado a partir das publicações da mídia nacional e de Santa Catarina. **Anais do II Congresso Catarinense de Assistentes Sociais**. 2006, Florianópolis, p.1-11.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde** (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) 4 ed. Ver. E atual – Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2006.

MADEL, Terezinha Luz. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. Vol. 1, número, 1. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, 1991.

MENDES, E. V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In: MENDES, E. V. (org).

Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995, p. 19-91.

POTRICH, Felipe Bittencourt. **Efetividade dos direitos sociais, reserva do possível e seus limites**.

RADIS/TEMA. 8ª Conferência Nacional de Saúde. A conferência e sua História. **Revista Tema**. 1986.

RONSEIN, Juanna Gabriela. **Análise do perfil das solicitações de medicamentos por demanda judicial no Estado de Santa Catarina no período de 2005 a 2008** / Florianópolis, SC, 2010. 213 f.

SAMPAIO JÚNIOR, Rodolpho Barreto. Da Liberdade ao Controle: os riscos do Novo Direito Civil Brasileiro. Belo Horizonte. **Puc Minas Virtual**, 2009.

SIERRA, Vânia Morales. A Judicialização da Questão Social e o Serviço Social na Justiça. **Revista Katálysis**, v. 14, 2011, p. 256-264.

O Poder Judiciário e o Serviço Social na Judicialização da Política e da Questão Social. **Ser Social** (UnB), v. 16, 2014, p. 30/34-43.

VIANNA, Luiz Werneck et al. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

VIANNA, Luiz J. Werneck; BURGOS, Marcelo; SALLES, Paula. **Dezessete anos de judicialização da política**. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702007000200002>. Acesso em 19 de novembro de 2016.

UNASUS - Moodle da UERJ onde encontra-se disponível o Curso a distância de judicialização da atenção domiciliar – Disponível em:

<http://moodle.uerj.unasus.gov.br/ad02/>. Acessado em: 20 de outubro de 2016.

ANEXOS

ANEXO 01 - RESOLUÇÃO CNJ 31

RECOMENDAÇÃO Nº 31, DE 30 DE MARÇO DE 2010.

Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ, no uso de suas atribuições, e

CONSIDERANDO o grande número de demandas envolvendo a assistência à saúde em tramitação no Poder Judiciário brasileiro e o representativo dispêndio de recursos públicos decorrente desses processos judiciais;

CONSIDERANDO a relevância dessa matéria para a garantia de uma vida digna à população brasileira;

CONSIDERANDO que ficou constatada na Audiência Pública nº 4, realizada pelo Supremo Tribunal Federal para discutir as questões relativas às demandas judiciais que objetivam o fornecimento de prestações de saúde, a carência de informações clínicas prestadas aos magistrados a respeito dos problemas de saúde enfrentados pelos autores dessas demandas;

CONSIDERANDO que os medicamentos e tratamentos utilizados no Brasil dependem de prévia aprovação pela ANVISA, na forma do art. 12 da Lei 6.360/76 c/c a Lei 9.782/99, as quais objetivam garantir a saúde dos usuários contra práticas com resultados ainda não comprovados ou mesmo contra aquelas que possam ser prejudiciais aos pacientes;

CONSIDERANDO as reiteradas reivindicações dos gestores para que sejam ouvidos antes da concessão de provimentos judiciais de urgência e a necessidade de prestigiar sua capacidade gerencial, as políticas públicas existentes e a organização do sistema público de saúde;

CONSIDERANDO a menção, realizada na audiência pública nº 04, à prática de alguns laboratórios no sentido de não assistir os pacientes envolvidos em pesquisas experimentais, depois de finalizada a experiência, bem como a vedação do item III.3, "p", da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde;

CONSIDERANDO que, na mesma audiência, diversas autoridades e especialistas, tanto da área médica quanto da jurídica, manifestaram-se acerca de decisões judiciais que versam

sobre políticas públicas existentes, assim como a necessidade de assegurar a sustentabilidade e gerenciamento do SUS;

CONSIDERANDO, finalmente, indicação formulada pelo grupo de trabalho designado, através da Portaria nº 650, de 20 de novembro de 2009, do Ministro Presidente do Conselho Nacional de Justiça, para proceder a estudos e propor medidas que visem a aperfeiçoar a prestação jurisdicional em matéria de assistência à saúde;

CONSIDERANDO a decisão plenária da 101ª Sessão Ordinária do dia 23 de março de 2010 deste E. Conselho Nacional de Justiça, exarada nos autos do Ato nº 0001954-62.2010.2.00.0000;

RESOLVE:

I. Recomendar aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais que:

a) até dezembro de 2010 celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados 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;

b) orientem, através das suas corregedorias, aos magistrados vinculados, que:

b.1) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata;

b.2) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;

b.3) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência;

b.4) verifiquem, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento;

b.5) determinem, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas;

c) incluam a legislação relativa ao direito sanitário como matéria individualizada no programa de direito administrativo dos respectivos concursos para ingresso na carreira da magistratura, de acordo com a relação mínima de disciplinas estabelecida pela Resolução 75/2009 do Conselho Nacional de Justiça;

d) promovam, para fins de conhecimento prático de funcionamento, visitas dos magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS, dispensários de medicamentos e a hospitais habilitados em Oncologia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON;

II. Recomendar à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados - ENFAM, à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados do Trabalho - ENAMAT e às Escolas de Magistratura Federais e Estaduais que:

a) incorporem o direito sanitário nos programas dos cursos de formação, vitaliciamento e aperfeiçoamento de magistrados;

b) promovam a realização de seminários para estudo e mobilização na área da saúde, congregando magistrados, membros do ministério público e gestores, no sentido de propiciar maior entrosamento sobre a matéria;

Publique-se e encaminhe-se cópia desta Recomendação a todos os Tribunais.

Ministro Gilmar Mendes