

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

GABRIELA CARRARO

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

Florianópolis
2019

GABRIELA CARRARO

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Michelly Laurita Wiese

Florianópolis
2019

Ficha de Identificação da Obra

Carraro, Gabriela

A judicialização da saúde e a responsabilização das famílias / Gabriela Carraro ; orientadora, Michelly Laurita Wiese, 2019.

72 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

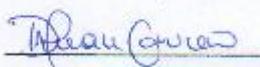
1. Serviço Social. 2. Família. 3. Judicialização. 4. Saúde. 5. Responsabilização. I. Wiese, Michelly Laurita. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III. Título.

Gabriela Carraro

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Florianópolis, 03 de julho de 2019.



Prof.ª Dilceane Carraro, Dr.ª.

Coordenadora do Curso

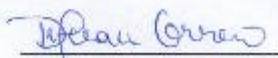
Banca Examinadora:



Prof.ª Michelly Laurita Wiese, Dr.ª.

Orientadora

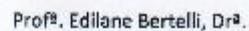
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.ª Dilceane Carraro, Dr.ª.

Examinadora

Universidade Federal de Santa Catarina, Dr.ª.



Prof.ª Edilane Bertelli, Dr.ª.

Examinadora

Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO

A judicialização das políticas públicas é resultado de um aumento exponencial de ações judiciais executadas pela população na garantia do direito a proteção social, sendo realizadas de modo individual, em detrimento do coletivo, sendo reconhecido pelos Assistentes Sociais como um fenômeno incidente sobre as formas de gestão das expressões da questão social. A responsabilidade do cuidado para as famílias, bem como a necessidade de arcar com todos os gastos envolvidos no processo judicial para garantia do acesso ao direito à saúde, quanto este não é atribuído de modo universal e gratuito, desencadeia a necessidade de garantia do acesso ao direito a saúde via judicial, o qual afere desgastes econômicos, físicos e psicológicos, provenientes da burocratização e espera do acesso aos familiares e pacientes. O fenômeno da judicialização associado a responsabilização das famílias suscitou no propósito do presente Trabalho de Conclusão de Curso que tem por objetivo analisar os principais fatores que acometem as famílias com o processo de judicialização das demandas relativas à saúde dos pacientes das Clínicas Médicas I e II, em tratamento no Hospital Universitário (HU/UFSC). Para tanto, o percurso metodológico adotado para melhor compreensão do fenômeno, foi à pesquisa de natureza qualitativa-descritiva com a aplicação de cinco entrevistas com famílias atendidas pelo Serviço Social das Clínicas Médicas I e II que tiveram em seus registros a informação de alguma necessidade/demanda de saúde judicializada. Como resultado se verifica que as consequências e limitações do processo judicial para acesso ao direito à saúde são burocráticas e desgastantes, uma vez que as famílias ressaltam a negligência do sistema judiciário para com os processos judiciais. Ademais, o reconhecimento da importância do Serviço Social tem sido evidenciado no relato dos usuários, no que diz respeito ao direcionamento das possibilidades de reivindicação na garantia do acesso ao direito à saúde. Nesta direção conclui-se ser pertinente aprofundar os estudos referentes aos impactos da judicialização no âmbito do Estado, referente a priorização do individual em detrimento do coletivo e; como estão sendo realizados e apurados os processos de judicialização da saúde no que concerne a afirmação ou negação do direito aos usuários.

Palavras-Chave: Família. Judicialização. Saúde. Responsabilização.

ABSTRACT

The judicialization of public policies is a result of the exponential increase in judicial actions claimed by the individuals seeking their right to social security on their own. It is recognized by Social Assistants as a phenomenon that focuses on how to manage the expressions of social inquiries. The responsibility of caring for their families, as well as the need to pay for all the expenses associated with it, triggers the need to secure the right to health through a judicial process because this is not offered for free to everyone. It causes physical, financial and psychological damages family members who want to care for relatives due to the bureaucratic and the time-consuming process. The judicialization associated with the responsibility of the family members to care for their relatives is the focus of the present thesis. The objective is to analyze the main factors that affect families in the process of judicialization of the demands related to health of the patients at the Medical Clinics I and II, in treatment at the University Hospital (HU / UFSC). The methodological approach adopted for a better understanding of the judicialization process was a qualitative-descriptive research with the application of five interviews with families assisted by Social Services at Medical Clinics I and II who had, in their records, saved some needs/ demands for health care judicialization. As a result, it can be verified that the consequences and limitations to access the judicial process to get the right to social security are bureaucratic and sometimes exhausting. For the families that consider the judicial system negligent, they emphasize the importance of Social Service to guide family members and their relatives and show the possibilities of claiming their right to social security. It concludes that it is pertinent to deepen the studies regarding the impacts of the judicialization in the scope of the state, referring to the prioritization of the individual instead of the collective and; how the judicial processes of health are being held and verified regarding the acceptance or rejection of the right to the users.

Keywords: Families. Judicialization. Health. Responsibility.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação de internados novos no período de setembro de 2018 e outubro de 2018 com demanda judicial no HU/UFSC.....	43
Tabela 2 - Alguns Dados dos Pacientes Entrevistados.....	44
Tabela 3 - Fatores que levaram a judicialização de algum direito a saúde	45
Tabela 4 - O meio utilizado para entrada com o processo judicial.....	47
Tabela 5 - Como foi o processo judicial para as famílias/pacientes entrevistados.....	48
Tabela 6 - Tempo de espera da resposta judicial.....	49
Tabela 7 - As limitações encontradas para entrada e desenvolvimentos do processo judicial.	51
Tabela 8 - A relação das famílias/paciente com o judiciário no processo de judicialização da saúde.	53
Tabela 9 – Profissional que orientou às famílias para a entrada no processo judicial.	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CadÚnico Cadastro Único para Programas Sociais
CFESS Conselho Federal de Serviço Social
CLT Consolidação das Leis do Trabalho
CNS Conselho Nacional da Saúde
CFESS Conselho Federal de Serviço Social
CEIS Complexo Econômico Industrial da Saúde
EBSERH Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF Estratégia Saúde da Família
HU Hospital Universitário
IPCA Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
UBS Unidade Básica de Saúde
UFSC Universidade Federal de Santa Catarina
UTD Unidade de Tratamento Dialítico
NISFAPS Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar Sociedade, Família e Política Social
OMS Organização Mundial da Saúde
OSS Organizações Sociais
PIB Produto Interno Bruto
PT Partido dos Trabalhadores
RENAME Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS Sistema Único de Saúde
TCC Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UTI Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. A POLÍTICA DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	12
2.1 O SUS A PARTIR DOS ANOS 2000	17
3. A JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS	24
3.1 A JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE	26
3.2 A RELAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO E FAMÍLIAS	33
4. AS IMPLICAÇÕES DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PARA AS FAMÍLIAS	39
4.1 METODOLOGIA DE PESQUISA	41
4.2 OS PROCESSOS DE RESPONSABILIZAÇÃO FAMILIAR E JUDICIALIZAÇÃO DAS DEMANDAS DE SAÚDE.....	45
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	68
APÊNDICE B – Modelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	69

1. INTRODUÇÃO

A problemática da reivindicação da garantia do acesso ao direito à saúde tem apresentado significativo crescimento como ressalta Sierra (2011). A judicialização das políticas públicas é resultado de um aumento exponencial de ações judiciais executadas pela população na garantia do direito a proteção social, sendo realizadas de modo individual, em detrimento do coletivo, sendo reconhecido pelos Assistentes Sociais como um fenômeno incidente sobre as formas de gestão das expressões da questão social.

Baptista (2009) evidencia a ampliação da atividade jurídica na decorrência das deficiências de administração pública, podendo resultar em procedimentos eficientes de incorporação, compra e distribuição dos procedimentos terapêuticos pela rede pública. Em contrapartida, tal prática pode se converter em principal meio de acesso, tornando-se contraditório quando pensada a saúde como direito social de cidadania.

Com trajetória acadêmica realizada em torno da atuação no projeto de pesquisa “Política Social e Acesso à Justiça: um estudo sobre a judicialização das demandas sociais de saúde e assistência social” teve como objetivo debater a política social e o acesso à justiça diante dos crescentes processos de judicialização das questões vinculadas a garantia de direitos sociais, com ênfase ao direito à saúde e a assistência social. A permanência no primeiro ano do projeto, como bolsista de iniciação científica e mentora do levantamento de dados respectivo ao tema de pesquisa, suscitou na participação do Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar Sociedade, Família e Política Social (NISFAPS). Com tal trajetória acadêmica, reconhecendo a oportunidade e progresso do conhecimento suscitou na continuação de tal temática no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), diante do embasamento teórico e da realização do estágio do HU/UFSC.

Assim como estagiária de Serviço Social no HU/UFSC, especificamente na alta complexidade na Clínica Médica I (Bactérias Multirresistentes) e Unidade de Tratamento Dialítico (UTD), a realização dos acolhimentos propiciou o contato direto com os usuários e suas demandas advindas de uma situação de saúde, ressaltando a importância do Serviço Social na garantia de direitos. Nestes termos, se defende que:

saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra

o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo (AROUCA, 1987, p.36).

Diante destas considerações a respeito do entendimento de saúde, Pacheco (2006, p.55) destaca que “ao reconhecer a saúde como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais o Serviço Social passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença”.

Por isso, no processo de escuta e acompanhamento dos pacientes e sua rede cuidadora é notória a concepção de Miotto (2003), na qual a discussão no âmbito das políticas sociais tem-se encaminhado em duas perspectivas diferentes: a perspectiva familista, centrada na capacidade imanente de cuidado e proteção da família e; a perspectiva protetiva, pautada no cuidado e proteção da família garantida pelas políticas sociais, especialmente as políticas públicas. Teixeira (2010, p.9) reforça sua análise “[...] no desenho da política que a proteção oferecida exige contrapartidas; [...] que a família cumpra suas clássicas funções, sobrecarregando de responsabilizações à família e reproduzindo estereótipos acerca dos papéis familiares”.

Diante da problemática da judicialização do acesso ao direito à saúde e como esta dinâmica afeta o usuário e sua família em suas necessidades de saúde, o presente trabalho de conclusão do curso (TCC) tem como objetivo analisar os principais fatores que acometem as famílias no processo de judicialização das demandas relativas à saúde dos pacientes das Clínicas Médicas I e II, em tratamento no Hospital Universitário (HU/UFSC). Assim como os objetivos específicos: compreender o ato de judicialização por parte das famílias em prol do tratamento em saúde do paciente em tratamento no HU/UFSC; refletir sobre a responsabilização das famílias diante da necessidade de judicialização de demandas para o paciente em tratamento no HU/UFSC; verificar as implicações que envolvem os processos de responsabilização e judicialização das demandas de saúde, a partir do relato das famílias com pacientes em tratamento no HU/UFSC e; refletir a importância do serviço social no atendimento as demandas judicializadas na saúde no âmbito hospitalar.

Neste sentido, a relevância do estudo está na possibilidade de aprofundar o conhecimento sobre a judicialização, reconhecendo a democracia contemporânea no que tangencia o direito cidadão de reivindicar a garantia do direito à saúde, as estratégias das famílias e os impactos para o Estado, diante dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de assegurar a integralidade, universalidade e equidade no tratamento dos pacientes/usuários.

O percurso metodológico adotado para melhor compreensão do fenômeno foi a pesquisa de natureza qualitativa-descritiva, com a aplicação de cinco (05) entrevistas com as famílias atendidas pelo Serviço Social das Clínicas Médicas I e II que tiveram em seus registros alguma informação relativa à necessidade/demanda de saúde judicializada. A apreciação dos dados se dá pela análise de conteúdo coletado por meio das entrevistas realizadas com as famílias selecionadas. A proposta de avaliação do resultado obtido através da fala e descrição das famílias entrevistadas tem como arsenal ampliar a discussão associando a teoria e a realidade expressa de maneira a compreender o fenômeno na sua totalidade macro e aferir a compreensão micro das Clínicas Médicas I e II no HU/UFSC, respectivamente.

Assim, o presente TCC está organizado em quatro (04) seções e desenvolvido de forma contextualizada, a fim de facilitar a leitura e compreensão do leitor, para aprofundamento da problemática pautada na análise da judicialização sob a perspectiva real da reivindicação da garantia do acesso ao direito à saúde pelos usuários do sistema.

Desse modo, a primeira (01) seção trata da introdução do trabalho, que ora se apresenta. A segunda seção tem como propósito apresentar o conceito de saúde ampliada, os princípios fundamentais do SUS em contraposição a problemática dialética existente entre o público e o privado na saúde, bem como o controle social proveniente na burocracia do acesso. Evidenciando a legitimidade do SUS, mesmo diante dos tamanhos desafios, na qual tem objetivo de apresentar um panorama do contexto brasileiro. Iniciando no Governo Lula, perpassando o Governo Dilma e a presidência de Temer evidenciando a situação da saúde pública e o processo de privatização e congelamento de gastos, proveniente nos últimos anos.

O estudo tem a preocupação de adentrar na problemática da judicialização das políticas sociais para garantia dos direitos sociais, conforme disposto na seção três (03), para posteriormente focar a judicialização do acesso a saúde. Para finalizar a seção, também é problematizada a relação existente entre a responsabilização familiar diante do cuidado e sua relação com a judicialização da saúde.

Assim, na quarta seção é apresentada a coleta de dados, respectiva à pesquisa de campo em torno do fenômeno da judicialização, a fim de explicar a realidade de tal problemática no contexto hospitalar, para analisar os principais fatores que acometem as famílias com o processo de judicialização das demandas relativas à saúde dos pacientes das Clínicas Médicas I e II, em tratamento no Hospital Universitário (HU/UFSC).

Para finalizar são apresentadas as considerações finais enaltecendo as contribuições, descobertas e afirmações oriundas desse trabalho teórico associado à perspectiva da realidade e as implicações desse fenômeno para as famílias.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A presente seção tem como propósito apresentar o conceito de saúde ampliada, os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) em contraposição a problemática dialética existente entre o público e o privado na saúde, bem como o controle social proveniente na burocracia do acesso.

A questão de saúde no Brasil é uma das mais complexas, tendo-se em vista as demandas política, econômica e social que permeiam o território brasileiro, afirma Filho (1999). Uma vez que, como direito, conforme a Lei n. 8080 de 1990.

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990, s/p).

Mattoso (2009) descreve historicamente o direito a saúde no Brasil oriundo do movimento de diferentes setores da sociedade engajados com o projeto de saúde, na qual suscitou o Movimento da Reforma Sanitária em 1980. Através do marco desse movimento, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e do processo realizado de reformulação das bases para um sistema de saúde brasileiro, revisão de concepções, ações e práticas, bem como a redefinição da concepção de saúde concretizados por meio da Constituição Federal do Brasil de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), eclodiu a legitimação da saúde como “direito de todos e dever do Estado” conforme instituído em ordem social e jurídica

Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s/p).

Uma vez que, conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948),

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948, s/p).

A Lei 8.080 de 1990 em “Parágrafo único. Diz respeito também que as ações (...) se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.”

(BRASIL, 1990. s/p). Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) dispõe que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Com a amplitude de tal conceito, Scliar (2007) descreve críticas realizadas de natureza técnica, na qual a definição ideal e inatingível de saúde, não pode ser aderida como objetivo pelos serviços de saúde e, críticas realizadas de natureza política: o conceito possibilita abusos do Estado no que concerne a intervenção na vida do cidadão, sob o pretexto de promover saúde.

Dessa maneira, Segre e Ferraz (1997) diante de uma análise questionável da definição de saúde, sob uma vértice antipositivista da noção de qualidade de vida, indaga o leitor: não se poderá dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade? Pois, como Scliar (2007) ressalta

o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito (SCLIAR, 2007, p.30).

Scliar (2007) ainda evidencia que o sistema nacional de saúde deve estar integrado ao processo de desenvolvimento econômico e social do país, em virtude de a saúde ser causa e consequência oriunda deste processo, pois, conforme Dalmolin et. al.

o processo de viver com ou sem saúde não se reduz, a uma evidência orgânica, natural e objetiva e nem como um estado de equilíbrio, mas está intimamente relacionada às características de cada contexto sociocultural e aos significados que cada indivíduo atribui ao seu processo de viver (DALMOLIN et. al. 2011, p. 390).

Uma vez que, os fatores sociais e econômicos são elementos influenciadores na disseminação de doenças, para melhor compreender o processo saúde-doença, “faz-se necessário entender o ser humano no seu meio físico, biológico, social e econômico” Lemos e Lima (2012, p.84). “O ambiente, origem de todas as causas de doença, deixa de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas”. Afinal, é nessa complexidade de relações que é possível realizar a busca da compreensão dos mais diversos fatores atuantes na vida do ser humano, “pois a saúde não é apenas a ausência de doenças, e sim, a expressão do bem-estar físico, mental e social. ” (BARATA,1985, p. 19 apud SANT’ANNA NETO; SOUZA, 2008, p. 119)

Assim, na atualidade se consagra a relevância de analisar a saúde correlacionando o ambiente e sua relação com o homem e nesse processo a Geografia Médica e a Geografia da

Saúde exercem relevante papel. Afinal, compreender e analisar o meio ao qual está sujeito o homem diariamente permite analisar como o meio físico e social interfere na qualidade de vida do indivíduo, conforme Santos (2010).

Desse modo, Scliar (2007) prossegue elucidando a necessidade de uma integração entre o setor de saúde e os demais, na qual os cuidados primários de saúde deveriam estar adaptados às condições econômicas, socioculturais e políticas de uma região, como proposta racionalizadora e política. Isto suscita a utilização de tecnologia simplificada, lista básica de medicamentos e uma ideologia de utilidade pública, em detrimento do uso de tecnologias sofisticadas fornecidas por grandes corporações, grandes hospitais, ambulatorios, especialistas, generalistas e um grande arsenal terapêutico e a mística do consumo, respectivamente. E, para tanto impõe o seguinte questionamento: como criar uma política de saúde pública sem critérios sociais, sem juízos de valor?

