



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**Justiça e acesso à saúde: consequências da judicialização de cirurgias no Distrito
Federal.**

RAYSSA LOHANNA COÊLHO LOPES

CEILÂNDIA – DF

2015

RAYSSA LOHANNA COELHO LOPES

Justiça e acesso à saúde: consequências da judicialização de cirurgias no Distrito Federal.

Monografia, apresentada ao Curso de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília como requisito para a conclusão do Bacharelado, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Érica Quinaglia Silva.

CEILÂNDIA – DF

2015

RAYSSA LOHANNA COÊLHO LOPES

Justiça e acesso à saúde: consequências da judicialização de cirurgias no Distrito Federal.

Monografia, apresentada ao Curso de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília como requisito para a conclusão do Bacharelado, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Érica Quinaglia Silva.

Aprovado em _____ de _____ de 2015.

Prof^a. Dr^a. Érica Quinaglia Silva
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Silvia Badim Marques
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Avaliadora

Prof. Dr. Éverton Luís Pereira
Universidade de Brasília
Departamento de Saúde Coletiva
Avaliador

CEILÂNDIA – DF

2015

RESUMO

Por meio da Reforma Sanitária brasileira, no início da década de 1970, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e, ainda, da evolução da nossa Constituição de 1988, a saúde tornou-se direito de todos e dever do Estado. Logo, foi criada a Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080 em 1990, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual possui diretrizes e princípios garantidores da saúde, de forma universal e igualitária. Porém, quando infligem esse direito, cabe ao Poder Judiciário intervir, uma vez que o direito à saúde é direito fundamental e não pode ser descumprido. Diante da problemática vivida no dia a dia do sistema de saúde público no Brasil, a população brasileira vem, mediante vias judiciais, reivindicando seus direitos. Este fenômeno é denominado judicialização da saúde. Assim, o indivíduo tem procurado o Judiciário em busca de fármacos, cirurgias, consultas, exames, entre outros bens em saúde públicos. No entanto, tais demandas têm gerado grandes custos ao erário, uma vez que mobiliza grande quantidade de agentes públicos, procuradores, bem como servidores administrativos. Isto ocorre pela ausência de políticas públicas e econômicas que garantam um serviço gratuito de qualidade e que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos, conforme prevê a Carta Magna. Dessa forma, com intuito de identificar quais têm sido os impactos do crescimento das ações judiciais como meio de garantir os bens em saúde pública, foi realizada uma pesquisa no Núcleo de Saúde da Defensoria Pública do Distrito Federal e no site do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, no período de novembro de 2014 a março de 2015, para averiguar quais decisões judiciais - que possuam como demanda cirurgias eletivas - têm citado a Lei Nº 5.419/14, que prevê o agendamento de cirurgias eletivas no SUS, dentro do prazo de validade dos exames pré-operatórios. Como ponderar o direito à vida e à saúde de um indivíduo *versus* o direito à vida e à saúde de outrem? O direito à saúde ainda é um desafio. Porém, poderia a judicialização salvar o SUS? Por outro lado, o recurso ao Poder Judiciário tem trazido várias consequências ao sistema de saúde. Uma vez que com a interferência do Judiciário no Poder Executivo, bem como nas políticas públicas, tem gerado uma sobrecarga ao serviço público de saúde, pois quando casos individuais são julgados, traz uma desordem ao planejamento, e como consequência gera o aumento da iniquidade no sistema de saúde. Partindo de tais questionamentos, esta pesquisa pretende analisar as demandas de judicialização em saúde por cirurgias que tenham como principal argumento a utilização da Lei Distrital Nº 5.419/14, a qual prevê a obrigatoriedade e o agendamento de cirurgias eletivas, dentro do prazo de vencimento dos exames pré-operatórios na rede pública de saúde.

Palavras-chave: Direito à Saúde, Judicialização da Saúde, Políticas Públicas, Cirurgias Eletivas.

