



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**CAMPUS DARCY RIBEIRO**

**A APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS NAS DEMANDAS JUDICIAIS OCORRIDAS EM UMA  
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DO DISTRITO FEDERAL**

ALESSANDRA DE PÁDUA BOATO

**Relatório Técnico desenvolvido para obtenção  
de aprovação na disciplina Trabalho de  
Conclusão de Curso da Faculdade da Saúde da  
Universidade de Brasília como requisito básico  
para a conclusão do Curso de Gestão em Saúde  
Coletiva.**

**Orientador: Éverton Luís Pereira**

Brasília-DF  
2015

## RESUMO

Este trabalho apresenta os dados coletados dos ofícios judiciais encaminhados ao Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) pelos órgãos judiciais nos anos de 2011 a 2013. Esses ofícios são documentos que originam a judicialização, e neste caso, da saúde. Além de registrar o quantitativo de processos, foram identificadas as principais demandas judiciais nesse período. Os dados foram utilizados para verificar a relação entre os conceitos dos princípios do SUS e as interpretações dos princípios aplicados nas sentenças dos magistrados. O fenômeno judicialização é recente e crescente em nossa realidade, por isso, nós gestores ainda temos um caminho a percorrer para garantirmos os direitos do paciente, sem deixar que os princípios acentuem as desigualdades e que em nossas atuações prevaleçam a justiça social.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	OBJETIVOS.....	6
2.1	Objetivo Geral.....	6
2.2	Objetivos específicos.....	6
3	FUNDAMENTOS TEÓRICOS .....	7
3.1	Do Sistema Único de Saúde.....	7
3.2	Dos princípios do SUS.....	7
3.3	Hospital de Base do Distrito Federal .....	11
3.4	Da judicialização da saúde .....	13
3.5	Regulamentações da judicialização da saúde .....	16
4	RESULTADOS .....	19
4.1	A judicialização da saúde no Hospital de Base do Distrito Federal .....	19
4.2	Da obtenção das informações .....	19
4.3	Do quantitativo de processos judiciais .....	20
4.4	Das características das solicitações judiciais .....	22
4.4.1	Em relação à unidade de atendimento:.....	23
4.4.2	Em relação ao tipo de solicitação: .....	25
4.4.3	Em relação ao caráter de urgência constante nos ofícios: .....	26
5	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	28
5.1	Caráter individual das demandas judiciais.....	28
5.2	Em relação à unidade de atendimento .....	28
5.3	Em relação ao caráter emergencial dos ofícios .....	29
6	CONCLUSÃO .....	30
7	REFERÊNCIAS .....	32

## SIGLAS

1 – CR	Constituição da República
2 – DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
3 – GRCA	Gerência de Regulação, Controle e Avaliação
4 – HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
5 - MS	Ministério da Saúde
6 – NCCIR	Núcleo do Centro Cirúrgico
7 – SUS	Sistema Único de Saúde
8 – UCARD	Unidade de Cardiologia
9 – UCIPED	Unidade de Cirurgia Pediátrica
10 – UCG	Unidade de Cirurgia Geral
11 – UCP	Unidade de Cabeça e Pescoço
12 – UNEFRO	Unidade de Nefrologia
13 – UNEURO	Unidade de Neurologia
14 – UNEUROCIR	Unidade de Neurocirurgia
15– UOF	Unidade de Oftalmologia
16 – UONC	Unidade de Oncologia Clínica
17 – UOTL	Unidade de Otorrinolaringologia
18 – UPSIQ	Unidade de Psiquiatria
19 – URO	Unidade de Urologia
20-UTO	Unidade de Traumatologia e Ortopedia

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por finalidade a verificação dos critérios do Sistema Único de Saúde (SUS), aplicados nos processos de judicialização do Hospital de Base do Distrito Federal.

Os dados foram coletados na Diretoria-Geral do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), onde foram realizados os estágios supervisionados 1, 2 e 3, ofertados no Curso de Gestão em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

A experiência relatada neste trabalho foi realizada com o propósito de podermos visualizar os aspectos da judicialização da saúde numa instituição hospitalar que tem como objetivo servir de referência para as demais unidades executivas de saúde no Distrito Federal. O trabalho foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB) com o número do parecer 1.090.947.

O presente estudo está dividido em cinco partes: introdução, objetivos (geral e específicos), fundamentação teórica, análise dos dados e conclusão. Na fundamentação teórica estão presentes os seguintes assuntos: Do Sistema Único de Saúde, Do Hospital de Base do Distrito Federal, Da judicialização da saúde e Da judicialização da saúde no HBDF. E, neste último, são trazidos os dados quantitativos obtidos por meio da coleta de dados.

Para um gestor em saúde coletiva, é importante entender o fenômeno aqui abordado, tendo em vista a diferente realidade que a judicialização da saúde apresenta, qual seja: o aumento de demandas judiciais individuais nos serviços de saúde pública, o conjunto de leis que respaldam a saúde e dos setores que mais sofrem demandas judiciais, bem como no estabelecimento de prioridades no atendimento, proporcionam o fornecimento de serviços de melhor qualidade ao usuário do SUS. A judicialização apresenta a complexidade de colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde e as tensões entre os diferentes agentes envolvidos. A partir dessa visão, observou-se a necessidade da realização do estudo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Verificar os princípios do SUS nas ações de judicialização da saúde do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) referentes aos anos de 2011, 2012 e 2013.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Registrar os dados coletados sobre a judicialização no HBDF dos anos de 2011, 2012 e 2013;

- Analisar as principais demandas dos processos de judicialização formalizados no HBDF dos anos de 2011 a 2013 da Diretoria Geral do HBDF;

- Identificar os princípios do SUS nas ações judiciais do HBDF dos anos de 2011, 2012 e 2013;

- Verificar a relação entre os princípios dos SUS e os aplicados na área do Direito.

### 3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

#### 3.1 Do Sistema Único de Saúde

À beira das bodas de prata, a Lei nº 8.080/90 completará vinte e cinco anos de existência em 19/9/2015, momento em que o SUS deveria estar comemorando o conjunto de regras pelas quais estabeleceram o seu funcionamento. Mas diante de tantas situações e realidades paradoxais, há quem diga que o SUS ainda não conseguiu sair do papel (CARVALHO, 1993).

A criação do SUS ocorreu na promulgação da Constituição da República/88, particularmente nos artigos 196 a 200. No entanto, desde 1963, na III Conferência Nacional de Saúde o assunto já estava presente nas discussões, em várias instituições de saúde (faculdades, universidades e departamentos de medicina).

Discussão que não ficou apenas no âmbito das instituições. Profissionais da saúde ligados a associações do ramo defendiam o modelo do SUS, bem como os movimentos populares clamavam por um sistema público de saúde com melhores condições para a população.

O resultado concreto após debates entre instituições, profissionais da saúde e movimentos populares foi a proposta da Reforma Sanitária.

Fazendo parte da pauta da VIII Conferência Nacional de Saúde, a Reforma Sanitária já tratava de alguns assuntos abordados hoje na judicialização da saúde. Universalidade e equidade que hoje são os princípios do SUS e o destaque para a democracia, que na citada conferência foi reafirmada, tendo sido reconhecida a saúde como um direito de todos e dever do Estado (PAIM, 2007). E por fim, decretada a universalidade do direito à saúde, oficializada com a Constituição da República de 1988, o resultado foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### 3.2 Dos princípios do SUS

Após a legalização, o SUS foi sendo moldado por meio de leis e normativos que definiram parâmetros de abrangência no atendimento. Para o presente estudo, será verificada a aplicação dos princípios na judicialização da saúde.

Antes de citarmos os princípios do SUS, vale aduzir o conceito de sistema aplicado por Churchman (1971), que é constituído de conjuntos componentes que

atuam juntos na execução do objetivo global do todo, isto é, tem que existir uma organização. E para o sistema chamado SUS os princípios dispostos em lei devem ser obedecidos para que os serviços de saúde tenham efetividade (resultado real), eficácia (obter os resultados esperados em condições ideais) e eficiência (gasto adequado dos recursos).