Os princípios do SUS fixados na Constituição Federal de 1988 (art. 198), detalhados na Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e Lei 8.142/90, foram resultados de um longo processo histórico-social que buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira, conforme destacam Barata, Tanaka e Mendes (2004). As principais diretrizes, discutidas e analisadas no movimento da reforma sanitária, hoje consideradas conquistas sociais definitivas são:

- **doutrinários** (ou **éticos**), que se referem aos objetivos finalísticos do sistema e incluiriam:
 - **o direito universal à saúde**, entendido não só como a oferta de serviços e ações de saúde, mas abrangendo também, em seu conceito, "políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos" (CF), incluindo como "fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País" (Lei nº 8.080/90);
 - **a equidade**, compreendida como o reconhecimento das diferenças existentes nas necessidades de saúde, quer regionais ou individuais, com o desenvolvimento de ações objetivando a justiça social, isto é, que reduzam a exclusão e beneficiem, prioritariamente, aqueles que possuem piores condições de saúde; e
 - **o atendimento integral à saúde**, mediante a articulação de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários à efetiva melhoria dos níveis de saúde da população.
- **organizacionais** (ou **operativos**), referentes aos processos que permitirão o cumprimento das principais diretrizes do SUS:
 - a **descentralização** de ações e serviços de saúde, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na municipalização;
 - a **regionalização** e a **hierarquização** da rede de serviços assistenciais; e
 - a **participação da população** na formulação e acompanhamento das políticas do sistema (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004, p.16).

Desse modo, analisar o sistema de saúde público e o sistema de saúde privado é crucial para entender as normativas vigentes e o nível de desenvolvimento dos sistemas existentes, compreendendo os interesses e benefícios aferidos aos usuários desses serviços de promoção à saúde.

Okré-Reis (2006) e Cavalcanti (2006) resenharam o livro “O Público e o Privado na Saúde. Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R., organizadores”, como obra de referência com argumentos consistentes para fundamentação de críticas.

O público e o privado são elementos contraditórios entre si, considerando que o domínio privado subtrai a natureza pública do Estado e do SUS, impedindo a radicalização de suas diretrizes no tocante à universalidade e equidade, conforme Okré-Reis. Isto é, "*o interesse público é determinado imediatamente em relação e em contraste com o interesse privado e vice-versa*" (SADER, 2005 apud OKRÉ REIS, 2006, p. 2722) depreende-se que assistimos a uma fragilização do primado do "público", sintetizado na sua incapacidade de regular o mercado, como contraponto à dinâmica de acumulação capitalista, descreve Okré-Reis (2006).

Assim, a ideia-força que temperou a primeira fase de fomentação do SUS: estatização, intervenção, expropriação, concessão e controle foram confrontados na Constituição Federal de 1988, em virtude dos acordos que foram feitos. Constata-se um item segundo o qual a saúde é livre à iniciativa privada e que os serviços de saúde são de relevância pública, ressalta Paim (2005) apud Okré-Reis (2006). Assim, diante de tal fomento teórico, Okré-Reis (2006) indaga, como poderíamos suplantar esse dilema estratégico do SUS, no sentido de fortalecer os mecanismos de regulação do setor privado?

Enfrentando desde questões conceituais e práticas relativas às características do mercado de planos e da regulamentação até a descrição da tensa relação público/privado, ajudando a explicar por que a regulamentação dos planos privados de saúde privilegia os ditames do mercado, dizem os autores que "*para a legislação, as relações entre os recursos públicos com planos de saúde se resumem ao ressarcimento ao SUS, toda vez que o usuário é atendido em hospital público*" (OKRÉ-REIS, 2006, p.2723).

Corroborando Cavalcanti (2006) que apesar de ser defendida por alguns como uma fonte de recursos adicional para o SUS e por outros como justa por parte do gasto público, a questão do ressarcimento ao SUS, por parte das operadoras de planos privados, em casos de internações e atendimentos de emergência na rede pública ou a ela conveniada, que é muito recorrente nos atendimentos de média e alta complexidade não cobertos pelas seguradoras, fica evidente a mercantilização da atenção à saúde pela assistência suplementar a qual estabelece um vínculo entre contribuição pecuniária e cobertura, reproduzindo a desigualdade entre os próprios

usuários dos serviços privados, tornando-se incoerente com o próprio princípio da universalidade. Uma vez que, estabelecido um preço pelo serviço utilizado por parte de um segmento da população brasileira que, ainda a ser pago pela iniciativa privada, deveria ser garantido gratuitamente a essa e a todos os demais cidadãos brasileiros, descreve Cavalcanti (2006). Assim,

o debate em torno do ressarcimento e de outras questões relacionadas à regulamentação do setor suplementar deve ser conduzido com todo o cuidado para não deslocar o debate em defesa do SUS e implicar um abandono do modelo de saúde para todos como um dever do Estado, sob o risco de continuarmos reforçando a segmentação e a desigualdade na saúde (CAVALCANTI, 2006, p. 849).

Diante dos significativos argumentos expostos em relação a tendência de a conjuntura atual enaltecer a prevalência do domínio privado em detrimento da garantia do acesso a saúde prevista na Constituição Federal, é válido ressaltar que (...) "*o princípio da universalidade é bem aceito por todos. (...) Para os secretários municipais este princípio funciona como salvo-conduto para a não-existência de mecanismos de regulação e controle do setor suplementar*" na qual, diante de tal princípio fundamental do SUS e sua relação dentro das instituições onde vigora o serviço e prestação da saúde pública, fica evidente "*baixa capacidade de governança no setor, (...), que acabam orientadas pela lógica dos interesses privados*" (HEIMANN, IBANHES, BARBOZA, 2005 apud OKRÉ-REIS, 2006, p. 2723). Desse modo,

são esses mesmos interesses que explicam a combinação, perversa, de três fatores que parecem desafiar a regulação por meio da ação dos gestores com vistas à equidade do sistema. Uma vez que, uma parcela significativa do montante dos recursos públicos gastos com a saúde é apropriada pelo setor privado por conta justamente dos atendimentos na área de média e alta complexidade. Isso implica não só onerar o gasto público, como também acaba por direcionar e estruturar as ações do SUS em função das lacunas do setor privado e privilegiando as ações curativas e, portanto, de acordo com a oferta, e não definida a partir do diagnóstico do perfil epidemiológico da população e na perspectiva da integralidade (OKRÉ-REIS, 2006, p. 2724).

Com base nessa prerrogativa de direcionamento da saúde, elucidamos a burocracia do acesso segundo Evans ((1995) apud Costa e Neves (2013)), na qual o sucesso de uma política pública – não necessariamente necessita da presença de uma burocracia tradicional para se fazer presente. O papel de controle social que advém da autonomia burocrática poderia, assim, ser compensado pelo isomorfismo normativo resultante de uma forte cultura profissional. Inclusive Santos, Romano e Engstrom (2018) ressaltam que a burocratização do acesso e a pulverização de outras tarefas agregadas ao trabalho impedem o usuário, os trabalhadores e os gerentes do

sistema de saúde de visualizarem potencialidades assistenciais instaladas dentro do ambiente de cuidado.

2.1 O SUS A PARTIR DOS ANOS 2000

Vista a legitimidade do SUS, mesmo diante dos tamanhos desafios, essa seção tem como objetivo apresentar um panorama do contexto brasileiro. Iniciando no Governo Lula, perpassando o Governo Dilma e a presidência de Temer, evidenciando a situação da saúde pública e o processo de privatização e congelamento de gastos.

Bravo (2006) analisa o governo Lula, na qual a política macroeconômica permaneceu intacta e as políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica, na qual se manteve a segmentação das políticas de saúde, previdência e assistência social. Demonstrando a continuidade de aspectos da política de 1990, as ênfases na focalização, precarização, terceirização de recursos humanos, desfinanciamentos e falta de vontade para viabilizar a seguridade social permanece.

Uma vez que, conforme Krüger (2014), a vitória de Lula no Partido dos Trabalhadores (PT), teve uma expressão real e simbólica para o país, momento na qual o país submergia em conservadorismo e desigualdades.

Para poder vencer, o PT fez muitas concessões, abandonou várias bandeiras que o caracterizaram desde 1979 e aliou-se a grupos políticos de centro-direita vinculados ao capital industrial. Os maiores desafios do PT se concentrariam em: responder as reivindicações imediatas do mundo do trabalho para enfrentar a degradação salarial e o desemprego; realizar reforma agrária; impulsionar o patamar tecnológico para responder as carências dos trabalhadores; limitar a expansão da especulação do capital-dinheiro; incentivar a produção de bens socialmente úteis e recuperar o sentido público, coletivo e social das atividades estatais (KRUGER, 2014, p.221).

Conforme Machado, Baptista e Nogueira (2011, p. 522), “o início do Governo Lula trouxe expectativas quanto à inflexão no modelo de desenvolvimento e de proteção social (...)” e, em análise as prioridades na agenda federal de saúde que enaltecem continuidades e mudanças na condução da política setorial de 2003 a 2008, foram identificadas as seguintes políticas prioritárias: “Política de Estado de alta densidade institucional (...); Estratégia Saúde da Família (ESF); (...) Brasil Sorridente, SAMU e Farmácia Popular”. (MACHADO, BAPTISTA e NOGUEIRA, 2011. p 523).

Em documento “Lula Presente: Programa de Governo 2007-2010” treze pontos são destinados à saúde: o fortalecimento da gestão do SUS; a organização de uma rede nacional

única de serviços de saúde; a universalização da atenção básica; a criação de centros de atenção básica; a manutenção do programa Brasil Sorridente; a criação do Telesaúde; o apoio a centrais de regulação; a ampliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) a continuidade da implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica; o fortalecimento e a ampliação das ações preventivas e acesso ao tratamento para doenças sexualmente transmissíveis; a continuidade da modernização e ampliação dos laboratórios farmacêuticos oficiais e fomento à pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção de hemoderivados, vacinas, medicamentos e equipamentos.

Ademais, o Programa de Governo para o segundo mandato do Presidente Lula (2007-2010) se consagra, conforme Bahia, Costa e Stralen (2007), com titulação do Ministro da Saúde José Gomes Temporão com o desenvolvimento de um programa heterodoxo com explícitas estratégias para atualizar e potencializar as vinculações de saúde com o desenvolvimento. Sendo assim,

a política de saúde, que vinha sendo apresentada formalmente como a preservação e a continuidade de um conjunto de diretrizes, ações e metas setoriais e enunciadas tecnicamente, estende sua jurisdição. O deslocamento do teor administrativo dos discursos que vinham embalando as proposições para as políticas de saúde cede lugar às articulações entre a epidemiologia, determinantes sociais da saúde e a política de saúde. Por essa via, a aproximação aos problemas de saúde cotidianos e a perspectiva de melhoria das condições e qualidade de vida, a saúde adquire estatuto de prioridade (BAHIA; COSTA; STRALEN, 2007, p.1973).

Temporão, conforme Menicucci (2011) suscitou para o debate a “Judicialização da Saúde” ao criticar publicamente as ações na justiça para a obtenção de cobertura de procedimentos não regulamentados¹.

Conforme Bravo e Menezes (2011) através da popularidade do governo Lula, Dilma Rousseff chega ao poder como a primeira mulher eleita para o cargo presidencial e expõe como prioridades de governo a ênfase nas políticas e programas focalizados, a parceria com o setor privado e a cooptação dos movimentos sociais. Assim, em análise do governo Dilma e da política de saúde quanto ao modelo de gestão para a saúde, que é proveniente do governo anterior: a Medida Provisória 520, a qual autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) caracterizada como empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação, com a proposta de reestruturação dos hospitais universitários e incluso apontamento do Ministério Público da possibilidade de a empresa administrar quaisquer unidades hospitalares no âmbito do SUS. Através de votação encerrada

¹ Referente à judicialização na política de saúde, tal temática será aprofundada na próxima seção.

em 2011, o governo recolocou a EBSEH como projeto de Lei mantendo proposta original quase na sua totalidade, ou seja,

(...) a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (...) como prevê a proposta de Fundações Estatal de Direito Privado, poderá contratar funcionários por CLT e por contrato temporário de até dois anos, acabando com a estabilidade e implementando a lógica da rotatividade, típica do setor privado, comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento (BRAVO, 2011, p.187).

A Lei Federal 12.550 respectiva a EBSEH, criada entre os últimos anos de mandato de governo do presidente Lula (2010-2011), tem como proposta administrar instituições públicas de ensino ou instituições em caráter de serviços ao ensino, pesquisa e extensão, desencadeando mobilizações contrárias e questionamentos diante dos possíveis impactos de formação desses espaços, visto as mudanças de operação, corrobora Andrazzi (2013). Uma vez que,

Art. 3º A EBSEH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública (BRASIL, 2011, s/p).

E por sua vez, com “personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado” (BRASIL, 2011, art. 1º). Louredo e Louredo (2017) em análise a criação da EBSEH, ressalta a criação de tal instrumento de Governança Pública como um mecanismo de busca por solucionar a suposta ineficiência do Estado no contexto dos Hospitais Universitários e urgência do Estado em apresentar efetividade na administração de recursos e serviços públicos como respaldo à sociedade. Assim sendo, é crucial o cuidado ao implantar no setor público práticas do setor privado, tendo em vista as diferenças e especificidade observadas na esfera pública.

“Sob o discurso da ineficiência da gestão pública e o alto custo dos hospitais federais, decorrentes da burocracia da legislação brasileira, a EBSEH é apontada pelo governo como “única” solução e tem ganhado espaço e adesão junto às universidades federais” (SODRÉ et. al., 2013, p.371-372). Em detrimento a universalidade e equidade do SUS é válida a discussão da representação da EBSEH como uma forma de privatização velada

[...] *privatização*, em sentido amplo é um conceito que abrange todas as formas pelas quais se busca uma diminuição do tamanho do Estado, podendo abranger a *desregulamentação* (diminuição da intervenção do Estado no domínio econômico),

a *desmonopolização* de atividades econômicas, a *privatização de serviços públicos* (quando a atividade deixa de ser serviço público e volta à iniciativa privada), a *concessão de serviços públicos* (dada a empresa privada e não mais a empresa estatal) e as *contratações de terceiros (contracting out)*, em que a administração pública celebra ajustes de variados tipos para buscar a colaboração com o setor privado, como os contratos de obras e prestação de serviços (a título de terceirização), os convênios, os contratos de gestão, os termos de parceria (DI PIETRO, 2011, p. 213).

Sodré et.al (2013) descreve a EBSEH como um ente estatal integrante da administração indireta e, por esse viés não pode ser considerada uma privatização na sua totalidade, uma vez que não implica na delegação de serviço e desconstituição da natureza de serviço público dos serviços do SUS prestados em suas dependências, mantendo apenas vinculação orgânica do ente estatal com o poder público, entretanto implica na flexibilização das normas de direito público. Dessa maneira, Meirelles (2010) apud Sodré et al. (2013) afirma que a empresa pública é uma figura ambivalente, na qual pertence simultaneamente ao domínio público e privado e embora a EBSEH não possa ser considerada um mecanismo de privatização em sentido técnico, implica na ampliação do espectro de penetração da lógica do mercado na gestão dos serviços do SUS. Assim, Sodré et al. (2013) conclui que esse modelo se respalda em uma visão de gestão mercadológica para reger as políticas sociais, uma vez que o Estado assume o papel de ser um Estado-empresa, capturando valores da reprodução social, característica de modelos de gestão utilizados em políticas econômicas desenvolvimentistas. A participação da iniciativa privada na saúde é reconhecida legalmente, de acordo com a Constituição Federal, art. 199

§ 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 (BRASIL, 1988, s/p).

Entretanto, não é admitida a substituição da prestação de serviços de saúde por essas instituições, conforme expressa Justino (2013). Assim, a Lei 8.080/90 em artigo 24, reforça o texto da Constituição Federal e sinaliza quanto ao dever do Estado e a participação da iniciativa privada, “quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada” (BRASIL, 1990, s/p).

Justino (2013) sinaliza as mudanças no âmbito da saúde pública proveniente da implantação da EBSEH, reforçando inúmeras inquietações pelo caráter oneroso aos

servidores e demais profissionais neles alocados, vinculados por concurso público ou mesmo os terceirizados, os técnicos administrativos, professores e estudantes.

Além de tudo o que se pode esperar de um processo de privatização da coisa pública, podemos constatar que a criação da EBSEH para a administração dos HU'S é inconstitucional, pois fere a constituição em vários pontos. Como por exemplo, quando a EBSEH não prioriza o controle social instituído pela 8.142/90. Ou quando vai contra o artigo 207, da Constituição, e quebra o princípio da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão; e dos artigos 173 e 175, o desvio das finalidades das atividades da universidade autárquica e o Estado ao explorar através de instituições de natureza privada com interesse em lucro; o não estabelecimento de uma lei complementar que redijam quais são as áreas de atuação dessa empresa e nem das fundações, contrariando o artigo 37, inciso XIX; o artigo 207 da Constituição fala da autonomia que a universidade tem, porém isso também é desrespeitado (CFESS, 2013) (JUSTINO, 2013, p.80).

Ademais, a temática de privatização da coisa pública - SUS - compete o questionamento dos direitos que foram conquistados, instituídos como dever do Estado e que aos poucos são responsabilizados ao setor privado, perdendo qualidade, sendo incorporados a lógica do mercado, cujo acesso será menos democrático e não mais analisados sob a perspectiva do direito, conclui Justino (2013). A flexibilização dos vínculos de trabalho, através da contratação por meio de Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) em relação ao Regime Jurídico Único dos servidores públicos, acarreta ônus, prejudicando a qualidade do atendimento devido a precarização das relações de trabalho dos funcionários, pontua Justino (2013).

O fetiche da iniciativa privada aplicada ao Estado tem como objetivo ocultar a essência dos processos que o Estado do capital deseja legitimar ao tentar nos prender a forma e, desviar-nos do essencial. Através da forma que é a fundação estatal e o conteúdo que é a privatização dos serviços sociais, políticas públicas, direitos dos trabalhadores, as fundações estatais são formas atualizadas das parcerias público-privadas, tais como as Organizações Sociais que sempre tentam repetir o mesmo – privatizar. Sob emblema diverso para que a resistência dos trabalhadores seja vencida, aferindo que o essencial é que as reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e da eficiência do serviço ao público, pela mesma medida, significam o aumento do Estado para o capital e é por isto que as denominamos privatização, conforme Granemann (2011).

Morais et al (2018) corrobora afirmando que as Organizações Sociais começaram a surgir no Brasil diante das possibilidades abertas para a gestão pública após a Reforma do Estado desencadeada nos anos 1994/1995, sendo consideradas como um dos padrões de apresentação do denominado terceiro setor (sociedade civil) e emergem como nova modalidade voltada à função social de gestão e provisão de serviços de saúde, vinculadas ao modelo das

parcerias público-privadas. Sendo assim, a crescente expansão das Organizações Sociais no Brasil, nas últimas décadas se configuram,

(...) como um fenômeno aparente, desvinculado dos interesses gerais da sociedade, mas como uma realidade determinada por, e determinante de muitos outros movimentos, internos e externos ao setor saúde, todos eles articulados pela superestrutura que dirige e governa o modelo econômico em vigência. É nesse sentido, então, que as OSS devem ser entendidas como um dos componentes do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), nas vertentes da gestão, da prestação e da regulação de serviços, em um cenário de intensiva mercantilização do setor saúde (MORAIS et al, 2018, p.11).