ABSTRACT

Through the Brazilian Sanitary Sector Reform, in the early 1970s, the 8th National Health Conference, held in 1986, and the evolution of our 1988 Constitution, health care constitutes a right of all and a duty of the State. In the year of 1990, the Brazilian Health Organic Law (n.8080) was created, establishing the SUS – UNIFIED HEALTH SYSTEM- which has guidelines and principles on universal and egalitarian access to health care. However, when this right is violated, it is for the Judiciary to intervene, as the right to health care is a basic civil right and it cannot be violated. Despite Brazilian people have been facing problems regarding health on a daily basis, the population claim their rights through legal remedy which is called Judicialization of health. Thus, people have sought judicial remedy to get drugs, surgery, doctor's appointment, medical exams among other things in public health care. Nevertheless, such demands have been causing great costs to public treasury, since it relates to lots of people such as public officials, attorneys and civil servers. This happens because of the lack of public policy and financial economy to guarantee a free quality service and to aim the reduction of diseases and other aggravation, according to our 1988 Constitution. Being aware of that, a research was made in the “Nucleo de Saude da Defensoria Publica do Distrito Federal” and in the webpage of the Federal District Court of Justice, between November 2014 and March 2015, to identify the greatest impacts on the growth of legal proceedings to guarantee the benefits in public health and to ascertain which law decisions - which have elective surgeries as a demand - have cited the law n° 5419/14, which foresees the booking of elective surgeries in SUS, within the deadline of the pre surgery exams. How can we balance the right to life and health care of a person versus the right to life and health care of someone else? The right to health care is still a challenge. However, could the Judiciary save SUS? On the other hand, the recourse to the judiciary Power have been bringing many consequences to the health system. Once the Judiciary in the Executive Power, as well as the public politics have been creating an overloading to the public health service, thus when individual cases are judged, they bring a disorder to the planning, as a consequence it creates the increase of iniquity on the health system. By asking these questions, this research aims to analyze the demands of legalization in health through surgeries which have the main subject-matter the use of the Law 5.419/14, which foresees the mandatory and booking of elective surgeries, within a deadline of pre surgery exams in the public health.

Keywords: Right to Health, Legalization of Health, Public policy, Elective Surgeries.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida, por sua misericórdia e graça, por me permitir realizar este sonho, estando sempre ao meu lado, me fortalecendo nos momentos mais difíceis. A Ele seja dada toda honra, glórias e louvor para todo o sempre.

A minha amada mãe, que sempre esteve ao meu lado, em todos os momentos, obrigada por sua educação, incentivo, amor, compreensão e orações. Você é minha inspiração, como pessoa, amiga e mãe.

Ao meu esposo amado, pelo apoio, amor, paciência, carinho, cuidado e compreensão. Obrigada por suas palavras de incentivo, e pelos momentos em que não me deixou desanimar e nem esmorecer, por sempre estar ao meu lado e me amar.

Aos tios Sila e Valdivino, por todo auxílio, conselho, compreensão e oração.

A minha amiga, prima, Samara Coelho por toda instrução, dicas para o aperfeiçoamento deste trabalho.

A minhas amigas e companheiras de graduação, Manami Murakami, Lara Paraguai, Karem Cardim, Viviane Carvalho e Tatiane Fontoura, por todos os momentos de alegria, dificuldades, trabalhos, apresentações e amizade.

À professora Érica Quinaglia Silva, por todas as dicas valiosas, compreensão, paciência, referências bibliográficas disponibilizadas, e por toda orientação necessária para a realização deste trabalho.

À professora Silvia Badim Marques, por todo auxílio na mediação para a realização da pesquisa no Núcleo de Saúde da Defensoria Pública do Distrito Federal, pelas aulas lecionadas que muito contribuíram para o despertar do tema desta monografia, e por seu precioso tempo dedicado à leitura deste trabalho.

Ao professor Éverton Luís Pereira, por todas as aulas lecionadas que muito contribuíram para o meu crescimento acadêmico, e por seu precioso tempo dedicado à leitura deste trabalho.

Ao Núcleo de Saúde da Defensoria Pública do Distrito Federal, que tornou possível a realização desta pesquisa. Em especial, ao Dr. Celestino Chupel, coordenador do Núcleo, que me acolheu e me auxiliou durante toda a trajetória deste trabalho.

A todos os professores da graduação de Saúde Coletiva, que se dedicam ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde, e que acreditam que através da Saúde Coletiva teremos um SUS melhor.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os sanitaristas que enfrentarão ações judiciais, concernentes à judicialização de cirurgias pelo Sistema Único de Saúde, e buscarão alternativas para tais embates.

A minha mãe e ao meu esposo, que foram fundamentais para a concretização deste sonho.

“Onde não houver respeito pela vida e pela integridade física e moral do ser humano, onde as condições mínimas para uma existência digna não forem asseguradas, onde não houver limitação de poder, enfim, onde a liberdade e a autonomia, a igualdade e os direitos fundamentais não forem reconhecidos e minimamente assegurados, não haverá espaço para dignidade humana e a pessoa não passará de mero objeto de arbítrio e injustiças”.