A teoria dos sistemas pressupõe que todo sistema viabiliza-se a partir de alguma interação controlada com o meio, caso contrário ele fenece (LIEBER, 2015). Segundo Fleury et al (2014) o que faz o sistema existir é o controle com o meio, que o retroalimenta criando condições para que a gestão e a prestação de serviços no setor público sejam fortalecidas e o direito dos cidadãos possa ser exigido.

Com o SUS não é diferente, pois, trata-se de um sistema e como os demais possui parâmetros definidos para garantir o atendimento integral a toda a população. As atenções básica, secundária e terciária fazem parte de uma rede que formam o sistema complexo.

Esse sistema possui uma estrutura institucional e decisória nos níveis nacional (Ministério da Saúde, Comissão Tripartite e Conselho Nacional), estadual (Secretarias, Comissão Bipartite e Conselhos Estaduais) e municipal (Secretarias, Comissão Bipartite e Conselhos Municipais). A organização dos seus serviços de saúde é “em redes”, isto é, os serviços são coordenados intimamente sob uma única autoridade da área. E como todo sistema, o seu funcionamento precisa de recursos e que no caso do SUS o seu financiamento é regulamentado pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000, bem como pela Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Como elementos norteadores, que integram o conjunto de bases do SUS, os princípios ideológicos ou doutrinários devem ser garantidos perante a constitucionalização do direito à saúde. Eles são conceituados no art. 7º, da Lei nº 8.080/90, conforme transcrição abaixo:

- I - universalidade: de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade: de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – equidade: igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Partindo do pressuposto que princípio é início, não há como falar sobre a judicialização do SUS sem um breve comentário sobre cada um dos seus princípios.

Considerada na ciência política como uma noção relacionada com o campo do Direito, a universalidade é o canal das lutas populares que a reivindicam como um direito humano e um dever do Estado na sua efetivação (BRASIL, 2009).

Inscrita no art. 196, da CR/1988, a universalidade surge em substituição do modelo contributivo de seguro social que vigorou por um longo período no Brasil, que condicionava o acesso apenas dos contribuintes da previdência Social aos serviços públicos e privados credenciados ao sistema previdenciário (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Para o SUS, o sentido do princípio universal é de não haver discriminação quanto à garantia do direito, como condição socioeconômica, geográfica, idade e sexo. E não deve ser entendida como uma porta aberta, nem ser interpretada de maneira a ser um balcão de concessão de procedimentos descolados de diretrizes essenciais à sua organização sistêmica e segurança sanitária (SANTOS, 2014).

No segundo princípio, destaca-se sua origem na Reforma Sanitária do Brasil. A integralidade já abarcou diferentes modos de lutas por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários (BRASIL, 2009). Hoje, a integralidade é vista como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, individuais e coletivos, dentro dos níveis de complexidade do sistema.

Porém, a visão jurídica da integralidade, é a aplicação da saúde integral, pura e simplesmente, como se fosse uma prestação infinita de serviços (FLEURY et al., 2014), fator que poderá afetar o funcionamento do sistema. As ações judiciais são também fator de comprometimento desse princípio, tendo em vista que as ações individuais não tornam-se coletivas, pois não podem ser estendidas aos demais portadores da mesma condição patológica que poderiam se beneficiar do objeto da demanda (PEPE et al., 2010).

O terceiro dos princípios do SUS, a equidade foi incorporada após a promulgação da CR/1988, e se refere ao direito de todos e dever do Estado em

assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. A equidade é um dos princípios que remete aos critérios de justiça, sem preconceitos ou privilégios, a análise justa e imparcial de tratar tanto nos aspectos sociais como jurídicos.

Ressalta-se que diferente da igualdade, a equidade refere-se ao respaldo oferecido aos usuários de acordo com as suas prioridades, através da análise da vulnerabilidade de cada caso, já que com a equidade objetiva-se diminuir as diferenças sociais, proporcionando atendimento desigual para necessidades desiguais. Conforme informação contida no texto Equidade – Princípios Doutrinários do SUS, no Portal Educação (2009), a equidade é caracterizada como o princípio de justiça social.

Estudo sobre as definições e abordagens teórico-conceituais dos princípios do SUS conduzido por Paim (2010) revelou que, enquanto a diferença das definições conceituais estiverem na perspectiva biológica e cultural é aceitável, uma vez que são ideologias e teorias competindo na construção de conceitos. Contudo, a falta de precisão conceitual dos princípios do SUS aplicados na prática, revelam aspectos produzidos socialmente como a desigualdade e a iniquidade remetendo a uma reflexão, sobretudo em relação ao acesso ao Sistema Único de Saúde.

No campo da saúde, as definições dos princípios do SUS são as referidas na Lei nº 8.080/90, mas será que são interpretados da mesma maneira no campo do Direito?

Para Fleury et al (2014), para o campo do direito a interpretação para a *integralidade* é pura e simplesmente a **saúde integral**, como uma prestação infinita de serviços. Quanto à *universalidade*, as sentenças dos magistrados sobre o mérito têm entendido que o “acesso universal” deve ser compreendido como “acesso a tudo para todos”. O princípio da *equidade* é desvirtuado quando há o deferimento absoluto de pedidos judiciais, uma vez que favorecem aqueles que têm maior possibilidade de veicular sua demanda judicialmente, em detrimento dos que não possuem acesso à justiça (PEPE et al, 2010).

Compartilhando com o mesmo entendimento José Reinaldo de Lima Lopes (apud DUARTE; LEONARDO, 2011, p. 151) argumenta que alguns juízes parecem

raciocinar que não é da competência do tribunal considerar o alto custo da aquisição e posterior distribuição pelo Estado, de remédios para um tratamento, mas apenas assegurar o benefício garantido constitucionalmente.

Duarte (2011) alerta que, seja no campo da saúde, seja no do Direito, nas diferentes interpretações dos princípios não há espaço para uma proclamação de direitos sociais que se traduza numa promessa exagerada, totalmente distanciada da realidade socioeconômica. Ressalta que a teoria jurídico-constitucional não poderá como um passe de mágica ir fazer brotar recursos (materiais e imateriais) necessários à realização dos direitos sociais, ainda que haja garantia constitucional.

Para o magistrado resta a sentença e para o gestor o entendimento e a interpretação das leis complementam as ações sociais, políticas e econômicas a serem tomadas diante do cumprimento dos princípios do SUS.

Essa atuação do gestor propicia a atuação de maneira segura e transparente perante a sociedade. A garantia dos direitos do judicializando não está apenas nas leis e normativos jurídicos, mas também no cumprimento e na atuação do profissional da saúde. E para o profissional do Direito, esses princípios, mesmo sendo hierarquicamente inferiores à Constituição, por exemplo, servem de ferramentas condutoras que garantem o funcionamento do grande sistema de saúde.

Esses princípios devem ser garantidos a todos que buscam o SUS por meio da Justiça ou não, devendo ser observados sem o comprometimento das demais diretrizes do SUS. Por se tratar de um sistema, como citado anteriormente, o conjunto de componentes deve funcionar de modo organizado: a garantia de um não pode comprometer o outro.

A análise da aplicação dos princípios do SUS nos ofícios de judicialização da saúde no HBDF, bem como em alguns procedimentos adotados nas unidades, será realizada após breve histórico do HBDF.

### **3.3 Hospital de Base do Distrito Federal**

O Hospital de Base do Distrito Federal juntamente com o Hospital de Apoio de Brasília, é uma das Unidades de Referência Distrital pertencente à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. É um hospital público e o

atendimento é 100% pelo SUS. Tem como visão ser uma instituição pública de excelência nos serviços de saúde de alta complexidade, no ensino e na pesquisa. Proporciona atenção à saúde para o tratamento de alta complexidade em nível ambulatorial e hospitalar em diversas áreas divididas em trinta e duas unidades, trinta e sete núcleos, onze gerências, uma ouvidoria e a diretoria-geral, conforme Mapa Estratégico do HBDF (2014).