Assim, conforme analisa Sodré et al. (2013) é válido distinguir que a EBSERH não possui a mesma administração jurídica que as Organizações Sociais ou as fundações estatais, uma vez que a EBSERH é integrante da administração indireta como ente estatal, diferentemente das Organizações Sociais compostas por pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, qualificados para tal, com fins de contratos de gestão que tem por objeto a execução de serviços públicos de saúde, seja em equipamentos próprios, seja em equipamentos estatais. Assim, em empresas como a própria EBSERH e fundações estatais, a gestão continua a ser pública, o regime jurídico é que passa a ser híbrido, entretanto no caso das Organizações Sociais, a gestão é privada, com regime jurídico privado permeado por algumas derrogações de direito público.

Elucidando tal problemática diante da realidade e contexto econômico, político e social brasileiro ainda no Governo Dilma é válido ressaltar a abordagem das mudanças na política de saúde ocorridas no governo Temer.

Assim que, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) descrevem as manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que culminaram no afastamento da presidenta Dilma Rousseff da presidência da república, expuseram as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento da política de conciliação de classe, instaurando-se um projeto político ultra neoliberal, por meio de um governo ilegítimo, visando resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante. “Nesta direção, tem-se o comprometimento de seus direitos através de propostas de contrarreformas (Trabalhista, da Previdência Social, Terceirização Irrestrita, Novo Regime Fiscal - que congela por vinte anos os gastos públicos, entre outras)”. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p.12).

Os processos de privatização e de retrocessos na política de saúde no Brasil estão sintonizados com o cenário político-econômico mundial e especificamente ao seu particular desenvolvimento histórico. Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) enaltecem que o contexto de crise

estrutural do capital tem fomentado o interesse de grupo econômico pela saúde em busca de lucros e imposição da lógica privada nos espaços públicos, para avanço do Projeto de Saúde Privatista em detrimento ao Projeto de Reforma Sanitária.

Rossi e Dweck (2016) problematizam a proposta do Novo Regime Fiscal enviada ao Congresso Nacional pelo presidente Temer através da Emenda Constitucional de 95/2016, na qual,

os gastos federais, menos o pagamento de juros sobre a dívida pública, ficarão limitados a um teto definido pelo montante gasto do ano anterior reajustados pela inflação acumulada, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Em síntese, o Novo Regime Fiscal implica um congelamento real das despesas totais do Governo Federal que pressupõe uma redução do gasto público relativamente ao Produto Interno Bruto (PIB) e ao número de habitantes. Ou seja, de acordo com a regra proposta, os gastos públicos não vão acompanhar o crescimento da renda e da população (ROSSI; DWECK, 2016, p.1).

Muitos dos recursos públicos financiam o setor privado, nesse sentido, em meio a uma recessão caracterizada por uma contração do gasto privado, tal governo que almeja evitar o déficit público cortando despesas, pode desencadear o agravamento da situação patrimonial e a do setor privado, induzindo ao círculo vicioso da austeridade onde o corte do gasto público induz a redução do crescimento que provoca novas quedas de arrecadação e exige novos cortes de gastos, conforme estudo sistemático de Blyth ((2013) apud Rossi e Dweck (2016)).

A partir desta breve contextualização da política de saúde e do SUS no Brasil, a próxima seção abordará a judicialização na saúde e suas implicações para a própria política e para os sujeitos envolvidos diante da latente problemática do acesso a garantia do direito à saúde por via judicial.

3. A JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

Antes de adentrarmos especificamente na Judicialização da Saúde, é relevante compreendermos a problemática da judicialização da política, tal como protagonizado com suas compreensões e explicações:

(...) Essa expressão, por sua vez acaba sendo utilizada para designar uma série enorme de fenômenos, muitos dos quais bastante diferentes entre si. Por exemplo, estão envolvidos nessa ideia problemas como (i) a crescente interferência judicial em políticas públicas formuladas pelo Executivo, (ii) a revisão de textos legais com fundamento em mecanismos diversos de controle de constitucionalidade de leis, (iii) a formulação de demandas buscando a efetivação judicial de direitos humanos de cunho social e econômico, inseridos em Constituições social-democratas e tratados internacionais, (iv) a introdução de uma racionalidade político-ideológica no discurso judicial, permeada por noções de justiça social ou por outras noções congêneres, (v) a organização de certas categorias ligadas aos setores judiciários em órgãos classistas, (vi) a adoção de procedimentos de tipo judicial em órgãos executivos e legislativos, (vii) a criação de instâncias supra-nacionais de resolução de conflitos e produção de políticas públicas (...) (VERISSIMO, 2006, p. 24).

A Judicialização da política se configura no processo de intervenção jurídica em decisões cuja responsabilidade está destinada a outros setores, retratando a transferência do processo decisório do executivo e legislativo para o Judiciário. Assim como o “ativismo judicial” expressa uma atuação incisiva de juízes em campos que não condizem com a suas atividades de regra, como no caso, a Política, expressa Falavinha (2013). Conforme Vianna et. al. (1999), a invasão do direito no mundo contemporâneo tem extrapolado esferas até então consideradas privadas, devido a um conjunto de práticas e novos direitos, consagrando sociedades cada vez mais enredadas na semântica da justiça. A estreita relação entre a Judicialização da Política e a Judicialização da saúde, historicamente

é iniciado através do fortalecimento da 'judicialização da política' uma nova lógica de pressão aos que estão no poder (...) A dinâmica das demandas judiciais relativas a prestações ligadas ao direito à saúde foi tão grande que ganhou expressão própria de 'judicialização da saúde' (...) O sucesso das demandas judiciais desencadeou uma verdadeira avalanche de ações, que sacudiram as estruturas do judiciário engessado aos dilemas liberais e individuais (FALAVINHA, 2013, p.85).

Isso porque a expressão “Judicialização da Saúde” aparece em 1990 através dos reflexos de uma nova ordem constitucional com a abertura democrática e a garantia constitucional de direitos fundamentais e sociais. Demandas permearam os tribunais reivindicando a efetividade dos direitos diante da ineficiência do Estado, conforme aponta Falavinha (2013). Uma vez que até 1988, todas as conquistas relacionadas ao direito à saúde eram encaminhadas e fomentadas

com base nos movimentos sociais, especificamente com o movimento sanitário iniciado em 1970, permitindo que o Estado Democrático de Direito do Brasil instaurasse uma nova ordem na busca de garantia da efetivação de direitos sociais. Com o Poder Judiciário fortalecido aflorou uma nova possibilidade de pressionar o Estado a concretizar o plano constitucional positivado.

Nessa lógica, é possível determinar que o recorte histórico que se amolda com as nuances da 'Judicialização da Saúde' é o início da década de 1990, compactuando a possibilidade de levar ao Poder Judiciário, questões relativas a direitos sociais, como a saúde, para através de decisões judiciais obrigar o Estado a fornecer determinados bens materiais como medicamentos, tratamentos, internações, entre outros. Tais decisões são capazes de influenciar na seara política, por isso, é possível conceber que o termo 'Judicialização da Saúde' é derivado do gênero 'Judicialização da Política', sendo mais um de seus possíveis. Com demonstrado, é possível conceber que há uma hipótese de a 'Judicialização da Política' ter surgido antes de 1988, conforme o desenvolvido em tópico anterior. No entanto, *prima facie*, direitos sociais, em especial o direito à saúde, começaram a ser tutelados pelo Poder Judiciário apenas no pós 1988, daí a possibilidade de estabelecer como recorte histórico para as posteriores análises do presente trabalho (FALAVINHA, 2013, p.85).

Após a promulgação da Constituição de 1988, a sociedade brasileira passou a reconhecer e positivar uma ampla gama de direitos, reservando ao Poder Judiciário papel fundamental para garantir a efetivação dos mesmos. Nesse contexto, Oliveira (2014) sinaliza que a sociedade tem buscado no judiciário respostas e soluções para problemas cotidianos, configurando uma tendência a tornar grande parte dos processos de acesso e garantia a direitos excessivamente legalistas e remetidos a autoridades diversas, que sobre eles deverão se pronunciar e decidir, através de procedimentos adstritos à burocracia estatal. Assim, constata-se que a insuficiência do Estado na implementação de políticas públicas que atuem na origem dos conflitos e na oferta de acesso universal a outras formas para sua resolução e agenciamento, em muito tem contribuído para o processo de judicialização das relações sociais.

Conforme disposto, Aginski e Alencastro (2006) descrevem que ao Poder Judiciário anterior a Constituição Cidadã lhe era aferido o papel eminentemente controlador e coercitivo, entretanto atualmente para avanço dos direitos humanos e responsabilização do Ministério Público em garantir a defesa dos direitos de cidadania, o judiciário passa a responder a tendência em curso da judicialização da questão social. E ressaltam que tal responsabilização contribui para a desresponsabilização do Estado e não fortalecimento da garantia de direitos positivados, cabendo à reflexão de que tal acesso não garante necessariamente a resolução do problema, uma vez que o não enfrentamento deste *status quo*, fomenta-se na injustiça social. “Isto porque a justiça social se constrói coletivamente, no interior da esfera pública, em um movimento

contraditório onde se encontram presentes, diferentes interesses em disputa pela direção da sociedade.” (AGUINSKI; ALENCASTRO, 2006, p.25).

Conforme Barbosa e Nakamura (2016), na atual conjuntura o Poder Judiciário é adotado como um garantidor de direitos fundamentais, frente a omissão e/ou ineficiência do Poder Público na implementação de políticas públicas, especialmente no âmbito da saúde. Uma vez que, o fenômeno é observado como um mecanismo de garantia, como forma de reivindicar do Estado uma prestação positiva de promover e fornecer o acesso a direitos universais. Isso porque, descreve Mendes e Teixeira (2010), o neoliberalismo como corrente política, econômica e cultural que, defende a não intervenção do Estado na questão social, estabelece a desresponsabilização do Estado, focalizando as políticas sociais, transferindo atribuições para o setor privado na execução dos serviços públicos. Assim que,

a ampliação e o surgimento dos direitos fundamentais na Constituição de 1988, em conjunto com os mecanismos de proteção colocados à disposição do cidadão e instituições essenciais ao funcionamento da Justiça, deram ensejo à intensificação do fenômeno em face do declínio da capacidade do Poder Público em garantir efetivamente a implementação destes direitos (BARBOSA; NAKAMURA, 2016, p. 3).

3.1 A JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE

Os direitos sociais², tal como o direito à saúde vem sofrendo importantes transformações (...) seja pela privatização, seja pela focalização e precarização dessas políticas (...) modificando a relação do cidadão com o Estado (POLAKIEWICK; TAVARES, 2017, p.39). O Brasil vive uma crise em diversos setores da sociedade e o movimento neoliberal tenta de alguma maneira incidir e privatizar direitos constituídos relativos à Seguridade Social, na qual a disputa entre os projetos antagônicos -o projeto privatista que aposta na saúde como fonte de lucro e, o projeto reformista que apresenta a saúde como direito social de caráter universal e estatal- desencadeia desafios para a real efetivação do SUS.

O movimento pela conquista social do direito à saúde precisa ser realizado com o objetivo de ressaltar a luta pelas políticas públicas que perpassem aquém do setor saúde e se direcionem a melhoria da qualidade de vida da população. Além de aprofundar a luta pelo direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, ancorada na perspectiva

2. (...) os direitos sociais são direitos capazes de garantir a dignidade ao indivíduo e à coletividade, efetivados pelo Estado e judicializáveis em face deste. (ALVES, 2015. s/p)

da participação popular e da integralidade das ações. Pautado nos princípios e diretrizes do SUS, Nogueira e Miotto (2006) afirmam:

o processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação, tanto como política pública calcada na universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, quanto às dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo de proposição do próprio SUS (NOGUEIRA; MIOTTO, 2006, p.1).

Quando o Estado não consegue efetivar o direito à saúde através da atuação reivindicatória do cidadão, sociedade, rede de atenção à saúde e a participação popular, aflora conflitos de âmbito litigioso para garantia de efetivação do direito já constituído, se configurando como processo de mecanismo da Judicialização da Saúde, descreve Polakiewick e Tavares (2017). Diante de tal prerrogativa, a jurisprudência acerca do direito à saúde constitui-se em uma emblemática, na qual os direitos constitucionais e os direitos sociais em geral, convertem-se em direitos substantivos, comportando tutela judicial específica. Assim que o excesso da judicialização das decisões políticas pode influir na não realização prática da Constituição Federal e, revela a concessão de privilégios a alguns jurisdicionados em detrimento da generalidade da cidadania que continua dependente das políticas universalistas implementadas pelo Poder Executivo, expressa Barroso (2007). E reforça,

o Judiciário não pode ser menos do que deve ser, deixando de tutelar direitos fundamentais que podem ser promovidos com a sua atuação. De outra parte, não deve querer ser mais do que pode ser, presumindo demais de si mesmo e, a pretexto de promover os direitos fundamentais de uns, causar grave lesão a direitos da mesma natureza de outros tantos (BARROSO, 2007, p.4).

Marques (2008) corrobora com o crescente processo de judicialização da saúde para a garantia de acesso ao direito, tangenciando tal avanço no que concerne o exercício efetivo de cidadania. Entretanto, ressalta tensionamentos entre elaboradores e executores da política no Brasil, uma vez que passam a atender a alta demanda judicial, garantindo as mais diversas prestações do Estado, representando gastos públicos de significativo impacto na gestão pública da saúde no país. Afinal,

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).

Ventura et al (2010) descreve o fenômeno da *judicialização da saúde*, em um contexto democrático contemporâneo como garantia e promoção dos direitos de cidadania, reconhecendo reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições, envolvendo aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários. E prossegue, “a demanda judicial individualizada relacionada a procedimentos e insumos de saúde contra entes públicos teve um crescimento exponencial nos últimos anos” (VENTURA, 2010, p.79). Conforme Gotlieb, Yavich e Báscolo (2016),

durante las últimas décadas el protagonismo judicial ha ido en aumento en América Latina. Se sostiene que ha conducido a una judicialización de la política, en tanto que distintos actores sociales comenzaron a advertir esta vía como una alternativa al sistema político para exigir el respeto de los derechos humanos (GOTLIEB, YAVICH; BÁSCOLO, 2016, p.2).

Ribeiro (2014) explana a problemática do direito à saúde através do viés de aumento do número de ações judiciais individuais, na qual demonstra a incerteza da sociedade na atuação dos Poderes Legislativo e Executivo, em relação ao Poder Judiciário na expectativa de solucionar questões relacionadas ao direito à saúde.

É válido destacar a função de cada poder, a fim de compreender sua importância e efetividade no contexto jurídico e de garantia de direitos sociais através das políticas públicas. Dessa maneira, Nelson e Fernandes (2017) reforçam que através de funções típicas e atípicas de cada poder é notória a responsabilidade de promover a solidificação dos direitos fundamentais. Resumidamente,

(...) o poder legislativo, além de exercer sua função típica (legislar e fiscalizar o poder executivo), tem atribuições executivas (realiza licitações e concursos públicos,...) e judiciais (o Senado julga diversas autoridades acusadas de crime de responsabilidade); o poder executivo, cuja função típica é administrar, pode editar medidas provisórias que têm força de lei (ato de caráter legislativo, portanto), bem como emite decisões em processos administrativos (ato de natureza judicial); o poder judiciário, por sua vez, além de julgar (sua função típica), tem funções atípicas legislativas (na elaboração dos Regimentos Internos dos Tribunais) e executivas (realiza licitações e concursos públicos, (...)) (NELSON; FERNANDES, 2017, p.13).

Desse modo, compreendendo as atribuições relativas a cada poder e correlacionando a sua importância diante do aumento exponencial de ações judiciais a fim de assegurar um direito previsto, Oliveira (2007) ressalta a necessidade de pensar em estratégias de incentivo às ações de caráter coletivo, em detrimento das soluções individualizadas na garantia do direito à saúde, a fim de minimizar iniquidades no acesso ao sistema de saúde e reduzir gastos específicos a um

único indivíduo em prol da implementação de políticas para a sociedade como um todo. Desse modo,

alguém poderia supor, a um primeiro lance de vista, que se está diante de uma colisão de valores ou de interesses que contrapõe, de um lado, o direito à vida e à saúde e, de outro, a separação de Poderes, os princípios orçamentários e a reserva do possível. A realidade, contudo, é mais dramática. O que está em jogo, na complexa ponderação aqui analisada, é o direito à vida e à saúde de uns versus o direito à vida e à saúde de outros. Não há solução juridicamente fácil nem moralmente simples nessa questão (BARROSO, 2007, p. 4).

Ademais, o debate em torno da judicialização e as implicações da judicialização das demandas individuais em saúde para as políticas públicas e para a coletividade, desencadeiam ao Poder Judiciário as doutrinas jurídicas da “reserva do possível” e “mínimo existencial” como teorias subsidiárias da discussão do fenômeno da judicialização, conforme Ribeiro (2014).

A efetivação das políticas públicas, com base em Machado e Herreira (2010) encontra limites na “reserva do possível” (limitação orçamentária do Estado), uma vez que o Estado cumpre dentro de suas limitações e orçamentos a reponsabilidade através da justiça social, com vistas a configurar limite fático à concretização dos direitos fundamentais. Assim que,

em suma, mesmo diante da baixa carga de concretização dos direitos fundamentais sociais no Brasil, urge discutirmos frente o caso em concreto se, em se tratando de núcleo essencial, a indisponibilidade financeira do Estado, pode (ou não) ser usada para justificar a não concretização ou, se é possível aferir qual o mínimo em conteúdo que pode ser exigido do Estado no tocante à realização do direito social à saúde, (...) (MACHADO; HERREIRA, 2010, p.3292).

O “mínimo existencial” é um conjunto de direitos básicos que integram o núcleo da dignidade da pessoa humana, formado pelos direitos sociais, econômicos e culturais e, por caráter efetivo imediato, ficando os demais direitos sob a órbita da reserva do possível, os primeiros deveriam ser sempre garantidos independentemente do obstáculo financeiro relativizado, ou seja, recursos orçamentários. Assim que, o “mínimo existencial” não é a concretização plena e incontestável do núcleo essencial, conforme o ideal e utópico disposto no Art. 196 da Constituição Federal, mas a observância da não anulação dos direitos fundamentais, por meio da utilização de argumentos restritos à “escassez” de recurso, conforme dispõe Machado e Herreira (2010). Nesse sentido,

(...) é evidente que a efetivação dos direitos sociais só ocorrerá à luz das coordenadas sociais e econômicas do espaço-tempo. Mas a reserva do possível não pode, num país como o nosso, especialmente em relação ao mínimo existencial, ser compreendida como uma cláusula obstaculizadora, mas, antes, como uma cláusula que imponha

cuidado, prudência e responsabilidade no campo da atividade judicial (CLÈVE, 2003, p. 160).

Com base em algumas interpretações, Barbosa e Nakamura (2016) suscitam que a inserção do Poder Judiciário na esfera das políticas da saúde é notada como uma ingerência no âmbito de atuação do Legislativo e Executivo. Nesse sentido, a intervenção do Judiciário ocorre apenas quando existe omissão do Poder Público em cumprir as premissas constitucionais, prover políticas públicas e/ou quando compromete o sistema de saúde pública através da realização de serviços ineficazes e de forma ineficiente, conforme análise de Nakamura (2017) pautada na Constituição e no Supremo (Brasil, 2011).

A Constituição dispõe de mecanismos diversos e legitimados para garantir a proteção dos direitos sociais disposto na Constituição em prol do cidadão, quando existe inadimplência ou omissão do Poder Público na efetivação e concretização de promessas constitucionais. Assim que, no âmbito da judicialização o Ministério Público desempenha papel defensor dos direitos sociais a favor de um grupo de pessoas, possuindo uma atuação ativa e dinâmica na efetivação dos direitos, conforme Nakamura (2017). A fim de respaldar tal afirmativa, conforme previsto na Constituição Federal (Art. 127) “O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.” (BRASIL, 1988, s/p).

Ribeiro (2014) reforça o desenvolvimento do fenômeno da judicialização na garantia de direitos consagrados na Constituição Federal, em um contexto de precariedade e insuficiência da assistência à saúde pública, aliado a incapacidade do modelo operacional do SUS devido a abrangência e complexidade de concretizar o direito a saúde e, o crescente ajuizamento de ações judiciais para a garantia infraconstitucional de cumprimento e garantia das políticas públicas referentes ao direito a saúde, através da intervenção do Poder Judiciário, em detrimento dos poderes executivos e legislativos responsáveis em um Estado Democrático de Direito.

Apesar de todos os dispositivos constitucionais e infraconstitucionais referentes a saúde, é notório o déficit de aplicabilidade das normas existentes em sua forma literal. Assim que, em decorrência da omissão do Poder Público em garantir a efetividade dos direitos constitucionais fundamentais, o Poder Judiciário é acionado afim de garantir o direito a saúde, conforme Ribeiro (2014). Mesmo reconhecendo que todo cidadão tem o direito a saúde e a garantia de acesso proveniente do Estado, tal premissa é válida, porém não garante a sua materialização efetiva, fazendo eclodir a busca pela garantia de seu direito através de ação judicial.

Assim, desencadeado o fenômeno da judicialização, atende aos interesses da população, principalmente quando há a lentidão dos poderes legislativo e executivo, esse processo respalda na legitimidade democrática da justiça e a falta da capacidade institucional do judiciário. Especificamente a judicialização da questão social que desencadeia demandas de responsabilidade do poder judiciário e das demais esferas públicas, tendo como garantia o acesso à justiça de forma individual e coletiva, assegurando a efetivação dos direitos e a capacidade de atendimento, explicita Bezerra e Severiano (2017).

Gomes e Amador (2015) afirmam que em virtude do crescimento exponencial de ações judiciais para assegurar o direito à saúde, vários estudos bibliográficos e midiáticos têm sido realizados com a prerrogativa de traçar “o perfil dos processos, fazendo inferências sobre as causas, caracterizando os diversos aspectos envolvidos e apontando alternativas que possam solucionar os problemas” (GOMES; AMADOR, 2015, p.452). E continua seu estudo constatando que as ações judiciais são frequentemente movidas de forma individual, acendendo o debate acerca da distribuição dos recursos do SUS devido ao princípio de universalidade, como pressuposto ao acesso e o questionamento de que o gasto de recursos para atender uma demanda individual poderia gerar falta de recursos para suprimir necessidades coletivas.

Referente ao poder judiciário, Andrade (2006) afirma,

um Poder Judiciário independente e autônomo, signo da neutralidade ideológica que, lhe assegurando a serena condição de árbitro imparcial dos conflitos (interindividuais) e da segura aplicação da lei, garantidora dos direitos individuais, replicava a confortável separação liberal entre poder (o legislativo) e Direito (o judiciário despolitizado) (ANDRADE, 2006, p.11).

Assim, conforme Ronsein (2010), o fenômeno da judicialização é motivo de preocupação para os gestores do SUS, uma vez que os gastos desencadeados com tais ações ocasionam uma desorganização perante planejamento de políticas públicas no que tangencia a garantia de direitos individuais em detrimento da coletividade, afinal as necessidades de saúde são praticamente infinitas enquanto os recursos são limitados. Inclusive, constata demandas judiciais questionáveis e reforça que:

O fenômeno “judicialização da saúde” chega a uma situação limite, em que se verifica a necessidade premente de alteração de postura, não só dos gestores e do Poder Judiciário, como também dos demais atores envolvidos no processo, sob pena de ameaçar a sustentabilidade do SUS e outros programas e projetos na área da saúde (RONSEIN, 2010, p.186).

Assim, “(...) podemos afirmar que a judicialização da saúde torna-se um indicador de que a justiça se teria tornado uma última saída de um ideal democrático, que não consegue sua efetivação sólida pela simples existência?” (POLAKIEWICZ ; TAVARES, 2017, p.39)

Ademais da judicialização da saúde, Polakiewick (2017) expõe outra condição para a efetivação do direito à saúde: a Juridização da Saúde, na qual esta avança na perspectiva efetiva de interesse do Estado o direito do cidadão,

compreendendo a existência desses mecanismos que condicionam o litígio e a intervenção do próprio Estado na efetivação de direito, surge uma saída da efetivação em forma litigiosa, afinal o objetivo que se propõe é assegurar o Direito, que sendo feito por uma via não judicial consolida em menor tempo as resoluções dos obstáculos, e a diminuição de custos para o estado (...) Nesse momento, podemos trazer a tona uma dessas possibilidades: a mediação. Esta pode ser apresentada como método de gestão pacífica de conflitos, para evitar a abertura de processos judiciais de caráter contencioso e por fim diminuir aqueles já existentes ou reduzir o seu alcance. A mediação representa a adesão à cultura da pacificação, em aversão à cultura atual da penúria da decisão judicial (POLAKIEWICK; TAVARES, 2017, p. 39-40).

Desse modo, surge a necessidade de alternativas litigiosas, baseadas no diálogo e consenso,

com base na premissa de que judicialização não nasce no judiciário e nele não termina, consideram-se medidas para “desjudicializar” a saúde: adoção de câmaras de mediação além do protocolo do Sistema Único de Saúde e antes das demandas judiciais; reforço do diálogo interinstitucional entre entidades como Defensoria Pública, Ministério Público, Secretaria de Saúde e Núcleos de Apoio Técnico dos tribunais; ampliação das vias não judiciais, facilitando o acesso, reduzindo gastos não destinados ao tratamento e aprimorando a saúde pública (SILVA; SCHULMAN, 2017, p.1).

Diante da problemática exposta e a pesquisa referencial teórica realizada e descrita, é possível compreender o panorama expresso na atualidade diante da garantia do direito a políticas sociais, especialmente a saúde, por meio do reconhecimento cidadã em uma política neoliberal de exercício reivindicatório através de ações judiciais. Além disso, obter conhecimento da importância e atribuição do poder judiciário frente a pertinente e descontrolada ação judicial em prol de direitos garantidos na Constituição Federal. Desse modo, tal fenômeno desencadeia para as famílias desgastes econômicos, físicos e psicológicos imensuráveis com a responsabilização do cuidado e burocracias na decisão de judicializar elementos fundamentais para garantir as condições mínimas de sobrevivência ao paciente/usuário, sendo crucial aprofundar o estudo na perspectiva dos envolvidos em tal processo.

3.2 A RELAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO E FAMÍLIAS

Conforme explanado até essa seção, é notória a relação para além das instituições formais no campo das políticas sociais e a judicialização, na qual são acionadas as famílias. Miotto (2010) explicita as demandas exigidas às famílias extrapolam suas possibilidades de resposta individuais, assim que o redimensionamento da intervenção profissional do Assistente Social sob a perspectiva da integralidade das ações articuladas em diferentes níveis, torna-se crucial. Desse modo,

diante da ausência de políticas de proteção social à população pauperizada, em consequência do retraimento do Estado, a família é chamada a responder por esta deficiência sem receber condições para tanto. O Estado reduz suas intervenções na área social e deposita na família uma sobrecarga que ela não consegue suportar tendo em vista sua situação de vulnerabilidade socioeconômica (GOMES; PEREIRA, 2005, p. 362).

Cunha (2017) ressalta o modo como a política pública incorpora a família reflete na organização dos serviços de saúde e na organização do trabalho com as famílias no cotidiano dos serviços e programas. Assim,

as políticas públicas, enquanto objeto de estudo, configuram, em primeiro lugar, processos complexos e multidimensionais que se desenvolvem em múltiplos níveis de ação e de decisão — local, regional, nacional e transnacional. Em segundo lugar, envolvem diferentes atores — governantes, legisladores, eleitores, administração pública, grupos de interesse, públicos-alvo e organismos transnacionais —, que agem em quadros institucionais e em contextos geográficos e políticos específicos, visando a resolução de problemas públicos, mas também a distribuição de poder e de recursos (ARAUJO; RODRIGUES, 2017, p.11).

Na América Latina, especificamente no Brasil, nunca ocorreu a garantia do bem-estar da população através da universalização de direitos e serviços públicos de qualidade afirma Piana (2009). Uma vez que,

nos países pobres periféricos não existe o Welfare State nem um pleno keynesianismo em política. Devido à profunda desigualdade de classes, as políticas sociais não são de acesso universal, decorrentes do fato da residência no país ou da cidadania. São políticas “categoriais”, isto é, que tem como alvo certas categorias específicas da população (...) através de programas criados a cada gestão governamental, segundo critérios clientelísticos e burocráticos. (...) (FALEIROS, 1991, p.28).

Entretanto, conforme Gutierrez e Minayo (2010),

ao olharmos para os cuidados da saúde a partir das relações entre políticas sociais e funções atribuídas à família no âmbito da cultura, verificamos uma relação marcada

por importantes flutuações. Historicamente, dentro do modelo do Estado de bem-estar, houve um esvaziamento das funções familiares com transferência de suas atribuições para outras instituições sociais. O pensamento gerado a partir de então sempre enfatizou a responsabilidade dos governos, o "dever do Estado", deixando em segundo plano o papel dos indivíduos. Contrariamente, as propostas neoliberais que preconizam o Estado mínimo tendem a devolver à família e aos indivíduos a responsabilização pela educação, pela saúde e pela segurança. Certo equilíbrio, no caso do setor saúde, é retomado na Carta de Ottawa, documento fundamental para orientação da promoção da saúde, onde os ministros da saúde reunidos pela Organização Mundial de Saúde em 1986 chamam atenção para o papel insubstituível das políticas públicas, mas ressaltam, com igual peso, a importância dos vários atores na construção dos cuidados e da qualidade de vida, enfatizando inclusive a adesão dos sujeitos a esses processos (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p.1498).

Tal afirmação reforça a necessidade de percepção e análise da responsabilização das famílias e suas estratégias de cuidado com as responsabilidades previstas pelo Estado, expressas na Constituição de 1988. Faermann (2012, p.129) ressalta que “a discussão sobre os deveres e as responsabilidades das famílias no campo das políticas sociais tem sido debatida com veemência no universo acadêmico”, assim que enaltece

(...) desde a crise mundial do capitalismo ocorrida na década de 70, a família vem sendo redescoberta enquanto recurso privado de bem-estar social e que esse entendimento advém da forma de organização econômica e sócio-cultural dos países, desdobrando-se em suas próprias legislações, servindo como parâmetro para programarem seus sistemas de proteção social e, conseqüentemente, sendo ferramentas para subsidiar o trabalho dos profissionais que atuam nesse campo (FAERMANN, 2012, p.129).

Assim que, Faermann (2012) prossegue ressaltando que as políticas sociais em contexto brasileiro são implementadas mediante a partilha de responsabilidades entre as famílias e o Estado, ideologia esta de apelo à responsabilidade familiar e reforço a sua posição e seus deveres na vida em sociedade visivelmente exposta na vasta legislação nacional - Constituição Federal de 1988, Lei das Pessoas com Deficiência de 1989, Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, Lei do Idoso de 1994, a Política Nacional da Assistência Social de 2004 e outros dispositivos legais-. Em termos de responsabilidade entre o Estado e a família,

no momento da elaboração, planejamento e execução das políticas utiliza-se o princípio de subsidiaridade do Estado em relação às demandas dos grupos familiares, e a proteção social efetiva-se na medida em que elas não têm condições de prover o cuidado e a atenção dos seus membros dependentes (FAERMANN, 2012, p.131).

Nascimento e Malazzo (2013) corroboram afirmando que para instalação de serviços socioassistenciais nos territórios vulneráveis, é de suma importância identificar os riscos

expostos a indivíduos, famílias, coletividades e classes sociais para a organização efetiva de serviços e programas de prevenção, a fim de evitar agravos e sequelas individuais e sociais.

O dimensionamento dos riscos e das vulnerabilidades, como condições prioritárias na assistência social, não retira a preocupação com o desenvolvimento da atenção ao quase risco ou com a descoberta de iniciativas inibidoras da presença ou do agravamento da vulnerabilidade. Só assim a assistência social, como política pública, alcançará sua efetividade (SPOSATI, 2006 apud NASCIMENTO; MALAZZO, 2013, p.13).

Afinal, a proteção social deve ser garantida pelo Estado através de políticas sociais públicas ao cidadão imerso em um contexto de fragilidades econômicas e políticas, a fim de garantir a substituição parcial das funções exercidas pelas famílias, uma vez que a ausência destas acarreta na sobrecarga e responsabilização da proteção dos seus membros, conforme Moser e Mulinari (2017).

Mioto (2006) destaca a incorporação da família nas políticas públicas como um processo tensionado entre propostas distintas, vinculadas a projetos distintos de proteção social e societário. Identifica nesse processo de incorporação a tendência familista, na qual é preconizada a centralidade da família reconhecendo a proteção e cuidado como canal natural de proteção social, associado ao neoliberalismo, o Estado é acionado apenas quando fracassado esses canais naturais; em contrapartida, a tendência protetiva enaltece a garantia da relação do cuidado e proteção da família por meio das políticas públicas, instância que necessita de atenção e proteção, devido ao reconhecimento de sua importância.

Conforme Mioto ((2008) apud Faermann (2012)) enaltece o pensar no lugar atribuído as famílias no âmbito das políticas sociais, programas e projetos pois, ao mesmo tempo que, está presente a noção da ausência das condições necessárias para sua reprodução social e, por consequência, necessitam do respaldo do Estado Faermann (2012) corrobora evidenciando que as famílias vêm sendo requisitadas como recurso privado de bem-estar social, desdobrando-se em excessivas exigências à nível político e organizacional, como profissional. Sarti (2004) corrobora afirmando a existência de uma tendência das políticas sociais tornar o indivíduo isoladamente como unidade de tratamento.

Marsiglia ((2003) apud Sarti (2004)) evidencia essa tendência sob o viés da desinternação ou desospitalização, redução do tempo de internação e ênfase no atendimento domiciliar enfatizando a problemática desse processo na ausência de consideração das resultantes oriundas dessa estratégia. Desse modo,

o atendimento que focaliza a família lida forçosamente com esse mundo de relações, em todo seu emaranhado de situações e pontos de vista. Quando se enfoca a família, então, a primeira coisa a se ter em conta é que se está tratando de relações e não de indivíduos, o que contraria a formação dos profissionais de saúde, em geral, que tendem a operar a partir de uma noção individualizada e objetivada do corpo e da doença, com base no modelo biomédico, distante desse universo não palpável, mas sempre atuante, das relações intersubjetivas que ocorrem no âmbito familiar (SARTI, 2004, p. 12).

Conforme Heredia (2014) em resenha do livro “Antes de Morir” de Luxardo (2006) analisa a obra como uma contribuição da importância das formas de investigação e intervenção na nova conjuntura demográfica e epidemiológica, a qual desafia os agentes encarregados do desenvolvimento do projeto, gestão e execução de políticas públicas no que tangencia a concretização da proteção social dos sujeitos em sua integralidade. Assim que,

la intensificación del debate en torno a las políticas sociales de salud trae a discusión el papel de los/as profesionales, las familias, las instituciones públicas y entidades privadas en el área del cuidar de las poblaciones. El cuidado, en tanto acción social y política que garantiza la reproducción de las sociedades, amerita una profundización teórico-analítica en sus postulados básicos, al tiempo que requiere de sólidas demandas profesionales y ciudadanas alineadas en una perspectiva emancipadora y transformadora de las relaciones desiguales de poder-saber. La importancia e implicancias del cuidado refieren a la polisemia de la noción en auge, a las necesidades de los sujetos concretos y al impacto de las políticas sociales de salud en las condiciones de vida. En efecto, frente a la actual sociedad de clase y pluricultural, caracterizada demográficamente por un envejecimiento poblacional y, epidemiológicamente, por un aumento de enfermedades de larga duración, se abre el debate de cómo actuar en sus principales problemáticas posicionándose desde un proyecto éticopolítico. Morir en casa es un aporte a este debate de la dimensión política de los cuidados, promoviendo las preguntas referidas a la configuración de la responsabilización de las condiciones, reproducción y finitud de la vida (HEREDIA, 2014, p.273).