Conforme o Plano Operativo Anual 2014/2015 (Ano base: 2013, incluindo dados do ano de 2014), o HBDF proporciona atenção à saúde para o tratamento de alta complexidade em nível ambulatorial e hospitalar, em várias áreas, dentre elas: Acunpuntura, Alergia, Imunologia, Angiologia, Broncoesofagologia, Cardiologia, Cirurgia, Bucomaxilofacial, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vascular Periférica, Cirurgia Torácica, Clínica Médica, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Mastologia, Medicina Física, Medicina Tropical, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Nutrição, Oftalmologia, Oncologia Clínica, Oncologia Ginecológica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Proctologia, Psicologia, Psiquiatria, Radioterapia, Reumatologia, Transplante e Urologia.

Pertencente à rede de Serviços da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, assim como os demais hospitais públicos da rede, o HBDF tem seu orçamento previsto no Plano Plurianual (2012-2015), elaborado pela Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal – Fundo de Saúde do Distrito Federal. No mapeamento das ações orçamentárias é possível identificar repasses do Governo Federal por intermédio de convênios.

Foi no ambiente da diretoria-geral que ocorreram a coleta de dados e a vivência que serão aqui relatadas. A estrutura física é composta por um gabinete e três salas de apoio. A Diretora é assessorada por uma equipe de quatorze servidores efetivos, além dos estagiários, assim distribuída: uma sala de gabinete; uma sala de recepção com duas assistentes; uma sala composta por onze assistentes e estagiários.

As principais atribuições da equipe são: redigir e digitar documentos, controlar os prazos judiciais, conferir documentos para assinatura da Diretora, atender e despachar com a Diretora, bem como pesquisar o andamento de documentos; e na

sala de recepção há um guichê, local em que um estagiário protocola os documentos no sistema de informações, atende telefone e presta informações e orientações ao público externo.

Além das atribuições citadas anteriormente, a Diretoria-Geral é a responsável de dar o encaminhamento dos ofícios judiciais às unidades e cobrar o cumprimento dos prazos dos processos ou ofícios vindos dos órgãos judiciais, da seguinte maneira: por ser o HBDF pertencente à SES, os documentos judiciais são remetidos à SES para que esta encaminhe ao hospital demandas relativas à sua competência. Em cumprimento às Rotinas Administrativas, ao dar o recebimento do ofício ou do processo procedentes da SES, as assessoras do gabinete da Diretora-Geral fazem uma triagem inicial para identificar o setor responsável pelo cumprimento da determinação. Ao ser identificado, é elaborado despacho de encaminhamento para esse setor, com um destaque para o prazo de cumprimento já determinado pelo órgão judicial.

O setor responsável ao receber o documento judicial adota as providências cabíveis e responde à diretoria-geral para que possa ser elaborada minuta de ofício com o retorno à SES, para que ela possa atender ao órgão judicial. A cobrança para cumprimento do prazo determinado pelo órgão judicial, é feita na Diretoria-Geral, por telefone ou diretamente ao chefe do setor/unidade, que por vezes entra em contato telefônico ou se dirige pessoalmente à Diretoria para esclarecer dúvidas quanto ao documento recebido ou mesmo para obter esclarecimentos para melhor responder o expediente.

### **3.4 Da judicialização da saúde**

O conceito de judicialização da saúde remete à obtenção de atendimento médico, de medicamentos e de procedimentos diagnósticos pela via judicial (REIS, 2014). E para o Poder Judiciário, a judicialização nos dias atuais significa a extensão dos procedimentos judiciais semelhantes às arenas de negociação e tomada de decisões não anteriormente caracterizadas por tais procedimentos. (TATE & VALLINDER, 1995, p. 139).

A origem da judicialização ainda é incerta, não apenas pela ausência de estudos empíricos sistemáticos e comparativos no Brasil, mas principalmente pela sua amplitude e seus diferentes níveis de expressão nos tribunais. A consequência

disso é a existência de argumentos distintos para analisar as implicações da judicialização do direito à saúde no país: de um lado, a possibilidade de efetivação do direito. Do outro, a existência do risco da judicialização ser uma interferência indevida do Judiciário nas políticas públicas, caso a decisão judicial não adotar critérios objetivos e uniformes ou não seja munida de informações suficientes para uma correta avaliação quanto à viabilidade e adequação técnica e orçamentária do bem demandado (DINIZ et al., 2014).

Para Pepe et al. (2010), foi no início dos anos 90 que a judicialização da saúde tomou novos rumos. Ao ter sido liberada/determinada a concessão de medicamentos para o tratamento da AIDS, mesmo sendo por meio de lobby de artistas famosos, a Justiça não só abriu precedentes, mas conseguiu despertar o direito à saúde para a população em geral.

Advogados em pleno vapor viram novos caminhos de atuação. Usuários do SUS acenderam uma luz que até então era apagada diante dos rumos da saúde pública. Eternas esperas e vãs promessas de atendimentos e tratamentos pelas vias convencionais do SUS miravam para outro destino, a Justiça.

O valor à vida impulsionou os usuários do SUS a buscarem a Justiça como meio certo de conseguir desde uma consulta até medicamentos e implantes de próteses. Por meio da CR, nos artigos 196 ao 200, a Justiça vem apresentando um papel não essencial, mas necessário para um acesso mais rápido aos serviços públicos de saúde.

O aumento da judicialização na saúde não foi observado apenas no Brasil, mas em vários países da América Latina, sinalizando que há um progressivo reconhecimento do direito à saúde (FLEURY et al., 2014)

Esse direito assegurado e o aumento das demandas judiciais da saúde impulsionou o Supremo Tribunal Federal a convocar a sociedade para um debate sobre esse fenômeno. No mês de maio do ano de 2009, cinquenta pessoas entre profissionais da saúde e do Judiciário se reuniram e tiveram a oportunidade de falar sobre a judicialização da saúde. Segundo Machado et al (2012), esse debate concretizou a Audiência Pública da Saúde nº 4, e a partir de então a instância

máxima do Poder Judiciário estava reconhecendo que a saúde passou a ser uma questão importante no cotidiano desse Poder.

Diversas foram as opiniões acerca da judicialização, algumas a favor, outras contra e ainda os que não opinaram. Destaca-se o placar do posicionamento dos gestores da saúde, em que do total de quinze, nove foram contrários às ações judiciais, dois favoráveis e quatro indeterminados. Machado et al (2012) explica que esse posicionamento majoritário é em virtude da análise desses profissionais ser baseada nos recursos escassos da saúde. Demonstram que o gasto via determinação judicial desestabiliza as contas dos serviços de saúde e inviabiliza o planejamento e o desenvolvimento das ações coletivas em saúde.

A inviabilidade do desenvolvimento de ações coletivas em saúde está presente nos principais debates sobre judicialização, pois, o meio mais utilizado para obtenção da judicialização da saúde de maneira individual, por meio de liminares (MACHADO et al, 2012), comprometendo o princípio da integralidade do SUS. Pois, segundo Pepe et al. (2010), as ações de cunho individual não são estendidas aos demais portadores da mesma condição patológica que poderiam se beneficiar do objeto da demanda.

Outro princípio que participa das discussões sobre a judicialização da saúde é o da universalidade, que conforme Fleury et al. (2014), os magistrados em suas sentenças sobre o mérito têm entendido que o “acesso universal” deve ser compreendido como “acesso a tudo para todos”. Santos (2014) alerta que a universalidade não é uma porta aberta, como é tratada no âmbito judicial.

O “acesso a tudo para todos” na concessão do item que mais sofre judicialização no Brasil merece cuidado. Mesmo os medicamentos já selecionados e incorporados no SUS, em razão de possíveis prescrições inadequadas podem comprometer a segurança do paciente. E mais ainda, a prescrição de “novos” medicamentos e/ou “novas” indicações terapêuticas para os quais as evidências científicas ainda não se encontram bem estabelecidas. (PEPE et al, 2010).

É o caso da ocorrência de possíveis prescrições inadequadas, cujas evidências científicas ainda não se encontram bem estabelecidas, mesmo de medicamentos já selecionados e incorporados no SUS não devem trazer riscos à

saúde do paciente. Há ainda a questão dos medicamentos que não fazem parte da Rename (Relação Nacional de Medicamentos), mas que são judicializados (SANTOS, 2014).

Outro assunto debatido relativo à judicialização é a imputabilidade dos gestores locais quando do não cumprimento das decisões ou dos prazos estabelecidos para atendimento. Segundo Fleury et al. (2014), falhas e omissões dos outros níveis de governo terminam por conduzir a decisões judiciais que criminalizam apenas o responsável pelo sistema local de saúde. E como já conceituado, o SUS é um sistema e todo sistema é composto de redes. O gestor faz parte da rede, isto é, ele não é a rede para que seja o único a ser culpabilizado por falhas no sistema.

### 3.5 Regulamentações da judicialização da saúde

Como citado anteriormente, na Lei nº 8.080/90 são regulamentados os princípios do SUS, porém há outros normativos dentre eles a Constituição da República de 1988, que norteiam gestores, usuários e profissionais do Direito na tomada de decisões.

Vale aduzir, que tanto os princípios fundamentais constantes no art. 1º, inciso III, da CR, que trata da dignidade da pessoa humana, como os princípios do SUS, protegem os usuários da saúde na garantia dos seus direitos.

No quadro 1 são apresentadas outras leis e normativos da gestão do SUS, segundo o Poder Executivo por intermédio do Ministério da Saúde (2013):

NORMATIVO	ANO/DATA DA PUBLICAÇÃO	DISPOSITIVO
Constituição da República Federativa do Brasil	1988	Assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais.
Lei nº 8.080	19/9/1990	Promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.
Lei nº 8.142	28/12/1990	Regular a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
Lei nº 11.107	6/4/2005	Normas gerais de contratação de consórcios públicos.
		Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril

Decreto nº 6.017	17/1/2007	de 2005.
Decreto nº 7.508	28/6/2011	Organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.
Lei nº 12.527	18/11/2011	Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal e dá outras providências.
Lei Complementar nº 141	13/1/2012	Dispõe dos valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde
Decreto nº 7.724	16/5/2012	Regulamenta a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.
Decreto nº 7.827	16/10/2012	Regulamenta procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, da CR e dá outras providências.

Quadro 1 – Relação dos normativos da saúde do Ministério da Saúde, data/ano da publicação e seus dispositivos.

A apresentação dessa legislação foi com o intuito de mostrar o rol de leis que foram citadas nos ofícios ou processos judiciais analisados, que profissionais do Direito de baseiam em defesa do usuário. São várias leis e diversos aspectos abordados.

Note-se que a exceção da CR, das Leis número 8.080/90 e a 8.142/90, todas as demais legislações foram promulgadas a partir de 2005, isto é, a partir da busca da Justiça na obtenção de medicamentos na década de 90 existiu a necessidade de regulamentações para melhor subsídio da defesa do usuário.

A judicialização da saúde não seria possível sem a promulgação dessas leis. Elas são necessárias para a defesa dos direitos e para o cumprimento de deveres por parte dos usuários, dos gestores e dos profissionais do Direito. São norteadoras da justiça.

Ao gestor cabe o conhecimento e o fiel cumprimento das leis para uma atuação agregada aos princípios do SUS, e conseqüente fortalecimento da instituição hospitalar, tendo em vista adequar o fenômeno judicialização à sua realidade.

Sob o mesmo aspecto, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), após a Audiência Pública nº 4/2009, esse órgão do Judiciário editou as seguintes recomendações:

NORMATIVO	ANO/DATA DA PUBLICAÇÃO	DISPOSITIVOS
Recomendação nº 31	30/3/2010	Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.
Recomendação nº 35	12/7/2011	Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança.
Recomendação nº 36	12/7/2011	Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais.

Quadro 2 – Relação dos normativos da saúde do CNJ, data/ano da publicação e seus dispositivos.

É possível verificar nos dispositivos do CNJ, que os normativos são apenas recomendações dos Tribunais para melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do Direito nas tomadas de decisões referentes à saúde.

Assim como as leis, as Recomendações são relevantes para a judicialização como elementos norteadores. Contudo, o cumprimento das Recomendações não é obrigatório. São apenas instrumentos que visam melhor subsidiar magistrados e profissionais do Direito a adoção de medidas ou na prolação de uma sentença.

## **4 RESULTADOS**

### **4.1 A judicialização da saúde no Hospital de Base do Distrito Federal**

Neste tópico serão apresentados e analisados os dados coletados sobre a judicialização no HBDF dos anos de 2011, 2012 e 2013. A análise transcorrerá nas principais demandas e na aplicação dos princípios do SUS nas ações judiciais. Serão analisados os seguintes itens: quantitativo de processos judiciais nos anos de 2011 a 2013, características das demandas judiciais, unidades de atendimento, tipos de solicitação e o caráter emergencial dos ofícios.

### **4.2 Da obtenção das informações**

Nos estágios 1 e 2, os ofícios de judicialização da saúde arquivados em pastas-arquivos na Diretoria-Geral foram objeto de estudo. Essas pastas são arquivadas por ano, mês e órgão externo e os dados coletados corresponderam aos anos de 2011, 2012 e 2013. Nesses estágios foram designadas duas estudantes do citado curso para ocuparem a vaga de estágio na Diretoria-Geral, para levantamento de dados referentes à judicialização no HBDF.

No estágio 3, as análises ocorreram nos processos que chegaram da Secretaria de Estado da Saúde – SES, os quais possuem capas vermelhas e por esse motivo são popularmente conhecidos entre os gestores e chefes de unidades do HBDF de os “capas vermelhas”.

Diferente dos outros estágios, os “capas vermelhas” foram alvos de questionamentos e análises, tanto pela quantidade que chegam diariamente, como pelo envolvimento da maioria da equipe da Diretoria. Parte desses processos são os ofícios que já foram remetidos à Diretoria-Geral, mas que retornaram à SES sem o devido cumprimento e, por consequência a autoridade judicial retorna o expediente, desta feita com prazos e sanções penais.

Durante a coleta de dados, não foi encontrada nenhuma dificuldade, pelo contrário, toda a documentação foi disponibilizada pela equipe da Diretoria-Geral do Hospital.

Inicialmente, a proposta era apenas identificar os órgãos que mais judicializavam e quais as maiores demandas. Contudo, o andamento do estudo foi

se modificando e foi elaborado um roteiro eletrônico (*checklist*) no *Google Drive* contendo questionamentos fechados e abertos sobre os ofícios analisados nos seguintes aspectos:

a) sobre os ofícios: o quantitativo de processos judiciais recebidos, o órgão expedidor, o número e a data do ofício, o local de expedição do ofício, o caráter de urgência, o número e a data do ofício de resposta;

b) dados do solicitante: o endereço, a profissão, o sexo, a idade e o estado civil do solicitante;

c) dados sobre a solicitação: o tipo de solicitação, se o procedimento cirúrgico era de Tireoidectomia, a unidade de atendimento e qual a unidade de atendimento/internação.

No estágio 3, a coleta de informações não foi por intermédio do roteiro eletrônico via *Google Drive*, mas na participação de reuniões e conversas com as assessoras da Diretora-Geral do HBDF. A primeira reunião foi com a chefe do setor de judicialização na Secretaria de Estado da Saúde, que infelizmente não pude comparecer em virtude de trabalho. A segunda ocorreu no final do período de estágio, e participei a convite de uma das assessoras da Diretora, que contou com a participação de membros da Defensoria Pública e diversos chefes de unidades do HBDF.