Conforme Teixeira (2013), a sobrecarga das funções da família na proteção social é verificada com mais intensidade na contemporaneidade, pós-crise do Estado de Bem-Estar Social, na década de 1970, com a difusão de políticas neoliberais. No debate contemporâneo sobre a relação família e políticas públicas, vem-se apontando que a família sempre desempenhou papel significativo na conformação da proteção social. A relação Estado/família, bem como a intervenção do Estado sobre a família é compreendida na atribuição de novos deveres, portanto contrária a tendência de que esta intervenção tenha efeitos de uma invasão e controle da vida individual e familiar que tende a reduzir as funções da família nas sociedades contemporâneas. Obviamente, o Estado intervém visando o controle, a normatização, mas ao mesmo tempo e pela mesma ação promove medidas de proteção e bem-estar das famílias. A intervenção do Estado não é criticada devido ao seu caráter invasor, mas devido à sua ineficácia

e/ou má distribuição, recaindo sobre a família expectativas, atribuições e responsabilidade superiores à sua capacidade de resposta.

A hegemonia desse modelo se deve tanto a sua adaptação ao modelo capitalista de produção, as expressões empíricas numerosas nas diversas sociedades ocidentais, quanto às referências teóricas que a sustentam e justificam. Denominada de família moderna, composta basicamente pelo triângulo pai, mãe e filhos, caracteriza-se pela independência em relação a parentela, e por uma complexa combinação de autoridade e amor, prezando-se a qualidade de suas relações. Conforme Léon (1995) apud Teixeira (2013) a família nuclear, se projetou na teoria funcionalista como a única que se adaptava às instituições econômicas da sociedade moderna, por suas características de independência em relação à parentela e da dependência da mulher e dos filhos ao marido, afirma Teixeira (2013). Esse modelo se adapta as exigências da mobilidade ocupacional e geográfica, consideradas como inerentes à sociedade industrial moderna, além de estabelecer os papéis de todos os membros da família, correspondendo a teoria dos papéis sociais, ampliando a teoria funcionalista de Parsons.

Assim é notória a disjunção entre a delegação reinante na sociedade em torno do que se considera família e do quantum de responsabilidade lhe é conferido na provisão de bem-estar e a capacidade efetiva de resposta às expectativas postas sobre ela. O tensionamento entre a solidariedade familiar que, contraditoriamente, sobrevive permeando a máxima da solidariedade coletiva, constitui a base de sociedades pautadas na garantia de direitos sociais, consagrando as relações com as famílias e elevando o grau de responsabilidades através da concertação entre o campo legislativo e o campo da política social. O processo de responsabilização das famílias está intimamente relacionado a códigos culturais e articulações necessárias para sua efetivação, sendo a partir dessas atribuições possível desautorizá-las e culpabilizá-las à medida que não correspondam as expectativas, podendo inclusive responder judicialmente pelos seus fracassos, ressalva Mito (2006). E, para tanto,

Não se pode deixar de assinalar que os processos de judicialização vinculam-se, em grande medida, à responsabilização das famílias na provisão de bem-estar e estão cada vez mais em evidência, no contexto da política social brasileira. Portanto, parecem associar-se também à estratégia de externalização presente no campo dos serviços públicos de natureza estatal, em tempos de reestruturação produtiva e de política neoliberal (...) implica em medidas de transferência da prestação de serviços para organizações comerciais, bem como para serviços de organizações não governamentais e unidades domésticas, ou seja, para as famílias. Esta nova estratégia repercute nas condições de prestação dos serviços e nas oportunidades de acesso dos usuários (BRITOS apud MIOTO; DAL PRÁ; WIESE, 2018, p. 26).

Desse modo, fica evidente a necessidade de as famílias utilizarem o processo judicial em prol de manutenção de suas responsabilidades, reivindicando a garantia de direitos e manutenção do cuidado, os quais trazem desgastes econômicos, físicos e psicológicos, provenientes da burocratização e espera da garantia do acesso ao direito.

Uma vez que, o acesso à justiça é condição imprescindível para o exercício dos direitos de cidadão, a assistência judiciária é garantida conforme Lei 1.060, Art. 2º, parágrafo único "aquele cuja situação econômica não lhe permita pagar custas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do sustento próprio ou da família". Assim, a Constituição Federal procura promover legalmente esta assistência aos que comprovarem insuficiência de recursos, considerando além da defensoria, o Ministério Público e a advocacia pública como funções essenciais ao acesso à Justiça, conforme Oliveira (2007).

Com bibliografia escassa referente às implicações desencadeadas para as famílias por meio do processo de entrada judicial na garantia de direitos sociais, fica explícita a relevância da proposta de aprofundamento de tal discussão, através da realização de entrevistas com famílias, às quais permeiam/permearam o campo jurídico para acesso do direito à saúde. Com o arsenal teórico desenvolvido é de suma importância o contato direto com os usuários em prol de uma descrição fidedigna da realidade expressa em um contexto micro, para pertinente desenvolvimento futuro de estudos macros através da análise desses registros descritos e analisados, por meio de uma escuta qualificada para com essas famílias.

4. AS IMPLICAÇÕES DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PARA AS FAMÍLIAS

Nessa seção será apresentada a coleta de dados, respectiva à pesquisa de campo em torno do fenômeno da judicialização, a fim de explicar a realidade de tal problemática no contexto hospitalar. Para melhor compreensão do ambiente escolhido para realização das entrevistas e análise dos dados, descreveremos sobre o do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC)³ localizado na R. Profa. Maria Flora Pausewang, s/n - Trindade, Florianópolis - SC, 88036-800.

O HU/UFSC foi fundado em 1980 e atende exclusivamente usuários do sistema único de saúde, o SUS. É um hospital de referência no estado, além de ser o único hospital federal do Estado de Santa Catarina. Com 36.000m² de área construída, onde circulam cerca de 3.500 pessoas diariamente. O hospital funciona por meio do trabalho de docentes, profissionais de saúde, voluntários e colaboradores, bem como dos discentes e residentes, os quais contribuem de forma essencial para a qualidade da assistência à saúde, da vida e do aperfeiçoamento da instituição.

As obras de construção do HU/UFSC iniciaram-se em 1964, no Campus Universitário da Trindade, mas somente se tornou realidade em 1980, após, intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades Federais para a obtenção de recursos que permitissem sua inauguração, em maio de 1980. Inicialmente instalaram-se os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) adulto e finalmente, em 1996, a Maternidade.

O Atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se ao longo dos anos seguintes permitindo que o Hospital completasse sua estruturação em quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia.

A Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia foram implantadas em outubro de 1995, após longo período de preparação de Recursos Humanos, equipamentos e técnicas de intervenção buscando alcançar elevados índices de modernização técnica e humanização do atendimento. Atualmente a Maternidade do HU já é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em assistência obstétrica.

Outra característica importante do HU/UFSC é o seu atendimento de Emergência funcionando interruptamente atendendo adultos e crianças em áreas separadas, em números

³ Informações da instituição obtidas em site www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufsc

crecentes e que atingem a média de 400 pacientes/dia. Vem sofrendo pressões incontroláveis tendo em vista a demanda de população que não consegue atendimento nos Postos e Unidades Municipais/Estaduais e que vê o HU/UFSC como Centro de atendimento público e gratuito de elevado nível de competência técnica, atendimento humanizado, e resolutividade.

Atuando nos três níveis de assistência, o básico, o secundário e o terciário, o HU é também referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades. Seu corpo clínico constituído de professores dos Departamentos do Centro de Ciências de Saúde que utilizam o HU como centro de ensino e de pesquisa; os médicos e demais profissionais da Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Psicologia e Engenharia Biomédica, que possuem elevados índices de qualificação e titulação, aliados ao grande interesse na pesquisa e prática clínicas, conferem ao HU/UFSC grande força e prestígio social e comunitário.

Desse modo, o HU/UFSC possui como missão preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social e, tem como visão ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção à saúde e no trabalho interdisciplinar.

Qualidade, humanização, valorização e qualificação profissional, compromisso social, construção e socialização do conhecimento, público e gratuito, competência profissional, respeito aos princípios do SUS: integralidade, universalidade, equidade, resolutividade, articulação ensino, pesquisa, extensão e assistência e inovação.

O hospital universitário conta com um Corpo Clínico Multidisciplinar qualificado, para assegurar um excelente atendimento a todos nas diversas especialidades da medicina, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar. O Hospital Universitário conta ainda com atendimento emergencial nas áreas pediátrica, ginecológica-obstétrica e adulto, um ambulatório de especialidades, uma maternidade e serviços de média e alta complexidade.

O serviço de emergência busca responder à Política Nacional de Humanização das Urgências e Emergências, iniciando no ano de 2007 o acolhimento com avaliação e classificação de risco, buscando dar agilidade ao atendimento das urgências e procurando uma maior integração com a rede básica de saúde. O HU conta com um total de 106 vagas de residência médica.

Seus programas de residência encontram-se consolidados e contribuem para o papel de formação do HU/UFSC. No ano de 2010, o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de

São Thiago deu início a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, iniciando com duas áreas de concentração: Atenção às Urgências e Emergências e Atenção em Alta Complexidade, integrando alunos das mais diversas especialidades. Em 2014, a Residência Integrada foi ampliada para mais uma área de atuação: Saúde da Mulher e da Criança.

Entretanto, as dificuldades de gerências e de financiamento impostas pela conjuntura atual, e tabelas de retribuição de serviços defasada em relação aos custos operacionais, a crise dos Hospitais Universitários pela dificuldade de atualização de equipamentos e obras, racionalização de procedimentos e investimentos no treinamento de recursos humanos, em todos os níveis tem se constituído em grande desafio para a atual administração, em especial na área de pessoal.

Assim com a implantação progressiva da informática, a melhoria dos sistemas de dispensação de medicamentos com dose individualizada, a racionalização dos processos de distribuição de materiais médicos e de enfermagem, por cotas, o estabelecimento de fluxo de licitação anual com entrega parcelada, o novo sistema de controle informatizado do atendimento ao público, no laboratório, Raio X, Banco de Sangue, e Serviço Ambulatorial, a implantação de controles administrativos na área contábil e financeira, contribuíram para melhorar e equilibrar a relação receita/despesa em 1998, fator altamente preocupante nas administrações anteriores.

Assim que, em março de 2016 a UFSC assinou contrato com a EBSEH⁴. A partir da assinatura deste contrato o HU/UFSC passou a ser administrado em uma ação em conjunta entre a universidade e a EBSEH. O principal objetivo da entrada da empresa foi à recuperação da infraestrutura física e tecnológica, assim como a recomposição do quadro de profissionais.

4.1 METODOLOGIA DE PESQUISA

O objetivo da pesquisa é analisar os principais fatores que acometem as famílias com o processo de judicialização das demandas relativas à saúde dos pacientes das Clínicas Médicas I e II, em tratamento no Hospital Universitário (HU/UFSC). Nesta direção é importante traçar os caminhos metodológicos para obter os resultados de forma coerente e científica. Enquanto participante de investigação científica, conforme Günther (2006), o pesquisador não deveria optar entre o método qualitativo ou quantitativo, mas adotar as várias abordagens que se

⁴ A EBSEH é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação criada em 2011 com a finalidade de modernizar a gestão da estrutura administrativa, que passou a contar em seu organograma com a Superintendência e três gerências: de ensino e pesquisa, atenção à saúde e administrativa, que compõe o colegiado executivo.

adequem à sua questão de pesquisa que possui implicações de natureza prática, empírica e técnica. Assim,

considerando os recursos materiais, temporais e pessoais disponíveis para lidar com uma determinada pergunta científica, coloca-se para o pesquisador e para a sua equipe a tarefa de encontrar e usar a abordagem teórico-metodológica que permita, num mínimo de tempo, chegar a um resultado que melhor contribua para a compreensão do fenômeno e para o avanço do bem-estar social (GÜNTER, 2006, p.207).

Assim, considerando os recursos e a abordagem teórico-metodológica adequada para melhor compreensão do fenômeno, a presente pesquisa tem natureza qualitativa-descritiva com a utilização do roteiro de entrevista (Apêndice A) com famílias atendidas pelo Serviço Social das Clínicas Médicas I e II que tiveram em seus registros a informação de alguma necessidade/demanda de saúde judicializada, identificando quais os principais fatores que acometem as famílias no processo de judicialização das demandas relativas à saúde, bem como para compreender os fatores que levam as famílias a se responsabilizarem pelo tratamento nas Clínicas Médicas I e II.

A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 195).

Desse modo, a entrevista foi realizada, com os familiares acompanhantes dos pacientes internados nas Clínicas Médicas I e II com qualquer processo judicial envolvendo a garantia de direito à saúde. Com base nos acolhimentos dos profissionais de Serviço Social, analisando a realização de qualquer processo judicial envolvendo a garantia de direito à saúde, foram selecionadas de modo aleatório (sorteio) a entrevista com famílias em cada Clínica, totalizando 05 entrevistas com as famílias (03 famílias na Clínica Médica I e 02 famílias na Clínica Médica II). Em um levantamento prévio realizado por meio de projeto de intervenção, durante período de estágio na instituição, com base nos registros de atendimentos do Serviço Social aos pacientes novos internados entre os meses de setembro e outubro de 2018 nas Clínicas Médicas I e II, Urgência e Emergência e Cirúrgicas I e II, evidenciou-se demanda significativa nas Clínicas Médicas I e II e na Urgência e Emergência de famílias que apresentavam demandas sociais judicializadas, conforme expresso na tabela abaixo. Devido à rotatividade característica da Urgência e Emergência, ficou delimitada a pesquisa apenas nas Clínicas I e II. É válido destacar que no período da realização do projeto de intervenção em 2018 para a viabilização

das entrevistas para a presente pesquisa, o número de famílias que judicializou alguma demanda relativa à saúde permaneceu o mesmo nas Clínicas Médicas I e II.

Tabela 1 - Relação de internados novos no período de setembro de 2018 e outubro de 2018 com demanda judicial no HU/UFSC.

Demanda Judicial	Urgência e Emergência	Clínica Médica II	Clínica Médica I	Cirúrgica II	Cirúrgica I
Setembro 2018	4 pacientes	1 pacientes	2 pacientes	0 pacientes	1 paciente
Outubro 2018	5 pacientes	2 pacientes	0 paciente	0 pacientes	0 paciente
Total	9 pacientes	3 pacientes	2 pacientes	0 pacientes	1 paciente

Fonte: Elaborado pela autora, através da coleta de dados proveniente do registro de evolução dos pacientes internados no sistema do HU/UFSC, 2018.

Assim sendo, foram realizadas ao total de 05 entrevistas no período de maio a junho de 2019 com as famílias de pacientes em tratamento nas Clínicas Médicas I e II do HU/UFSC, as quais possuíam qualquer processo judicial envolvendo a garantia de direito à saúde. Desse modo, a fim de não estabelecer critérios demasiado limitantes, as famílias selecionadas de modo aleatório deveriam possuir pacientes internados que dispunham de atendimento no Serviço Social do HU/UFSC e ter qualquer processo judicial envolvendo a garantia de direito à saúde, que estavam cadastrados no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) e usufruam dos benefícios prestados pelos programas sociais do governo federal, além de possuírem mais de 18 anos de idade.

As entrevistas foram acordadas com as famílias, ressaltando o estudo em questão, na qual de modo voluntário as mesmas se dispuseram a participar de entrevista de no mínimo 10 minutos e máximo 15 minutos. Inicialmente a entrevista previa contato com as famílias para entrevista individual em sala de acolhimento do Serviço Social, entretanto no momento de seleção dos participantes da entrevista, baseado nos registros de evolução do Serviço Social realizado pelas Assistentes Sociais do HU/UFSC, suscitou-se a possibilidade de realização das entrevistas nos leitos com os pacientes e familiares, uma vez que na sua maioria os internados possuem o direito de ter um acompanhante, otimizando o tempo e a acessibilidade aos entrevistados, atendendo aos critérios de sigilo e segurança como voluntário de pesquisa. Assim que, como as condições de coleta foram alteradas no percurso de realização prática da pesquisa e com o propósito de garantir o material coletado e a qualidade dos dados, ressaltaremos para

análise as falas dos pacientes e familiares de modo distinto, mesmo com a entrevista tendo sido feita de modo conjunto.

Abaixo, se apresenta alguns dados de perfil dos pacientes internados e sujeitos da pesquisa:

Tabela 2 - Alguns Dados dos Pacientes Entrevistados

	Paciente1	Paciente2	Paciente3	Paciente4	Paciente 5
Idade	56	71	54	58	62
Naturalidade	Paulo Lopes/SC	São João Batista/SC	Campos Novos/SC	Bahia/BA	Florianópolis/SC
Estado Civil	Casada	Casada	Casada	Divorciada	Divorciada
Escolaridade	4ª série	1ª Série	Superior Completo	8ª Série	----- ⁵
Vínculo de Trabalho	Lar	Desempregado	Funcionária Pública	Cabelereira	-----
Renda	1 salário mínimo	2 salários mínimo	Auxílio-Doença	Caridade e familiares	Caridade e familiares
Familiar Acompanhante	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Parentesco do Acompanhante	Esposo	Filha	Irmã	Sem Acompanhante	Filha

Fonte: Elaborada pela autora com base nas entrevistas realizadas, 2019.

Assim, a fim de conduzir uma entrevista leve e de apropriação do tema, pois, conforme Batthyány e Cabrera (2011),

el «método científico» es utilizado en el proceso de la investigación social para obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social, o bien estudiar una situación para diagnosticar necesidades y problemas a efectos de aplicar los conocimientos con fines prácticos (BATTHYÁNY; CABRERA, 2011, p.10).

Através da revisão de literatura, com apropriação da temática, os dados registrados sistematicamente ao longo da pesquisa e as entrevistas realizadas, foram possíveis de respaldar a importância do objeto de estudo e viabilizar o estudo para diagnosticar necessidades e problemas, a fim de aplicar os conhecimentos com fins práticos.

A apreciação dos dados se dá pela análise de conteúdo coletado por meio das entrevistas realizadas com as famílias selecionadas. A proposta de avaliação do resultado obtido através da fala e descrição das famílias entrevistadas tem como arsenal ampliar a discussão associando a

⁵ Dados de escolaridade e vínculo de trabalho não informados.

teoria e a realidade expressa de maneira a compreender o fenômeno na sua totalidade macro e aferir a compreensão micro das Clínicas Médicas I e II no HU/UFSC, respectivamente.

Ressalta-se que esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina sob número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 10949119.0.0000.0121 cuja aprovação validada pelo parecer de número: 033937/2019 cumprindo os requisitos conforme preconizado na Resolução 466/2012 e da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510/16, no que se refere às normas e diretrizes de pesquisas que envolvem seres humanos. Foi entregue a cada entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice B).