#### **4.3 Do quantitativo de processos judiciais**

Foi observado um aumento no quantitativo dos ofícios judiciais entre os anos de 2011 e 2013. Após o cadastramento de todos os ofícios de judicialização que deram entrada na Diretoria-Geral do HBDF nesses anos, foi encontrado o seguinte resultado:

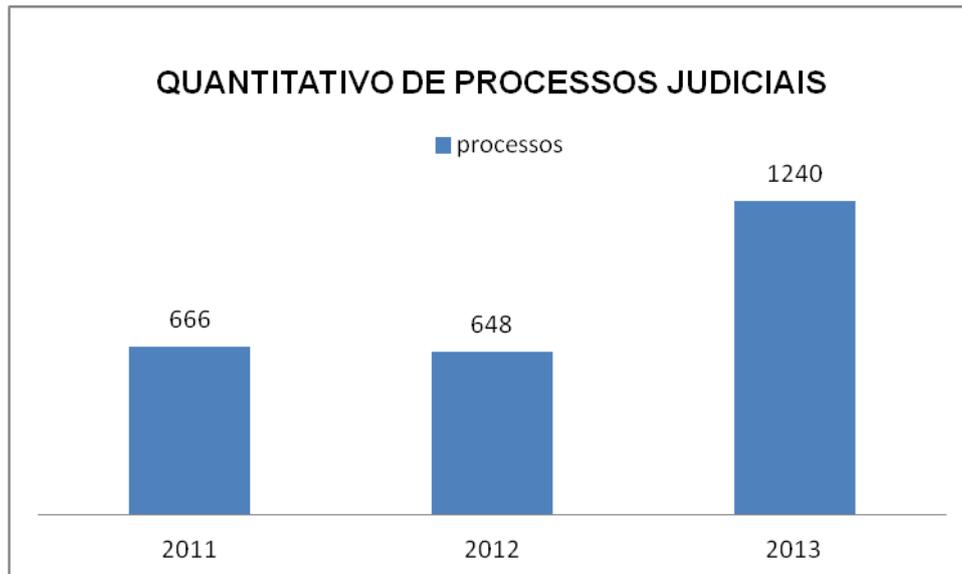


Gráfico 1: Quantitativo de processos judiciais recebidos pela Diretoria-Geral nos anos de 2011 a 2013.

Observa-se pequena diferença entre os anos de 2011 e 2012 (dezoito processos), porém dado que não afasta o argumento de que o HBDF acompanha o crescente fenômeno da judicialização, tendo em vista que no ano de 2013 foram judicializados mais do dobro da demanda de 2011 e 2012.

O citado crescimento não é só do Brasil, mas de vários países da América Latina, sinalizando que há um progressivo reconhecimento do direito à saúde (FLEURY et al., 2014). Correspondendo ainda à convocação do Supremo Tribunal Federal que realizou a Audiência Pública nº 4, tendo em vista que a saúde passou a ser uma questão importante no cotidiano do Poder Judiciário (MACHADO et al., 2012).

Em termos populacionais, o quantitativo de processos foi relativamente pequeno se comparado à população do Distrito Federal, que é aproximadamente 2.570.160 (BRASIL, 2014).

Os órgãos que mais judicializaram foram o Ministério Público da União, Defensoria Pública, Tribunais e Órgãos Judiciais diversos (Secretaria de Estado e Desenvolvimento Social e Transferência de Renda, Secretaria de Estado de Segurança Pública, Ministério Público do Trabalho, Federal e do Estado de Goiás).

No gráfico 2 são representados o quantitativo dos ofícios por órgãos judiciais:

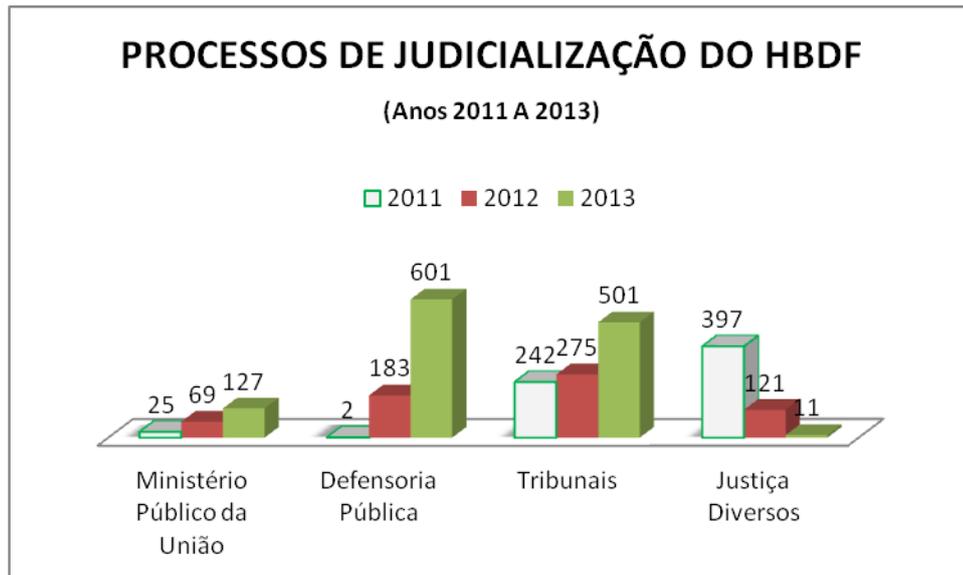


Gráfico 2: Quantitativo de processos de judicialização recebidos dos órgãos judiciais pelo HBDF nos anos de 2011, 2012 e 2013

O gráfico 2 aponta os quatro órgãos que mais judicializaram nos anos de 2011, 2012 e 2013 no HBDF.

No ano de 2011, os Órgãos Judiciais diversos (Secretaria de Estado e Desenvolvimento Social e Transferência de Renda, Secretaria de Estado de Segurança Pública, Ministério Público do Trabalho, Federal e do Estado de Goiás) foram os que mais apresentaram demandas judiciais ao HBDF.

No ano de 2012, podemos observar um aumento nas demandas da Defensoria Pública, que nesse ano judicializou 181 processos a mais do que o ano anterior.

No ano de 2013, o aumento das demandas procedentes da Defensoria Pública correspondeu ao que foi relatado em reunião com o órgão judicial que mais demandou no início do ano de 2015, no caso a Defensoria.

#### 4.4 Das características das solicitações judiciais

Os gráficos abaixo representam os dados coletados dos ofícios judiciais recebidos pela Diretoria-Geral dos anos de 2011 a 2013. Ressalta-se que as informações cadastrais do solicitante começaram a constar de forma padronizada e frequente nos ofícios da Defensoria Pública a partir do ano de 2013. Anterior a esse ano, as informações pessoais eram quase inexistentes nos ofícios.

A característica da judicialização na saúde são as demandas individuais (MACHADO et al., 2012), aspecto também observado no HBDF. Dos ofícios analisados, as demandas coletivas só ocorreram em ofícios recebidos da Secretaria de Estado de Segurança Pública, da Subsecretaria do Sistema Penitenciário, em

que são solicitados procedimentos e consultas para diversos internos em apenas um documento.

Nos registros dos ofícios, embora não tenham sido quantificados, foram identificados documentos do Ministério Público Federal, por exemplo, em que solicitam esclarecimentos a respeito de irregularidades veiculadas na mídia. A apuração é feita com base no art. 236, inc. VII, da Lei nº 75/93, por isso há ofícios a respeito das condições físicas e laborais do hospital, a manutenção e aquisição de equipamentos, bem como o questionamento com relação à equipe de profissionais da saúde.