4.2 OS PROCESSOS DE RESPONSABILIZAÇÃO FAMILIAR E JUDICIALIZAÇÃO DAS DEMANDAS DE SAÚDE

A partir desta breve contextualização institucional e do processo do caminho metodológico da pesquisa, neste subtítulo serão destacadas as questões problematizadas com os entrevistados sobre o objeto de estudo.

É sabido que muitas pessoas e mesmo famílias tem encontrado na Justiça uma forma de garantir direitos sociais. Por isso, uma das primeiras questões abordadas com os familiares foi identificar que fatores levaram a judicialização de algum direito vinculado à saúde. Dentre as respostas obtidas se destaca as seguintes respostas:

Tabela 3 - Fatores que levaram a judicialização de algum direito a saúde

Demanda Judicializada	Número de famílias/pacientes entrevistados
Alto Custo (Medicamentos)	3
Auxílio-Doença	1
Instituição de Longa Permanência e Insumos	1

Fonte: Elaborado pela autora, através da sistematização dos dados obtidos em entrevista, 2019.

É, porque esses medicamentos são caros e a gente não tem condição de comprar, na época (...), que surgiu esse problema de Retocolite Ulcerativa, ele estava desempregado (...) então a gente morava com a mãe dele, ele não tinha condição de comprar um remédio muito caro (...) (Paciente 01, 2019).

Porque é caro (Familiar 02, 2019).

Esse medicamento custaria entre 90 e 100 mil. E duraria 8 sessões, um total de 21 dias. A doutora Giovana solicitou que a gente entrasse com o processo e a gente entrou, porque é uma medicação muito cara (Familiar 03, 2019).

(...) eu fiz cirurgia (...) e até recuperar (...) eu tava encostada recebendo, (...) Terminou um ano (...) eles começaram a negar. Entrei na justiça, dois meses eles me concederam, me pagaram os dois meses atrasados. Continuei recebendo. Praticamente eu fiquei de (...) de julho de 2014 a outubro de 2018, encostada recebendo. Depois desse período eles negaram, fui na justiça e busquei. (...) finalmente em 2017 (...) me orientaram, fiz uma perícia e me negaram (...) Levei toda documentação para a defensoria (...) tô preocupada porque como eu estou muito tempo encostada eles estão me negando (...) eu (...) atirei tudo pra eles. (...) Aí eu não marquei mais perícia. (...) eles disseram que eu fiquei 1 ano sem validar perícia. Nem a defensoria marcou pra mim e nem eu. Quando foi outubro de 2018, eles me desvincularam e agora eu tenho que correr atrás da defensoria (...) fevereiro de 2018 foi que eles deram a entrada oficial. Só que eu fiquei 7 meses esperando pra terminar exames, (...) praticamente o ano todo (...) faz tal exame, espera tantos meses, espera retorno. (...) em outubro terminou, me desvincularam. E eu não sabia. (...) fiquei de julho de 2014 a 2 de outubro de 2017. Entrei em 2017, porém passou esse período que eu acabei perdendo o vínculo (...). Eu tenho que resolver o quanto antes, porque eu não quero aumentar o debito além dos 6 meses. A defensoria vai ter que me orientar ou fazer alguma coisa, porque aí vai acumulando e daqui a pouco é mais um mês, é mais um mês, é mais um mês (Paciente 04, 2019).

Na verdade, quando ela entrou no hospital, ela usava fraldas e foi dito que ela tem uma demência que é irreversível e que ela precisa de um asilo (...) porque (...) ela precisa de alguém que cuide dela o dia inteiro e, dentro de casa não tem essa figura, não tem essa pessoa (...) então a gente fez dois processos, um processo para a fralda, porque ela usava fralda (...) e o outro processo que é a solicitação do asilo (Familiar 05, 2019).

Identifica-se a partir das falas que os entrevistados evidenciam alguns motivos para a judicialização, como: o alto custo dos medicamentos, as controvérsias do processo para garantia do auxílio-doença e, a necessidade do cuidado e materiais para a garantia das condições mínimas de vivência.

Assim, conforme Freitas (2017), o fenômeno da judicialização da saúde está estritamente relacionado ao que foi verbalizado pelos entrevistados, ou seja, o ajuizamento de ações individuais destinadas à aquisição de medicamentos denominados excepcionais ou de alto custo, na qual o pretexto da consagração do direito fundamental a saúde culminam por desconsiderar as políticas públicas específicas destinadas ao atendimento do maior número de possível de pacientes, materializadas pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Nesse contexto, entende-se que a judicialização dos conflitos gerados desestabiliza as políticas públicas engendradas pela Administração Pública, na medida em que decorrem do Poder Judiciário.

Conforme a Associação da Indústria Farmacêutica (2016), a população brasileira mesmo tendo conhecimento dos limites financeiros do setor público, atualmente vive um círculo vicioso na qual a falta de recursos para a incorporação ao SUS de medicamentos, acaba

gerando o aumento da judicialização, que por sua vez, reflete na falta de recursos financeiros à medida que o medicamento judicializado acaba sendo fornecido por valores superiores aos que poderiam ser adquiridos por meio de compras públicas planejadas. Portanto, seria fundamental explanar uma negociação aberta, em que se definam quais medicamentos são realmente urgentes e indispensáveis para incorporação, baseados nas demandas existentes e no parecer da comunidade científica; e que sejam estabelecidos limites de tempo e quantidade a fim de tornar a incorporação viável.

Ao se entender quais os motivos que levaram a judicialização, outra questão importante é compreender como se dá à entrada com o processo judicial, para garantia do direito vinculado à saúde, sendo assim foram contatadas as seguintes prerrogativas:

Tabela 4 - O meio utilizado para entrada com o processo judicial.

Entrada com o Processo Judicial	Número de famílias/pacientes entrevistados
Assistente Social (UBS)	2
Defensoria Pública	2

Fonte: Elaborado pela autora, através da sistematização dos dados obtidos em entrevista, 2019.

Foi com a Assistente Social (...) da própria prefeitura. A Assistente Social da Secretária da Saúde. (...) (Paciente 01, 2019).

(...) a Assistente Social do posto (...) (Paciente 02, 2019).

Familiar 2: Ela (**se refere a Assistente Social da Unidade Básica de Saúde**) mandou um formulário (...) foi negado, sendo informado a necessidade de entrar com um advogado particular (Familiar 02, 2019).

Defensoria pública (Familiar 03, 2019).

Defensoria Pública (Paciente 04, 2019).

Defensoria Pública (Familiar 05, 2019).

Fica evidente através do relato dos entrevistados a entrada com o processo judicial através da Defensoria Pública. Exceto, nos casos como os entrevistados 02 e 03 em que a Assistente Social da UBS se configurou como a referência do processo e realizou todos os trâmites necessários, sendo a principal intermediária entre o judiciário e o usuário. Entretanto, é válido ressaltar que das entrevistas realizadas e, conforme trechos descritos, a entrevistada 02 não conseguiu efetivar sua reivindicação por meio público, sendo acentuada a possibilidade de acessar o direito por meio de ação judicial com advogado particular. Desse modo, algumas respostas da entrevistada 02 não serão contempladas a partir das perguntas realizadas.

Com base em Oliveira et al (2015), o fenômeno da judicialização vem sendo adotado como estratégia dos sujeitos para garantir seus direitos recorrendo ao Poder Judiciário, através de duas dimensões distintas: uma individual e outra coletiva. Assim, corroborando com as declarações obtidas por meio dos entrevistados a busca da garantia do direito à saúde tem passado pela atuação de diversas instâncias judiciais, tais como: o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública.

Na sequência foi perguntado como se deu o processo de entrada judicial, obtendo-se as seguintes constatações:

Tabela 5 - Como foi o processo judicial para as famílias/pacientes entrevistados.

Processo Judicial	Número de famílias/pacientes entrevistados
Burocrático	4

Fonte: Elaborado pela autora, através da sistematização dos dados obtidos em entrevista, 2019.

Burocratíssimo, muito ruim, muito difícil, muita coisa, muito papel, muita pergunta. (...) (Paciente 01, 2019).

Ah teve que juntar muito papel, mas quem auxiliou a gente foi a doutora (...). Ela que deu os passos de tudo que a gente tinha que pegar: uma negativa no município, uma negativa no estado e, levar para a defensoria pública. (...) (Familiar 03, 2019).

Na verdade, me deram até 3 meses. Mas eu (...) sempre dependia do SUS para esse processo de exame, consulta, especialista que demora uma eternidade também (...). Eu entrei, eles me pediram tudo, desde a primeira consulta (...) que foi em 2014 (...) até a última (...). Eles marcaram a perícia judicial esse ano, mas para janeiro. (...) a partir de outubro eu já estava desvinculada. Então, veio a acontecer a perícia e o perito negou (Paciente 04, 2019).

(...) tu vai lá eles te dão uma lista de documentos e tu tem que correr atrás disso (...) me deram tipo um check-list e eu tive que correr atrás das coisas (Familiar 05, 2019).

Constata-se de modo geral, a partir das falas dos participantes, a significativa necessidade do acúmulo de documentação para comprovação da ausência de saúde, bem como todos os tratamentos, cirurgias, exames, medicamentos e afins realizados para apuração, a fim de obter um aval positivo para realizar o procedimento que garante um direito em prol da saúde, cujos prazos limitantes e atuação isolada de busca pelos usuários se configura como um processo físico, psicológico e mentalmente desgastante. Salvo o caso da entrevistada 03, na qual mesmo um profissional da saúde tendo realizado os devidos direcionamentos necessários quanto à documentação e local para entrada com a ação judicial, todos os passos foram

atribuídos a familiar para sua responsabilização, enquanto coleta de dados e informações documentais para entrega no âmbito do processo, na qual está sendo judicializado um direito a saúde.

Ao que concerne o processo de entrada judicial no tocante a saúde, Oliveira et al. (2015), expõe que devido a negligência do gerenciamento dos recursos públicos, o cidadão acaba por judicializar, através de procedimento próprio, um direito que lhe é fundamental, garantido constitucionalmente. E assim, complementa, evidenciando a realidade vivenciada pelos usuários que reivindicam seus direitos que, ao tentar exercer seus direitos junto aos órgãos estatais, o cidadão se depara com uma burocracia exagerada.

Assim como evidenciada a burocracia por parte dos usuários, o Ministro Relator Gilmar Mendes, no julgamento do Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada 175, argumenta,

Dessa forma, podemos concluir que, em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente. Essa conclusão não afasta, contudo, a possibilidade de o Poder Judiciário, ou de a própria Administração, decidir que medida diferente da custeada pelo SUS deve ser fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz no seu caso (...). Quanto aos novos tratamentos (ainda não incorporados pelo SUS), é preciso que se tenha cuidado redobrado na apreciação da matéria. Como frisado pelos especialistas ouvidos na Audiência Pública, o conhecimento médico não é estanque, sua evolução é muito rápida e dificilmente suscetível de acompanhamento pela burocracia administrativa (MENDES, 2010, p. 22-23).

É notória a necessidade de serem revisados os processos de tratamento e as possibilidades, a fim de garantir o despendimento mínimo da ação e suas burocracias, bem como a fim de minimizar o tempo de espera (questionamento posterior) para a mais rápida efetivação e garantia das condições mínimas de saúde para esse usuário e aferir o bem-estar para essas famílias como um todo.

Com base no processo judicial, foi questionado quanto ao tempo que aguardaram e/ou aguardam resposta judicial esses usuários conjuntamente a seus familiares.

Tabela 6 - Tempo de espera da resposta judicial.

Tempo de espera da resposta judicial	Número de famílias/pacientes entrevistados
Concluído	2
Espera de 1 ano ou < 1 ano	2

Fonte: Elaborado pela autora, através da sistematização dos dados obtidos em entrevista, 2019.

1 ano e meio (...) levou esse processo todo. (...) (Paciente 01, 2019).

(...) a gente acabou de levar todo o material (...) dia 2 de abril (...) até agora (...) nenhum resultado (...). Ainda está no processo (Familiar 03, 2019).

Já fez um ano, em fevereiro, com a defensoria. Fevereiro de 2018 para fevereiro de 2019 (...) (Paciente 04, 2019).

4 meses (...). As fraldas saíram, porém quando a moça me ligou dizendo que saiu as fraldas eu expliquei (...) no momento a minha mãe não precisa mais fralda (...). Eu nunca peguei as fraldas, porque não precisa (...). Agora eu estou num segundo dilema que é (...) cancelar e, ninguém sabe o número desse processo para cancelar. E, a gente também não sabe. Porque a gente entrou com o processo, mas eles iam registrar e não disseram qual era o número. Então, agora eu tenho que cancelar o processo e eu não sei onde essas fraldas estão, porque eu nunca peguei na verdade. A gente nem recebeu (...). O asilo (...) a juíza determinou (...) que tem um asilo com vaga disponível para a mãe e que a gente só precisava levar uma declaração médica dizendo (...) se o estado dela atual se mantém e daí ia ser liberado essa vaga (...). Mas, falta o cartório publicar. Enquanto o cartório não publicar, não está valendo (...). Então, (...) a gente está dependendo do cartório publicar pra eles pegarem o atestado que a gente já deixou na defensoria para a mãe poder ser encaminhada. Então é uma questão burocrática, na verdade. Está tudo certo. É só a gente conseguir que o cartório da Justiça Federal publique. Não sabemos quanto tempo vai levar porque ficamos à mercê do cartório (...) (Familiar 05, 2019).

Pelas respostas é possível identificar que os processos são demorados e, que inclusive alguns ainda estão em trâmite, sem concretização, portanto segue no aguardo dos procedimentos com a prerrogativa de conseguir assegurar o direito a saúde reivindicado. Espera essa que, conforme a entrevistada 05 depende de um fator estritamente burocrático, na qual todos os processos exigidos foram realizados, tecendo uma demora desnecessária e a ocupação de um leito no hospital por um período significativo, visto a demanda da instituição. Ademais, um dos processos judicializados pela entrevistada 05 já está assegurado, envolvendo outra problemática de recebimentos e desorganização do sistema judiciário, sendo pertinente a análise e verificação mais aprofundada de tais casos em estudos futuros.

Com base em Filho e Sant'ana (2016), o exacerbado tempo de espera esta permeado por diversos sintomas adversos e limitações físicas. Respaldados em problemas físicos e psicológicos, ademais da existência do problema social relativo à incapacidade do trabalho. Assim que, se o Poder Público é muitas vezes omissos com relação a sua obrigação de prestar a saúde pública, em sentido amplo e, a saúde como direito público subjetivo é também reivindicável, conforme expressa Costa e Siqueira (2013).

Visto o desenvolvimento do processo, apresentamos a pergunta de quais fatores foram limitantes no processo judicial, resultando nas seguintes respostas:

Tabela 7 - As limitações encontradas para entrada e desenvolvimentos do processo judicial.

Limitações no Processo Juicial	Número de famílias/pacientes entrevistados
Processo	3
Advogado Particular	1
Sem Limitações	1

Fonte: Elaborado pela autora, através da sistematização dos dados obtidos em entrevista, 2019.

(...) Quase todos os dias eu ia lá perguntar (...) como estava o andamento do processo. Ela (**se refere a Assistente Social**) ligava para lá, nos explicava e demorava mais um pouquinho (...). Estávamos esperançosos em receber, mas também na época não conhecíamos ninguém que tinha entrado com processo judicial para conseguir o acesso a medicamentos (Paciente 01, 2019).

Arcar com o valor de um advogado particular. Assim, a gente desistiu e nem foi mais atrás (Paciente 02, 2019).

(...)eu achei fácil, pode ser que alguém encontre dificuldades (...). Eles pediram (...) prontuário dela (...) eu peguei o prontuário e eu mesmo fui mais ou menos vendo o que que era de importante. Levei para a defensoria pública.(...) agora eles falaram (...) que ela tem que passar por uma perícia médica, para depois dessa perícia médica ela levar ao juiz. O juiz vai dar o resultado. Mas, essa perícia ainda está por ser agendada (Familiar 03, 2019).

(...) a defensoria me chamou, me pediram um contra laudo, mas não aceitaram das médicas do posto de saúde (...). Como é que eu ia apresentar em três dias (...) de prazo para eu conseguir isso? Levei para a defensoria, entreguei, (...) só que tinha vencido o prazo de eu levar o contra laudo. Era até tal dia que o juiz, o perito da Justiça Federal deu um prazo de cinco dias para (...) eu largar o contra laudo. Mas (...) quando eu consegui com a Doutora, já tinha vencido o prazo. Igual eles pegaram e anexaram, que pode servir para alguma outra coisa, algum outro momento, pois iriam continuar entrando com recurso. (...) (Paciente 04, 2019).

(...)É o próprio passo do processo, na verdade. (...) outra coisa que eu vi também na época, (...) para mim foi limitante, eu ficava 13 horas dentro do hospital aqui com ela porque ela estava totalmente inválida quando ela entrou aqui e eles me exigiam um monte de papel (...). Então, (...) eu quase pirei, sabe, para ter/conseguir cuidar de uma mãe totalmente acamada, debilitada e ainda ter fôlego para ir nas repartições e as pessoas não sabiam. As coisas que eles pediam, as pessoas da repartição nunca tinham ouvido falar (...) tem um descompasso entre essas duas instituições que uma pede uma coisa que a outra não sabe entregar. A defensoria que pediu (...) uma coisa que o órgão nunca fez. (...) esse é o grande dilema, é rever esse check-list e comunicar os órgãos: (...) eu fiquei pensando, (...) será que a minha mãe é a única pessoa que precisa de asilo nesse Estado (...) para ninguém nunca saber (...). Teve dias que eu, ia e voltava quatro vezes no mesmo lugar, entendeu? Porque eu ia, a pessoa dizia que não, eu voltava no lugar a pessoa dizia que não tem que ser lá, eu voltava, não (...). Então, isso eu acho que foi a coisa mais mortal (...) eu já estava num momento desgastante, exausta, (...) fisicamente, emocionalmente e (...) ainda tinha que ouvir um monte de gente me negando os documentos, me mandando para lugar que não era (...). É muito complicado (Familiar 05, 2019).

Com base nos relatos dos participantes da entrevista é notório que os fatores limitantes estiveram estritamente relacionados à documentação e tempo de espera. No caso da entrevista 01, o processo conforme descrito exigiu presença constante para acompanhamento do processo,

visto a necessidade de assegurar tal direito ao acesso à saúde, especificamente a garantia de medicamento de alto custo (mesmo sendo um fenômeno com crescimento exponencial nos últimos anos, a usuária já obtém o recebimento mensal e regular do medicamento há 30 anos). A entrevista 02 evidenciou como fator limitante a necessidade de arcar com um advogado particular, visto a negativa da UBS e a ausência de enquadramento nas condições mínimas para possuir o direito de usufruir do judiciário de modo gratuito. A entrevista 03 apontou clareza e facilidade, devido às objetivas instruções que possibilitaram assertividade na conduta para entrada com o processo. Entretanto, as entrevistas 04 e 05 apontaram a existência de não convergência entre a possibilidade de retirada de documentos e o prazo solicitado pelo órgão responsável pela judicialização, desencadeando atrasos na condução da ação judicial.

Asensi (2010) elenca as limitações no âmbito judiciário como teóricas, na qual competem os desafios e insuficiências relacionados à reflexão sobre o direito no mundo contemporâneo em que o Judiciário atua como referência central para a efetivação dos direitos e para a atuação das demais instituições jurídicas e, metodológicas que fazem jus aos desafios presentes às pesquisas sobre as instituições jurídicas, sobretudo em função da primazia que conferem às ações judiciais na efetivação de direitos. Assim que, prossegue,

os limites teóricos exprimem os desafios e insuficiências relacionados à reflexão sobre o direito no mundo contemporâneo, pois assumem o Judiciário como central para a efetivação dos direitos e, inclusive, para a atuação das demais instituições jurídicas. É possível elencar três limites elementares: a) o modelo adversarial da dinâmica judicial, associado ao princípio da inércia da jurisdição; b) a reflexão do juiz como um órgão decisor individual e solitário, sem dedicar especial atenção às decisões coletivas de colegiados; c) a ênfase no momento da aplicação do direito posto, deixando em segundo plano a construção e reconhecimento de novos direitos pelo juiz e também a construção de direitos não-postos e vigentes no âmbito societário (ASENSI, 2010, p.87).

Desse modo, o judiciário tradicionalmente se constituiu a partir de um modelo adversarial, na qual a lógica jurídica pressupõe o modelo liberal clássico e Bourdieu (2000) descreve esse cenário ao ressaltar que o campo jurídico representa,

confrontação de pontos de vista singulares, ao mesmo tempo cognitivos e avaliativos, que é resolvida pelo veredicto solenemente enunciado de uma “autoridade” socialmente mandatada, o pleito representa uma encenação paradigmática da luta simbólica que tem lugar no mundo social: nesta luta em que se defrontam visões do mundo diferentes, e até mesmo antagonistas, que, à medida de sua autoridade, pretendem impor -se ao reconhecimento, e, deste modo, realizar -se, está em jogo o monopólio do poder de impor o princípio universalmente reconhecido de conhecimento do mundo social, o *nomos* como princípio universal de visão e de divisão (*nemo* significa separar, dividir, distribuir), portanto, de distribuição legítima (BOURDIEU, 2000, p. 236).

Como desdobramento, o judiciário atua para com o propósito de concretizar o direito mediante provocação de quem se sentir lesado pela ação ou omissão de outrem, partindo de um princípio de que as partes constituintes do processo são antagônicas e que, portanto, deve existir um órgão decisório com a possibilidade de definir qual delas será bem-sucedida e qual sucumbirá. Com a supervalorização da aplicação do direito por meio de um juiz como decisor solitário, isolado e recluso cuja suposição frágil destaca a racionalidade do magistrado sob o pressuposto do conhecimento absoluto das leis, jurisprudência e da sociedade, conforme acentua Asensi (2010).

A interpretação da lei nunca é o ato solitário de um magistrado ocupado em fundamentar na razão jurídica uma decisão mais ou menos estranha, pelo menos em sua gênese, à razão e ao direito, e que agiria como hermeneuta preocupado em produzir uma aplicação fiel da regra, como julga Gadamer, ou que atuaria como lógico agarrado ao rigor dedutivo de seu ‘método de realização’, como queria Motulsky. Com efeito, o conteúdo prático da lei que se revela no veredicto é o resultado de uma luta simbólica entre profissionais dotados de competências técnicas e sociais desiguais, portanto, capazes de mobilizar, embora de modo desigual, os meios ou recursos jurídicos disponíveis, pela exploração das ‘regras possíveis’, e de os utilizar eficazmente, quer dizer, como armas simbólicas, para fazerem triunfar sua causa; o efeito jurídico da regra, quer dizer, sua significação real, determina -se na relação de força específica entre os profissionais, podendo -se pensar que essa relação tende a corresponder [...] à relação de força entre os que estão sujeitos à jurisdição respectiva (BOURDIEU, 2000, p. 224-225).

Diante de tais prerrogativas, fica evidente essa limitação expressa pelos usuários e familiares frente à busca de informações e distanciamentos do próprio judiciário, através de terceiros, orientadores da entrada do processo judicial. Tal análise possui estreita e íntima relação com a próxima questão abordada em entrevista que foi identificar como se procedeu a relação com o judiciário, durante o processo, sendo os relatos obtidos:

Tabela 8 - A relação das famílias/paciente com o judiciário no processo de judicialização da saúde.

Relação com o Judiciário	Número de famílias/pacientes entrevistados
Negligente	2
Burocrático	1
Demorado	1

Fonte: Elaborado pela autora, através da sistematização dos dados obtidos em entrevista, 2019.

(...) na época (...), eu ameacei de fazer processo (...), mas ela (**se refere a Assistente Social**) disse que não era preciso fazer porque (...) já estava encaminhado e já estava dando certo. Nessa época foi burocrático sobre os exames que eles lá não queriam aprovar, porque eles estavam achando que faltava exames pra comprovar que

realmente tinha essa doença e era obrigatório o uso desses remédios (...) tive que fazer um monte de exames pra provar que a minha doença estava ali, que existia (Paciente 01, 2019).

Ainda estamos aguardando pela perícia (Familiar 03, 2019).

(...) A defensoria está falha comigo, eu achei falha, muito falha (...) entreguei na mão deles e acabei perdendo. Porque ninguém me informa de nada (Paciente 04, 2019).

(...) do judiciário eu não tive amparo nenhum, eu tive amparo aqui com o pessoal da Assistência Social (...) aqui, realmente, (...) o pessoal da assistência pegou o telefone (...) ligando (...) me disse: vai aqui, fala com tal pessoa (...) depois que eu já tinha andado quilômetros para conseguir achar as coisas (Familiar 05, 2019).

A partir dos relatos é possível perceber que existe uma relação longínqua e burocrática entre os usuários e o judiciário, sendo as informações terceirizadas pelos mediadores do processo, estando evidentemente desmembradas e propícias a equívocos, esquecimentos e negligências, devido a premissa central de poder da concessão do direito.

Aqueles providos de maior acesso a informação pleiteiam via judicial diversos tipos de tratamento, tendo como premissa o reconhecimento do direito à saúde. Desse modo, a informação se mostra como ferramenta importante no processo de decisão. Uma vez que, é de suma importância considerar a equidade no sistema de acesso, como ferramenta crucial e determinante no rol de manutenção ou não das inequidades em saúde, conforme Santos et al. (2018).

Por fim foi questionado se o processo de judicialização foi orientado por algum profissional da saúde, sendo obtidas as seguintes declarações:

Tabela 9 – Profissional que orientou às famílias para a entrada no processo judicial.

Orientação no Processo Judicial	Número de famílias/Pacientes Entrevistados
Assistente Social	3
Médico	1
Outros	1

Fonte: Elaborado pela autora, através da sistematização dos dados obtidos em entrevista, 2019.

Foi orientado pelo Assistente Social da Secretária da Saúde (Paciente 01, 2019).

Assistente Social do Posto de Saúde (Familiar 02, 2019).

(...) tudo a doutora (...) as Assistentes sociais também passaram aqui (...). Ela (**se refere a Assistente Social**) me deu um papel para mim ligar e (...) onde que eu tinha que ir. Sim, recebi bastante orientação. Tanto da doutora, quanto da Assistente Social (Familiar 03, 2019).

Foram vizinhas minhas que estavam vendo a minha situação e, como elas já haviam feito no passado (...) (Paciente 04, 2019).

(...) Foi a Assistente Social (Familiar 05, 2019).

É explícita a atuação dos profissionais, especificamente do Assistente Social na perspectiva de garantir direitos, sendo a orientação realizada no que concerne o esgotamento frente a outras possibilidades de acesso ao direito à saúde.

Ramos et al. (2016), ressalta que apesar do reconhecimento dos malefícios da individualização da política de saúde, aferida pelo fenômeno da judicialização, os profissionais, chegaram a estimular a busca via judicial, nos casos em que percebiam as defasagens expressas pelo sistema que poderiam prejudicar a proposta terapêutica do usuário, apontando tensão entre análise de positividade e negatividade ante o objeto de estudo. Tal procedimento pode revelar o compromisso social e ético dos profissionais de saúde com os usuários, uma vez que reconhecem a necessidade de se recorrer a instância jurídica como forma de garantia do direito à saúde. Entretanto,

o processo de judicialização repercute na prática dos profissionais de saúde porque esses profissionais testemunham o aprofundamento das desigualdades, o agravamento de pessoas que deixam de ter acesso a determinado recurso terapêutico em função da obrigatoriedade de cumprimento imediato de um mandado judicial, nem sempre tecnicamente indicado. Isso tende a fornecer contornos concretos a sentimentos de injustiça experimentados pelo grupo social estudado e expressos em seus discursos (RAMOS et al., 2016, p.6).

Evidenciada a atuação profissional e tal ação paradoxal, diante da complexidade da problemática envolvida no processo judicial para assegurar o direito a saúde e todos os fatores envolvidos na garantia do acesso ao direito por meio de ação judicial, são justificáveis a orientação incorrida para com os usuários e familiares entrevistados. Evidenciando a presença da atuação do Assistente Social na orientação de entrada judicial para garantia de direitos é de suma importância aferir a relação do Serviço Social com a judicialização da saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notória a judicialização como decorrente do aumento da democracia e da inclusão social, representados pela positivação dos direitos sociais e pela difusão da informação e da consciência cidadã, conforme Fleury (2011). Assim, a judicialização da saúde tem se apresentado como um tema multifacetado atrelado a temáticas complexas, tais como:

a separação de poderes (legitimidade da ingerência do Poder Judiciário na definição e/ou execução de políticas públicas construídas politicamente), o princípio da isonomia (favorecimento dos cidadãos que demandam prestações de saúde judicialmente em relação aos que apenas aguardam atendimento pelo Sistema Único de Saúde) e a possibilidade de limitações no exercício do direito à saúde, enlaçada ao princípio da reserva do financeiramente possível, que culmina na complexa ponderação de bens ou valores constitucionais (MAGALHÃES, 2014, p.41).

Uma vez que, a intervenção judicial em políticas públicas sofre críticas pertinentes quanto ao controle judicial de políticas públicas de saúde, pois representa uma afronta à separação dos poderes; a Administração Pública encontra dificuldade em cumprir ordens judiciais que demandam o custeio de um tratamento médico não fornecido pelo SUS, em razão da falta de recursos disponíveis, desencadeando graves lesões à ordem econômica e financeira do Estado e, incluso gerando a desorganização do planejamento e funcionamento do SUS, em prejuízo da continuidade da prestação de serviços de saúde para o restante da população que não recorreu às vias judiciais, em detrimento a saúde pública coletiva, enaltece Magalhaes (2014).

Assim que David, Andreino e Beghin (2016) afirmam que o acesso via judicialização tem causado controvérsias devido as suas consequências ao financiamento do sistema de saúde, pois se defende a garantia do direito independente dos custos, entretanto alega-se que os recursos são finitos, desencadeando o remanejamento de recursos e o prejuízo de outros setores públicos, devido à exigência do cumprimento da decisão judicial. Desse modo, a judicialização compromete a equidade do sistema de saúde e prejudica a sustentabilidade da política de saúde em geral.

Como reflete Silva e Shulman (2017) é evidente a necessidade de pensarmos estratégias que dimensionem o acesso à saúde e a proteção do público para além do judiciário, através de mecanismos que propiciem a harmonização dos interesses individuais e coletivos em prol da desjudicialização otimizando os recursos públicos, o acesso e evidenciando a exigida velocidade nos cuidados com a saúde.

Conforme disposto no presente trabalho, os fatores que acometem as famílias com o processo de judicialização das demandas relativas à saúde dos pacientes das Clínicas Médicas I e II, em tratamento no Hospital Universitário (HU/UFSC) estão centrados na burocracia, associada à negligência no acesso à informação atrelada ao distanciamento frente ao judiciário, na qual evidentemente está presente a figura do Assistente Social e o tempo de espera para acesso ao direito à saúde.

A pesquisa compreendeu o ato da judicialização por parte das famílias em prol do tratamento em saúde do paciente internado no HU/UFSC constatando como justificativa de tal ação o alto custo em arcar com a aquisição de medicação contínua, a obtenção de serviços em prol de manter condições mínimas de uma vivência digna, bem como para assegurar à garantia de auxílios vinculados a saúde, pertinentes ao quadro clínico.

Foi possível refletir sobre a responsabilização das famílias diante da necessidade de judicialização de demandas para o paciente em tratamento no HU/UFSC, uma vez que elas são as responsáveis pelo cuidado, verificação das documentações necessárias para entrada com o processo e acompanhamento como um todo. Inclusive, essas famílias acabam sendo obrigadas a desenvolver autonomia para encontrar os lugares e/ou setores corretos para elaboração e averiguação dos documentos necessários para entrar com o processo judicial. Visto todo esse processo, essas famílias ainda são acionadas e necessitam estar com a devida prontidão, com o propósito de atender os prazos impostos, para realizar as atualizações dos documentos necessários solicitados pelos órgãos responsáveis para desenvolver a ação judicial, visto o anseio de garantir o acesso ao direito à saúde.

Através das entrevistas realizadas e dispostas nesse trabalho, ficou evidente as implicações que envolvem os processos de responsabilização e judicialização das demandas de saúde. A partir do relato das famílias com pacientes em tratamento no HU/UFSC, esteve presente a exposição fatigada de uma relação difícil de espera, negligência e poucas informações, onde o âmbito explicitamente distante da realidade dos usuários aguça o desgaste físico, mental e psicológico de tal reivindicação para com o judiciário.

Com tal arsenal teórico e relação com a realidade, é notória a latente problemática da judicialização da saúde, permeada pela lógica do mercado imposta sobre os medicamentos, no que tangencia seus altos custos e inviabilidades nos tratamentos contínuos aos pacientes, bem como para financiamentos das famílias desses fármacos. Assim que, é relevante aprofundarmos os estudos nessa perspectiva, a fim de enfatizar tal ponto crucial que desencadeia os altos índices de processos judiciais envolvendo a garantia do acesso aos medicamentos. Assim como é de significativa expressividade adentrar outras diretrizes que culminam na judicialização, indo

para além dos estudos focados apenas no processo de ação judicial, mas focar nas causas que originam o conseqüente fenômeno da judicialização da saúde.

Por fim, o refletir sobre a importância do serviço social no atendimento as demandas judicializadas na saúde no âmbito hospitalar se tornou um fator de fundamental importância, visto que esse profissional seguindo suas atribuições e competências da profissão, bem como as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política está atuando diante de tal problemática em prol da garantia do acesso ao direito à saúde para com os usuários internados no âmbito hospital do HU/UFSC. Conforme relatado na pesquisa através das entrevistas, o Assistente Social tem prestando a devida assistência, negligenciada pelos demais setores, para a otimização do desenvolvimento dos processos judiciais com o propósito da garantia em tempo hábil do ente requerente usufruir dos seus direitos, enquanto cidadão e possuir condição digna de vivência em seu espaço, reconhecendo a saúde para além da ausência de doença. Entretanto, Krüger (2010) ressalta,

os assistentes sociais como trabalhadores da saúde, ainda que não lidem diretamente com a prescrição ou dispensação dos medicamentos e procedimentos, recebem esta demanda pelos usuários. No imediato, muitas vezes orientamos os usuários a entrarem na fila da judicialização, mas o desafio é politizar o significado desta judicialização para que se não fragilize os fundamentos estruturantes do SUS, como serviço de acesso de direito coletivo (KRÜGER, 2010, p.140).

Pautada nas atribuições e competências do Assistente Social, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (2009) descreve a atuação profissional no Serviço Social diante do enfrentamento das expressões da questão social que repercute nos diferentes níveis de complexidade da saúde, uma vez que afere os parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde, especificamente a atuação competente e crítica do serviço social na área da saúde consiste,

estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2009, s/p).

Desse modo, o profissional de serviço social deve seguir as atribuições e competências incisivas a profissão, a fim de, realizar os devidos intermédios entre instituição e família, assim como pontuais intervenções e assegurar direitos previstos.

Com tal estudo, evidenciando a problemática latente da judicialização, é notório dentro dessa possível pesquisa a importância do Serviço Social no respaldo aos usuários, no que concerne o direcionamento das possibilidades de reivindicação e garantia de direitos, nesse caso vinculados à saúde. Ademais, diante da escassa referência teórica sobre o impacto da judicialização desencadeado sobre as famílias, tal pesquisa conseguiu exprimir, diante de sua limitada alçada e dentro das condições de espaço e tempo, as consequências e limitações desse processo burocrático e desgastante, em sua totalidade.

É perceptível a abrangência de problematizações possíveis para aprofundamento dos estudos no que tangencia esses impactos para as famílias, ampliando o quadro de entrevistados para outras clínicas e setores no âmbito hospitalar, adentrando as implicações resultantes desse fenômeno para realização de tomadas estratégicas em prol dos usuários e das famílias. Mas, ainda é pertinente aprofundar os estudos referentes aos impactos da judicialização no âmbito do Estado, referente a priorização do individual em detrimento do coletivo e; como estão sendo realizados e apurados os processos de judicialização da saúde no que concerne a afirmação ou negação do direito aos usuários.