As determinações judiciais apresentaram os seguintes aspectos nos anos de 2011 a 2013:

#### 4.4.1 Em relação à unidade de atendimento:

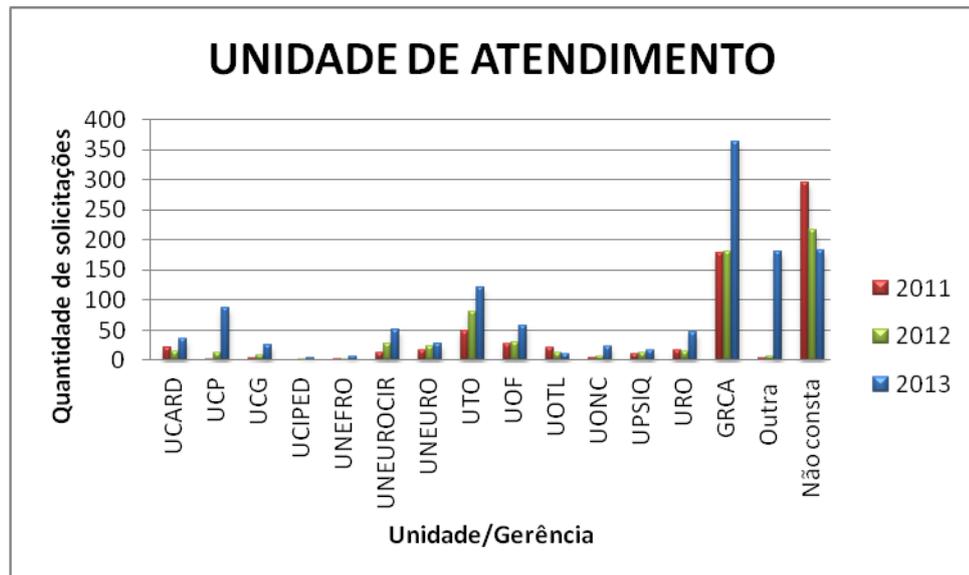


Gráfico 3: Quantitativo de solicitações judiciais por unidade/gerência dos anos de 2011, 2012 e 2013.

Das unidades/gerências que mais receberam ofícios, a Unidade de Otorrinolaringologia (UOTL) foi a que teve redução durante os anos analisados, as demais tiveram aumento das demandas.

Conforme Gráfico 3, a Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA) foi o setor que mais sofreu intervenções judiciais, seguida pela Unidade de Traumatologia e Ortopedia (UTO) e a Unidade de Cabeça e Pescoço (UCP).

Com base nos dados levantados, a Gerência de Regulação, Controle e Avaliação – GRCA, responsável pela maioria da liberação de cópias de prontuários e das guias de atendimento emergencial (GAE), foi o setor que mais atendeu nos anos objetos de estudo, uma vez que referidas cópias apenas podem ser liberadas diretamente ao paciente ou por agente público legalmente autorizado, em obediência à determinação contida na Lei de Acesso à Informação nº 12.527/2011, que regula o acesso às informações sigilosas apenas aos agentes públicos legalmente autorizados e à própria pessoa a que se referirem, conforme art. 31, da referida lei:

Art. 31. O tratamento das informações pessoais deve ser feito de forma transparente e com respeito à intimidade, vida privada, honra e imagem das pessoas, bem como às liberdades e garantias individuais.

§ 1º As informações pessoais, a que se refere este artigo, relativas à intimidade, vida privada, honra e imagem: I - terão seu acesso restrito, independentemente de classificação de sigilo e pelo prazo máximo de 100 (cem) anos a contar da sua data de produção, a agentes públicos legalmente autorizados e à pessoa a que elas se referirem;

A seguir os dados quantificados por unidade de atendimento:

UNIDADE	2011		2012		2013	
	Números de ofícios	Percentual (%)	Números de ofícios	Percentual (%)	Números de ofícios	Percentual (%)
UCARD	22	3	15	2	35	3
UCP	2	0	12	2	86	7
UCG	4	1	8	1	26	2
UCIPED	0	0	1	0	5	0
UNEFRO	3	0	1	0	7	1
UNEUCIR	13	2	28	4	50	4
UNEURO	17	3	24	4	28	2
UTO	48	7	81	13	122	10
UOF	27	4	30	5	57	5
UOTL	21	3	13	2	11	1
UONC	5	1	7	1	23	2
UPSIQ	10	2	12	2	17	1
URO	16	2	14	2	46	4
GRCA	178	27	180	28	363	29
OUTRA	4	1	6	1	181	15
Não consta	296	44	216	33	183	15

Tabela 1: Percentuais das unidades que mais sofreram judicialização nos anos de 2011, 2012 e 2013.

Como já descrito, o HBDF proporciona à saúde para o tratamento de alta complexidade em nível ambulatorial e hospitalar em mais de cinquenta áreas de saúde. Os dados da judicialização apenas quatorze áreas são citadas na Tabela 1 e destas seis realizam procedimentos cirúrgicos (UCP, UCG, UCIPED, UNEUCIR, UTO e UOF). A UCARD e a UNEURO possuem suas unidades cirúrgicas.

Muito embora a instituição tenha excelência nos serviços de alta complexidade, os procedimentos cirúrgicos demandados por via judicial não necessariamente apresentam a complexidade como pré-requisito para a judicialização, como é o caso das cirurgias de retirada de nódulos da tireoide que na maioria dos casos são consideradas eletivas.

#### 4.4.2 Em relação ao tipo de solicitação:

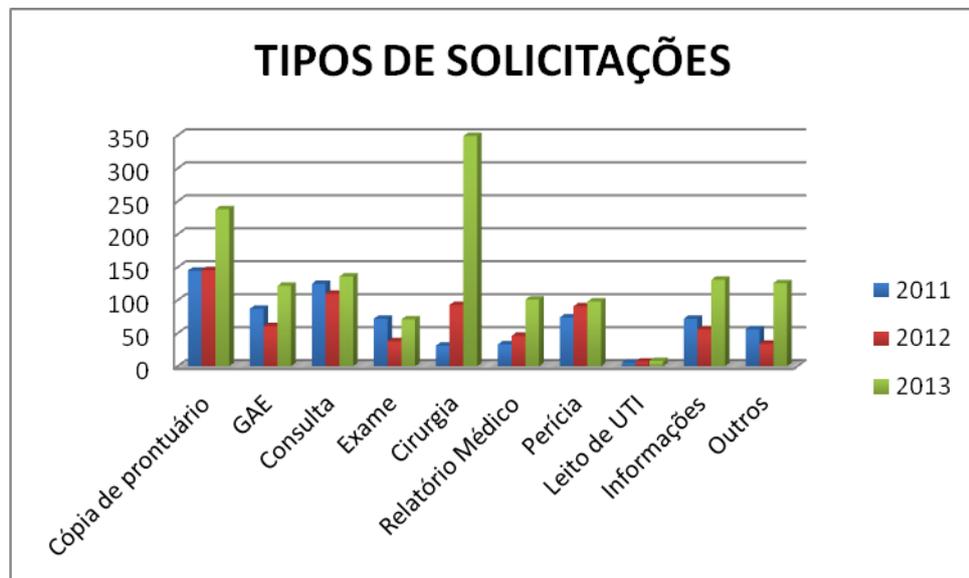


Gráfico 4: Quantitativo das solicitações judiciais dos anos de 2011 e 2013.

O Gráfico 4 representa dez tipos de solicitações, sendo que cópia de prontuário, Guia de Atendimento Emergencial (GAE), Relatório Médico e Informações são obtidas no mesmo setor, qual seja, a GRCA. Portanto, em sintonia com o Gráfico 4, corresponde o setor que mais recebeu ofícios de judicialização.

De forma generalizada, a cirurgia apareceu em destaque no ano de 2013. Contudo, a solicitação por cirurgias não depende apenas de uma unidade ou gerência, pelo contrário, no HBDF há diversos setores que realizam cirurgias, tais como: UCP, UTO e a UCIPED. Os pedidos de cirurgia são encaminhados para os setores respectivos a depender do agravo.

Os diversos setores que realizam as cirurgias dividem entre as dez mil cirurgias realizadas por ano as dezesseis salas do Núcleo de Centro Cirúrgico, conforme Plano Operativo Anual 2014/2015 (Ano Base: 2013, incluindo dados do ano de 2014).

Semelhante a um sistema, os setores da cirurgia atuam em conjunto na execução de um objetivo geral, que é ser excelência nos serviços de saúde de alta complexidade. Para isso, a organização é necessária: o fluxo das cirurgias deve ser programado para que não haja prejuízos em suas realizações.

A realidade das demandas judiciais do HBDF não se iguala à nacional, por dois motivos: o fornecimento de medicamento é feito por farmácias de alto custo ou por central farmacêutica pertencentes à SES; e, para o HBDF, as intervenções cirúrgicas representam a maioria das demandas judiciais, logo após o fornecimento de guias por intermédio da GRCA, tendo em vista se tratar de instituição para atendimentos de alta complexidade.

O que tem a ver essas ações do HBDF com a judicialização? Porque as pessoas têm que judicializar cirurgias, medicamentos ou solicitações de pedidos de prontuários?

Longas filas de espera, sem perspectiva de serem algum dia operados, os pacientes recorrem à Defensoria Pública que respeita as regras do SUS e entra com uma ação judicial na Justiça Comum para que um juiz possa determinar ao HBDF a realização do procedimento cirúrgico. Neste momento, esta individualização fere o princípio da equidade, pois muitas pessoas deixam de buscar o órgão judicial por até mesmo desconhecerem os seus direitos.

#### **4.4.3 Em relação ao caráter de urgência constante nos ofícios:**

O caráter de urgência não tem necessariamente relação com o estado de saúde do paciente. Quando o objeto de análise são os processos “capas vermelhas” da Secretaria de Estado da Saúde, todos eles são urgentes. Normalmente, o prazo para cumprimento da determinação judicial vem no último parágrafo do ofício e em alguns deles o não cumprimento dentro do prazo poderá ser imputada multa por dia de atraso ao gestor.

Tanto a aplicação da multa, quanto a cor do processo indicam ao profissional da saúde a pressa em atendê-los.

Contudo, o caráter emergencial dos ofícios, é que às vezes não revela a urgência em atender à necessidade do paciente. Ao contrário da maioria dos ofícios, poderá constar a palavra “urgente”, mas a intervenção ser eletiva, isto é, o paciente poderá aguardar mais tempo na fila, em detrimento de outros pacientes internados que estão em estado mais grave, correndo até mesmo risco de morte. Às vezes, a planilha de cirurgias é elaborada apenas com base nos processos judiciais, conforme pude observar em alguns relatos dos profissionais.

O caráter de urgência pode ocorrer sob outro aspecto. O próprio órgão solicitante para que não haja atraso nos prazos legais determinam prazos exíguos para cumprimento de uma determinação.

Pode ocorrer também a indicação da gravidade do problema no ofício, mas mesmo assim o hospital não atender por não ter especialistas na área. Isso pode ser visto em alguns dos ofícios remetidos ao HBDF. Geralmente, o Hospital responde ressaltando as especificidades de suas instalações e de suas ações em saúde.

## **5 ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Se partirmos dos resultados prevalentes em cada um dos itens estudados e efetuarmos o cruzamento das informações, poderíamos traçar o quadro da judicialização da saúde no HBDF: demandas judiciais individuais demandadas pela Defensoria Pública, as pessoas vão em busca de cópias de prontuários, Guia de Atendimento Emergencial (GAE), Relatório Médico e Informações na GRCA ou solicitam seu procedimento cirúrgico na UTO.

Contudo, passaremos à análise com base no levantamento de dados obtidos, conforme apresentado a seguir:

### **5.1 Caráter individual das demandas judiciais**

A individualidade das demandas pode ser pensada como uma característica que acompanha a realidade nacional das demandas judiciais, porém, fere um dos princípios ideológicos ou doutrinários do SUS conceituado no art. 7º, da Lei nº 8.080/90, a integralidade da assistência.

Segundo Pepe et al. (2010), o caráter individual das demandas judiciais poderá comprometer o princípio da integralidade do SUS, uma vez que ações de cunho individual não são estendidas aos demais portadores da mesma condição patológica que poderiam se beneficiar do objeto da demanda, ou seja, mesmo que um paciente necessite do mesmo medicamento conseguido por um paciente que possui as mesmas condições e estágios de uma doença, e que já conseguiu por meio judicial, para obtê-lo deverá solicitar a formação de um processo judicial no órgão competente.

No aspecto de gestão, uma nova ação judicial representa mais gastos por parte do Estado. Em consonância com os gestores que participaram da Audiência Pública que votaram contra a judicialização, o caráter individual das ações desestabiliza as contas dos serviços de saúde e inviabiliza o planejamento e o desenvolvimento das ações coletivas em saúde” (MACHADO et al., 2012).

### **5.2 Em relação à unidade de atendimento**

Com base nos dados levantados, a Gerência de Regulação, Controle e Avaliação – GRCA, responsável pela maioria da liberação de cópias de prontuários e das guias de atendimento emergencial (GAE), foi o setor que mais atendeu a

solicitações externas no ano de 2011, 2012 e 2013. Isso é significativo pois demonstra que não são os procedimentos clínicos que são os mais demandados, mas questões de ordem administrativo.

### **5.3 Em relação ao caráter emergencial dos ofícios**

Com relação ao caráter emergencial, às vezes não revelam a urgência em atender à necessidade do paciente. O fato de a demanda estar sendo feita por intermédio de ofícios judiciais, indica urgência, contudo, a situação de um paciente internado que não judicializou poderá estar mais grave do que o paciente judicializado.

Situação discutida entre os profissionais da saúde e os coordenadores da Defensoria Pública: atualmente os profissionais fazem a agenda de cirurgia ou outro qualquer procedimento pautando primeiramente os “capas vermelhas”, mas sabendo que dentro da sua unidade pode haver um paciente com prioridade no atendimento, gerando certo incômodo, tendo em vista a obediência de uma determinação e em detrimento de uma realidade de sofrimento.

## 6 CONCLUSÃO

A análise das informações coletadas nos ofícios e processos de judicialização do HBDF aponta para distintos resultados em comparação aos encontrados no nível nacional. A maior demanda da judicialização no HBDF nos anos de 2011, 2012 e 2013, além de cópias de prontuários, foi em decorrência de intervenções cirúrgicas.

Ainda que várias informações não constassem nos ofícios analisados nesses anos, foi possível um retrato da judicialização da saúde no HBDF. O aumento das demandas judiciais ao longo dos anos enquadrou o HBDF na realidade nacional e dos países da América Latina. A Defensoria Pública do Distrito Federal revelou-se o órgão que mais encaminhou demandas judiciais e o setor que mais atendeu aos ofícios foi a Gerência de Regulação, Controle e Avaliação, seguida do setor de cirurgias.

A judicialização existe e exige a participação da maioria dos chefes de setores, dos profissionais do Direito e dos usuários para iniciarem o processo de intervenção ou de aquisição de medicamento no uso legal dos direitos adquiridos na Constituição.

Nos princípios do SUS, embora com interpretações distintas entre os gestores e profissionais da saúde e a visão do Judiciário, prevalece o direito do usuário. O fenômeno judicialização ainda é novo. A maior parte das leis foi promulgada a partir de 2005. Debates e reuniões estão sendo realizados para que a judicialização da saúde possa ser melhor entendida e melhor aplicada.

O HBDF vive uma sobrecarga de determinações a serem cumpridas, ao mesmo tempo em que outras decisões têm que ser tomadas. Os gestores da saúde, conforme demonstrado na Audiência Pública nº 4, analisam as demandas judiciais pela ótica dos recursos escassos e da desestabilização das contas dos serviços de saúde, além de inviabilizarem o planejamento e o desenvolvimento das ações coletivas em saúde.

O SUS é um sistema que carrega consigo toda a complexidade. Os aspectos judiciais da saúde, tais como: a individualidade e os prazos para cumprimento prevalecem sobre o coletivo e os que esperam nas filas. Muitas vezes, decisões de

gestão (seja dos profissionais de saúde, seja dos agentes do direito) entram em conflito com questões operacionais quanto a organização dos usuários no Sistema de saúde.