REFERÊNCIAS

- AGUINSKY, B. G.; ALENCASTRO, E. H. Judicialização da questão social: rebatimentos nos processos de trabalho dos assistentes sociais no Poder Judiciário. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 19-26, abr. 2006.
- ALVES, L. S. Novos Conceitos para os direitos sociais. **Revista Pensar**, v.5, n.2, s/p, jul. 2014
- ANDRADE, V. R. A colonização da justiça pela justiça penal: potencialidades e limites do Judiciário na era da globalização neoliberal. **Revista katálysis**, Florianópolis. v.9, n.1, p.11-14, 2006
- ANDREAZZI, M. F. S.; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 275-284, jun. 2013.
- ARAÚJO, L.; RODRIGUES, M. L. Modelos de análise das políticas públicas, **Sociologia, Problemas e Práticas**, Lisboa, v. 1, n. 83, p. 11-35, 2017.
- AROUCA, A. S. S. Democracia é saúde. In: 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 35-42.
- ASENSI, F. D. Indo além da judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getulio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010. 206 p.
- BAHIA, L.; COSTA, N. R.; STRALEN, C. V. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1791-1818, nov.2007.
- BAPTISTA, T. W. F; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, jun. 2009.
- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, mar. 2004.
- BARBOSA, A. S.; NAKAMURA, F. C. **A judicialização da saúde e a atuação do ministério público no sistema de fornecimento gratuito de medicamentos na região de ribeirão preto: estudo sobre a possibilidade de racionalização de recursos materiais e institucionais no planejamento de políticas públicas**. Trabalho apresentado no II Seminário Internacional de Pesquisa em Políticas Públicas e Desenvolvimento Social, UNESP, 2016.
- BARROSO, L.R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Direito da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**. Belo Horizonte, v.9, n. 46, nov. 2007.

BATTHYANY, K.; CABRERA, M.; **Metodología de la investigación em Ciencias Sociales: apuntes para um curso inicial**. Ed. Comisión Sectorial de Enseñanza de la UdelaR, 2011.

BEZERRA, M. L. F.; SEVERIANO, E. M. **O. Judicialização dos direitos sociais nas políticas públicas: afinal do que se trata?**. Trabalho apresentado em VIII Jornada Internacional Políticas Públicas, Maranhão, 2017.

BOURDIEU, P. **O poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

BRASIL. Lei Nº 1.060, de 5 de fevereiro de 1950.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Lei Nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006. p.1-24

BRAVO, M. I. S.. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 105, p. 185-187, mar. 2011.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. A Saúde no governo Lula e Dilma: algumas reflexões. In: _____. (Org.). Cadernos de Saúde: **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2011. p. 43-49.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, 2018.

CAVALCANTI, C. P. N. O público e o privado na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 847-849, set. 2006.

CLÈVE, C. M. A eficácia dos direitos fundamentais sociais. Boletim Científico. Escola Superior do Ministério Público (ESMP), Brasília, a.2, n, 8, p. 151-161. jul./set. 2003.

COSTA, L. A.; NEVES, J. A. B. Burocracia e inserção social: um estudo sobre o Ministério da Saúde na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1117-1131, 2013.

COSTA, T. M.; SIQUEIRA, N. S. Uma análise da judicialização do direito à saúde: limites para a atuação dos juízes no fornecimento de medicamentos. In: XXII Encontro Nacional do CONPEDI / UNINOVE, 2013, São Paulo. **Anais...** Direitos Sociais e Políticas Públicas II: FUNJAB, 2013. p 501-523

CUNHA, C. L. N. **A centralidade da família nas políticas sociais: um olhar do assistente social sobre o trabalho com famílias na área da saúde.** Trabalho apresentado em VIII Jornada Internacional Políticas Públicas, Maranhão, 2017.

DALMOLIN, B. B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, jun. 2011.

DAVID, G., ANDRELINO, A., BEGHIN, N. **Direito a Medicamentos: Avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do Sistema Único de Saúde entre 2008 e 2015.** Brasília: INESC, 2016.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas.** 8. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

Declaração Universal dos Direitos Humanos – ONU, 1948.

FAERMANN, L. A. A intervenção profissional do assistente social junto as famílias. **Serviço Social e Realidade.** Franca, v.2, n. 2, p. 125-140, 2012.

FALAVINHA, D. H. S. **A judicialização da saúde e o controle judicial de políticas públicas: uma análise de como o Poder Judiciário pode contribuir para a efetivação do direito à saúde na sociedade brasileira.** São Paulo: UNESP 2013. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, São Paulo. 2013.

FALEIROS, V. P. **O que é política social.** 5.ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FERNANDES, R. L.; NELSON, R. A. R. R. Da capacidade de inovação normativa do poder judiciário: uma análise a partir do sistema jurídico brasileiro. **Revista Prolegómenos**, Bogotá, v.20, n.39, p.11-28, jan./fev. 2017.

FILHO, L. T. P. Iniciativa privada e saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 109-116, abr. 1999.

FILHO, R. F.; SANT’ANA, R. N. Direito Fundamental à Saúde no SUS e a demora no atendimento em cirurgias eletivas. **Revista RDU.** Porto Alegre, v.12, n. 67, p. 70-102, jan./fev. 2016.

FLEURY, S. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. **Psicologia e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 23, n. especial, p. 45-52, 2011.

FREITAS, D. C. Medicamentos de alto custo no Brasil: análise da política nacional de medicamentos e balizas para a adoção de critérios nas decisões do poder judiciário. **Revista da AJURIS**, Porto Alegre, v.44, n.142, p 43-72, 2017.

GOMES, V. S.; AMADOR, T. A. Estudos publicados em periódicos indexados sobre decisões judiciais para acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n. 31, 2015.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 357-363, abr. 2005.

GUNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-209, ago. 2006.

GOTLIEB, V.; YAVICH, N.; BASCOLO, E. Litigio judicial y el derecho a la salud en Argentina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, 2016.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p.1497-1508, 2010.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M. I.et. al. (Org) Cadernos de Saúde: **Políticas sociais, saúde e participação na atualidade**. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2011. p.36-45.

HEREDIA, C. R. ¿Quién cuida de quién? La (des)responsabilización de las condiciones, reproducción y finitud de la vida. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 272-275, jul./dez. 2014.

INTERFARMA (Org.). **Judicialização da saúde na prática: Fatos e dados da realidade brasileira**. São Paulo, 2016.

JUSTINO, M. G. **As implicações da privatização dos hospitais universitários a partir da adesão à empresa brasileira de serviços hospitalares – EBSERH**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

KOIFMAN, L. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.472-474, 2006

KRÜGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaço de atuação a partir do SUS. **Serviço Social e Saúde**. Campinas, v. 10, p. 123-145, 2010.

KRUGER, T. R. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Revista katálisis**, Florianópolis, v.17, n.2, p.218-226, dez. 2014.

LEMOS, J. C.; LIMA, S. C. A Geografia Médica e as doenças infecto-parasitárias. **Revista Caminhos de Geografia**, Uberlândia, v. 3, n. 6, jun. 2002.

LOUREDO, F. S. G.; LOUREDO, F. M. Governança Pública e a EBSERH: a análise de uma empresa pública criada para resgatar a efetividade dos Hospitais Universitários. In: IV encontro brasileiro de administração pública, 2017. **Anais...** João Pessoa/PB, 2017. p.311-326

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, mar. 2011.

MACHADO, E.D.; HERRERA, L. H. M. O mínimo existencial e a reserva do possível: ponderação hermenêutica reveladora de um substancialismo mitigado. **Anais...** In: XIX Encontro Nacional do CONPEDI, Fortaleza, 2010. p.3288-3297.

MAGALHÃES, I. P. **Judicialização da saúde: critérios e limites para a atuação de magistrados em ações judiciais para aquisição de medicamentos pelo estado.** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito), Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2007

MARQUES, S.B. Judicialização do direito à saúde. **Revista do Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 65-72, jul./out. 2008.

MATTOSO, F. A. A. Dimensão territorial no trabalho do assistente social na estratégia saúde da família. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 6, n.24, dez. 2009.

MENDES, E. L.; SILVEIRA, M. T. S. M. Os desafios para a atuação profissional do/a Assistente Social no contexto de judicialização do direito a saúde da pessoa idosa. In: Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Passo Fundo/RS. Universidade de Passo Fundo (UPF). 2010.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, jun. 2011.

MIOTO, R. C. Família; trabalho com família e Serviço Social. **Revista Serviço Social**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 163-176, jan./jun. 2010.

MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K. R.; WIESE, M. L. Política social e processos de judicialização: serviços sociais e famílias em foco. **SER Social**, Brasília, v. 20, n. 42, p. 11-29, jan.-jun./2018.

MIOTO, R. C. T. A centralidade da família na política de assistência social: contribuições para o debate. **Revista de Política Pública**, Maranhão, v. 8, n. 1, p. 133-142, 2004.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (orgs.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos.** São Paulo: Cortez, 2. ed. 2006.

MIOTO, R. C.; NOGUEIRA, V. M.. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. **Coletânea de textos da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).** Florianópolis: 2006.

MORAIS, H. M. M. et al. Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 1-13, 2018.

MULINARI, B. A. P.; MOSER, L. Proteção social e família: o caráter familista da política social no Brasil. In: II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, 2017, Florianópolis. **Anais...** Universidade Federal de Santa Catarina - PPGSS/DSS, 2017. p.1-10.

NAKARUMA, F. C. **A judicialização da saúde e a atuação do ministério público no sistema de fornecimento gratuito de medicamentos na região de Ribeirão Preto**. São Paulo: UNESP, 2017. Dissertação (Mestrado Profissional - Políticas Públicas), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Franca, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2017.

NASCIMENTO, P. F, Melazzo, E. S. Território: Conceito estratégico na assistência social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 16, n.1, p.66-88, 2013.

OCKE-REIS, C. O. O público e o privado na saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2722-2724, dez. 2006.

OLIVEIRA, L. F. O direito a saúde e a judicialização: apontamentos sobre o acesso. In: II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, Florianópolis, 2017. **Anais...** Universidade Federal de Santa Catarina - PPGSS/DSS, 2017. p.1-10.

OLIVEIRA, A. C. Judicialização das Relações Sociais. In: **O social em Questão**.s/v, n.31. p.9-12. 2014

OLIVEIRA, M. R. M. et. al. Judicialização da saúde: por onde caminham as produções científicas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 525-535, abr./jun.2015.

OLIVEIRA, S. S. Defensoria pública brasileira: sua história. **Revista de Direito Público**, Londrina, v. 2, n. 2, p. 59-74, 2007.

PACHECO, V. F. **O trabalho do assistente social no programa saúde da família (PSF) de Itapetinga/MG: limites e perspectivas**. 2006. (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PIANA, M. C. As políticas sociais no contexto brasileiro: natureza e desenvolvimento. In: PIANA, M. C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional [online]**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

POLAKIEWICZ, R. R.; TAVARES, C. M. M. Judicialização, juridicialização e mediação sanitária: reflexões teóricas do direito aos serviços de saúde. **Revista Pro-UniversUS**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 38-43. jan/jun 2017.

RAMOS, R. S et. al. O acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde na perspectiva da judicialização. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.24, e. 2797, 2016.

RIBEIRO, D. S. **O direito a saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para garantia de direitos?**.2014. (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2014.

RONSEIN, J.G. **Análise do perfil das solicitações de medicamentos por demanda judicial no Estado de Santa Catarina no período de 2005 a 2008**. 2010. (Dissertação de Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.12, p. 1-5, nov. 2016.

SANT'ANNA NETO, J. L.; SOUZA, C. G. Geografia da Saúde e Climatologia Médica: ensaios sobre a relação clima e vulnerabilidade. Hygeia. **Revista de Geografia Médica e da Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 116-126, 2008.

SANTOS, E. C. B. et al . Judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com *diabetes mellitus*. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 1, p. 1-7, 2018.

SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E.M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.28. n.3, p. 1-18, 2018.

SARTI, C. A. A família como ordem simbólica. **Psicologia USP**, São Paulo, v.15, n.3, p.11-28, 2004.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997.

SIERRA, V. M. A judicialização da política no Brasil e a atuação do assistente social na justiça. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 14, n. 2, 2011.

SILVA, A. B.; SHULMAN, G. (Des) judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. **Revista Bioética**. Brasília, v. 25, n. 2, p. 290-300, ago. 2017.

SODRE, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, jun. 2013.

STF – STA:175 CE. Relator: Min. GILMAR MENDES (Presidente). DJ: 17.03.2010. **JusBrasil**, 2010. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/9087079/agreg-na-suspensao-de-tutela-antecipada-sta-175-ce>. Acessado em: 25 jun. 2019.

TEIXEIRA, S. M. Trabalho social com famílias na Política de Assistência Social: elementos para sua reconstrução em bases críticas. **Serviço Social Revista**, Londrina, v.13, n. 4, p. 4-23, jul./dez. 2010.

TEIXEIRA, S.M. Família e proteção social: uma relação continuamente (re)atualizada. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v.13, n.1, p.75-86, 2012.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.1, n. 20, p.77-100, 2010.

VERISSIMO, M. P. **A judicialização dos conflitos de justiça distributiva no Brasil: o processo judicial no pós-1988**. 2006. (Tese de Doutorado). Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

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

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

1. Que fatores levaram a judicialização de algum direito vinculado à saúde?
2. Qual o meio utilizado para entrada com o processo para garantia de algum direito vinculado à saúde?
3. Como foi o processo de entrada judicial?
4. Quanto tempo aguardaram/aguardam resposta judicial?
5. Quais fatores foram limitantes no processo judicial?
6. Como se procedeu a relação com o judiciário, durante o processo?
7. O processo de judicialização foi orientado por algum profissional da saúde?

APÊNDICE B – Modelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SERVIÇO SOCIAL (PPGSS/UFSC)
Campus Universitário João David Ferreira Lima, Bairro Trindade. CEP: 88040-900 - Florianópolis – SC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto de Pesquisa: A Judicialização da Saúde e a Responsabilização das famílias: o Serviço Social na perspectiva de análise das implicações para pacientes em tratamento de saúde no Hospital Universitário (HU/UFSC)

Curso: Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina

Aluna Pesquisadora: Gabriela Carraro

Professora Orientadora: Dr^a. Michelly Laurita Wiese

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, da pesquisa que tem como tema A Judicialização da Saúde e a Responsabilização das famílias: o Serviço Social na perspectiva de análise das implicações para pacientes em tratamento de saúde no Hospital Universitário (HU/UFSC). Tem como objetivo compreender os principais fatores envolvidos nas famílias com a judicialização das demandas relativas à saúde do paciente em tratamento no HU/UFSC. Esperamos, com este estudo, contribuir na produção de conhecimentos analisando o ato de judicialização por parte das famílias em prol do tratamento em saúde do paciente em tratamento no HU/UFSC, refletindo sobre a responsabilização das famílias diante da necessidade de judicialização de demandas para o paciente em tratamento no HU/UFSC, compreendendo as implicações que envolvem os processos de responsabilização e judicialização a partir do relato das famílias com pacientes em tratamento no HU/UFSC.

A pesquisa consiste na realização de uma entrevista, com duração mínima de trinta minutos e máxima uma hora, na sala de plantão do Serviço Social, localizado no HU/UFSC em horário de atendimento e funcionamento do hospital (disponibilizando local adequado e privativo). O conteúdo da entrevista (sob forma de questões norteadoras que possibilitam o diálogo) tem como temas “Judicialização da Saúde; Responsabilização das famílias”. Para tal, solicitamos autorização para gravação da entrevista em áudio, com o único propósito de facilitar a transcrição das respostas. Destaca-se que lhe é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Os dados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Informamos que será garantida e mantida a confidencialidade das informações, a sua privacidade como participante e a proteção de sua identidade durante todas as fases da pesquisa. Os resultados deste trabalho estarão expressos no Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (que será disponibilizada, publicamente, na Plataforma Brasil, bem como será encaminhada cópia para você via e-mail) e poderão, ainda, ser apresentados em encontros ou revistas científicas, onde serão mostrados apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento sem ter que apresentar qualquer justificativa. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará em prejuízo.

Informamos que a realização da pesquisa apresenta um grau de risco mínimo à sua saúde ou danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social e cultural. Assim, em ocorrendo algum imprevisto, desconforto ou mal-estar durante a execução da entrevista/pesquisa, serão tomadas todas as providências de assistência, amparo e cautela para evitar situações que possam causar danos que afetam a integridades física, psíquica e de saúde, conforme determina a lei.

É garantida à indenização, diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Para os participantes que responderem as perguntas do roteiro de entrevista e depois se sentirem em situação de dano, a indenização será paga quando comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. A pesquisadora responsável garante o sigilo e a privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa. Caso por algum motivo haja a quebra do sigilo e privacidade será garantida indenização aos participantes da pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

A forma de ressarcimento⁶, quando houver, será mediante depósito em sua conta corrente ou em dinheiro (como preferir). Esclarecemos que você não pagará e nem receberá nenhuma remuneração pela sua participação na pesquisa. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes serão ressarcidas pela aluna pesquisadora (Gabriela Carraro), quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação⁷.

Este Termo foi redigido em duas páginas. Será lido, rubricado em todas as páginas e assinado em duas vias por você e pelas pesquisadoras: uma via permanece com você e outra ficará com as pesquisadoras. Ressaltamos ser importante guardar a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa, conforme preconiza a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e suas complementares, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Esclarecemos que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) tem por objetivo analisar protocolos que envolvem seres humanos para garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas pesquisas, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

Caso tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, neste momento ou posteriormente, nos disponibilizamos a realizar os devidos esclarecimentos através dos seguintes contatos: com o pesquisador Gabriela Carraro, pelo telefone (048) 9 9149-4533 e/ou pelo e-mail: gabrielacarraro@gmail.com, com a Profa. Orientadora Dra. Michelly Laurita Wiese pelo e-mail: michelly.wiese@ufsc.br e com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da

⁶ “XXIV – ressarcimento: compensação material dos gastos decorrentes da participação na pesquisa, ou seja, despesas do participante e seus acompanhantes, tais como transporte e alimentação” (CNS, Resolução 510/16-CNS, Art. 2º, Inciso XXIV).

⁷ “VII - dano material: lesão que atinge o patrimônio do participante da pesquisa em virtude das características ou dos resultados do processo de pesquisa, impondo uma despesa pecuniária ou diminuindo suas receitas auferidas ou que poderiam ser auferidas” (CNS, Resolução 510/16-CNS, Art. 2º, Inciso VII).

UFSC pelo endereço: *Rua Desembargador Vitor Lima, n. 222, 4º andar, sala 401 -Trindade – Florianópolis*, pelo telefone: (048) 3721-6094 ou pelo e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Consentimento Pós-Informação

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do participante

Local: Florianópolis – Data: ____/____/20__.

Eu, _____, RG nº _____
li este documento e recebi das pesquisadoras todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e que concordo em participar.

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Declaramos que fornecemos todas as informações referentes ao projeto ao participante da entrevista.

Local: Florianópolis Data: ____/____/20__.

Michelly Laurita Wiese

Professora Orientadora

Gabriela Carraro

Aluna Pesquisadora