Temos um caminho a percorrer diante da realidade crescente da judicialização da saúde. Contudo, nós gestores devemos fazer cumprir a política pública do SUS, que por mais que digam que ainda não saiu do papel, contempla e defende os interesses coletivos sem deixar que os princípios acentuem as desigualdades e que façam prevalecer a justiça social.

## 7 REFERÊNCIAS

1. \_\_\_\_\_BRASIL. Agência Brasília. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Governador decreta situação de emergência na Saúde do DF.** 2015. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/6044-governador-decreta-situacao-de-emergencia-na-saude-do-df.html>>. Acesso em: 1 fev. 2015.
2. \_\_\_\_\_BRASIL.. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz (Org.). 2. ed. Rio de Janeiro: Manguinhos, 2009. 478 p. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao/dowlivfictec.html>>. Acesso em: 9 jul. 2015.
3. \_\_\_\_\_BRASIL. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (Org.). **IBGE - Cidades- Distrito Federal.** 2014. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=530010&idtema=16&search;=||síntese-das-informações>>. Acesso em: 8 jul. 2015.
4. \_\_\_\_\_BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação. Entendendo o SUS. 2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=136](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136). Acesso em: 8 de jul. 2015.
5. \_\_\_\_\_BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Diretrizes Operacionais. Brasília, 2006b
6. \_\_\_\_\_BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e educação Permanente na Saúde – ENPS, 2005. Cadernos para formação de Facilitadores de Educação Permanente, que inclui quatro cadernos.
7. \_\_\_\_\_BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS / Ministério da

Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

8. \_\_\_\_\_BRASÍLIA. Agência Brasília. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Institucional. <<http://www.saude.df.gov.br/institucional/competencias.html>>, Acesso em: 3 jul. 2015.

9. \_\_\_\_\_BRASÍLIA. Agência Brasília. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Institucional.<<http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/4762-plano-lurianual.html>>, Acesso em: 9 jul. 2015.

10. \_\_\_\_\_BRASÍLIA. HBDF – Hospital de Ensino Plano Operativo Anual 2014/2015 (Ano Base: 2013, incluindo dados do ano de 2014).

11. BRANDÃO, Rodrigo. **A judicialização da política**: teorias, condições e o caso brasileiro. Revista de Direito Administrativo, Rio de Janeiro, v. 263, p.175-220, maio/agosto de 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Admin/Desktop/10648-24323-1-PB.pdf>. Acesso em: 18 out. 2014.

12. CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições o método da roda. São Paulo: HUCITEC, 2000.

13. CAMPOS, G.W.S. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

14. CANNON, Lucimar R. Coser. **Ações judiciais impetradas para obtenção de medicamentos e tratamentos especiais: a judicialização da saúde**. Associação Médica de Brasília. Disponível em: <<http://www.ambr.org.br/acoes-judiciais-impetradas-para-obtencao-de-medicamentos-e-tratamentos-especiais-a-judicializacao-da-saude/>>. Acesso em: 4 jul. 2015.

15. CARVALHO, Ernani Rodrigues de. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 23, p.5-10, nov. 2004. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782004000200011>>. Acesso em: 18 out. 2014.

16. CARVALHO, Gilson de Cassia Marques. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 1, abr. 1993. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901993000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901993000100003)>. Acesso em: 17 nov. 2014.

17. CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.1839-1849, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/20.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2015.

18. CHURCHMAN, C.W. **Introdução à teoria dos sistemas**. Petrópolis: Vozes, 1971.

19. DINIZ, Debora; MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho; PENALVA, Janaina. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.591-598, fev. 2014. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200591](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200591)>. Acesso em: 8 nov. 2014.

20. \_\_\_\_\_ Diretoria Nacional do Cebes (Rio de Janeiro). O Cebes na defesa do direito à saúde e do Sistema Único de Saúde. **Divulgação: Em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p.3-5, maio 2009.

21. DUARTE, Leonardo de Farias. Obstáculos Econômicos. In: DUARTE, Leonardo de Farias. **Obstáculos econômicos à efetivação dos direitos fundamentais sociais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2011. Cap. 2. p. 139-157.

22. EQUIDADE – Princípios Doutrinários do SUS. Campo Grande. 2015. Disponível <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/43942/equidade-principio-doutrinarios-do-sus#ixzz3fP82fJrp>>. Acesso em: 8 de jul. 2015.

23. FIOCRUZ. **Sanitarista: Reforma Sanitária**. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 2 fev. 2015.

24. FLEURY, Sônia; FARIA, Mariana. A judicialização como ameaça e salvaguarda do SUS. In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS, Fernanda. **Judicialização da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2014. p. 99-123.
25. GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, RMG and GOMES, MHA., orgs. O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 444 p. ISBN 85-7541-025-3. Available from SciELO Books .
26. LIEBER, Renato Rocha. **Teoria de Sistemas**. Disponível em: <<http://www.inf.ufpr.br/urban/Anteriores/2014-2/LeiturasRecomendadas/TeoriaDeSistemas/TS-RenatoRochaLieber.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2015.16. Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução da desigualdade em saúde. Rev C S Col 2003; 8(2):439-448.
27. MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, Sulamis. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 46, p.1017-1036, jul/ago de 2012.
28. MADEIRO, Ricardo C. V.. Crise na Saúde Pública. **Consulex**, Brasília, v. 17, n. 397, p.38-39, ago. 2013. Disponível em: <Crise na saúde pública>. Acesso em: 01 fev. 2015.
29. MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; SCHWARTZ, Ida Vanessa Doederlein. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.8-25, abr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000400022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400022)>. Acesso em: 10 jul. 2015.
30. MARION, Dgiulia; MAAS, Rosana Helena. **A experiência brasileira no combate a judicialização da saúde – alguns casos referentes ao fornecimento de medicamentos**. 2014. VII Amostra de Trabalhos Jurídicos Científicos. Disponível em:

- <<http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/viewFile/11743/1591>>. Acesso em: 15 nov. 2014.
31. MARQUES, Silvia Badim. **Judicialização** do Direito à Saúde. Revista de Direito Sanitário. v.9, n. 2 p. 65-72 São Paulo Jul./Out.2008, p. 65. MARQUES, Op. Cit., p. 65.
32. MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo**: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.
33. PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. Salvador. 2007. 300p. Disponível em:<<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>>. Acesso em: 8 de jul. 2015.
34. PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. São Paulo: Bis. Boletim do Instituto de Saúde (impresso), 2010. Disponível em: <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5975/1/Paim JS. 2010 Artigo2.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5975/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo2.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2014.
35. PEPE, Vera Lúcia Edais et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 15, p.2405-2414, 2010.
36. REIS, Wanderlei José dos. **Terceirização: solução à judicialização da saúde pública?** 2014. Disponível em: <<http://www.ibrajus.org.br/revista/artigo.asp?idArtigo=247>>. Acesso em: 25 nov 2014.
37. SANTOS, Lenir. A judicialização da saúde e a incompreensão do SUS. In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS, Fernanda. **Judicialização da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2014. p. 125-160.
38. TATE, C. Neal; VALLINDER, Torbjörn. **Why the expansion of judicial power**. In: \_\_\_\_;. The global expansion of judicial power. Nova York: New York University Press, 1995.

39. TORRES, Ricardo Lobo. **O mínimo existencial, os direitos sociais e os desafios de natureza orçamentária**. In.: SARLET, I. W; TIMM, L.B (Org.). Direitos fundamentais, orçamento e reserva do possível. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.
40. Vasconcelos CM. **Paradoxos da Mudança no SUS** [tese de doutorado]. Campinas (SP): Unicamp; 2005.
41. VIANNA, L.W.; BURGOS, M.B. **Entre princípios e regras** (cinco estudos de caso de Ação Civil Pública), *Cadernos CEDES-IUPERJ*, p. 1-47, jan. 2005.