Ingo Wolfgang Sarlet

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAMEDIS – Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde

CEMAS – Comitê para Monitoramento das Ações de Saúde

CF/88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CODES – Coordenação das Demandas Estratégicas do Sistema Único de Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética e Pesquisa

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MP – Ministério Público Federal

NAT – Núcleo de Apoio Técnico

NSDP – NAI/SAÚDE – Defensoria Pública do Distrito Federal/Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PGDF – Procuradoria Geral do Distrito Federal

SCJ – Controle Jurídico

SES/DF – Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal

SES/SP – Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

STF – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TJDFT – Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios

TJTO – Tribunal de Justiça do Tocantins

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
2.	OBJETIVOS	19
2.1.	Objetivo Geral:.....	19
2.2.	Objetivos Específicos:.....	19
3.	METODOLOGIA	20
4.	HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL.....	22
5.	CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	25
5.1.	Direitos Fundamentais.....	26
6.	LEGISLAÇÃO INFRACONSTITUCIONAL	28
7.	JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE	31
7.1	Necessidades X Preferências.....	34
7.2	Efeitos Positivos e Negativos.....	34
7.3	Teoria da Reserva do Possível	36
7.4	Escassez de Recursos e Razoabilidade para justa repartição de Recursos.....	37
7.5	Mínimo Existencial	40
7.6	Doenças Genéticas Raras	40
8.	SOLUÇÕES	43
8.1	Recomendação Nº 31 – Conselho Nacional de Justiça (CNJ).....	43
8.2	Dignidade da Pessoa Humana.....	43
8.3	Soluções Extrajudiciais	44
8.3.1	Ouvidorias do SUS – Uma experiência no Município de Araguaína- TO	45
8.3.2	Movimentos Sociais	46
9.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
9.1	Demandas da Defensoria Pública do Distrito Federal - Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação em Saúde	47
9.2	Caracterização do usuário que recorre à judicialização de cirurgias como porta de entrada para insumos e serviços em saúde.....	51
9.3	Hospitais Regionais da rede de saúde pública de origem do usuário.....	54
9.4	Situação processual	55
10.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65

11. REFERÊNCIAS	69
ANEXO.....	77
Aceite Institucional	77
Instrumento da Pesquisa Quantitativa	78
Análise das Ações Judiciais	83
Planilha de Atendimento por assunto – Ano: 2014 – DPDF/ NAJ-Saúde	86
Planilha de Ações Judiciais – Ano: 2014 – DPDF/ NAJ-Saúde	87
Planilha de Atendimento por assunto – Ano: 2015 – DPDF/ NAJ-Saúde	88
Planilha de Ações Judiciais – Ano: 2015 – DPDF/ NAJ-Saúde	89

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária foi de suma relevância para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo ela defendida por profissionais da saúde e participantes de movimentos populares, que vieram na sua fundação um grande marco para a saúde brasileira. A Constituição Federal de 1988 dispõe, em seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”, com acesso a serviços de saúde de forma igualitária e universal. Desta forma, a CF/88 afirmou o papel do Estado em garantir à população acesso universal e igualitário à saúde, mediante ações e serviços públicos que fazem parte de uma rede hierarquizada e regionalizada, à qual constitui um sistema único de saúde (BRASIL, 2011).

A Carta Magna trouxe ao cidadão brasileiro um novo sistema público de saúde, que elevou a saúde ao patamar de direito universal e integral, prevendo como princípios os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana (MARQUES, 2009).

Anteriormente à CF/88, nas constituições que a precederam, não havia garantia do direito à saúde. O Estado prestava assistência à saúde para somente aqueles que contribuíam com a previdência. Após o texto constitucional da CF/88, fica prevista a garantia do direito à saúde, quatro décadas após a Declaração Universal dos Direitos Humanos (BARROSO, 2003).

Porém, apesar de estar previsto na Carta Magna, este direito não é efetivado na prática. Duarte (2011) afirma que muitos são os casos em que a atenção aos direitos fundamentais, mesmo quando há uma legislação vigente, não é cumprida pelo Executivo. Este fator se deve à insuficiência dos recursos disponíveis, em que muito se atribui a não efetivação dos direitos fundamentais, decorrente da escassez de recurso. No entanto, é também necessário haver interesse político para a prestação desses direitos. Para tanto, é necessário que o Legislativo e a Administração concretizem a execução das políticas públicas. Desta forma, há uma necessidade de conformação legislativa em torno do direito à saúde.

O direito à saúde é considerado um direito de defesa, o qual busca proteger o cidadão da interferência pelo Estado. Desta forma, obriga a União à criação de políticas públicas que busquem efetuar este direito da população. Fazem parte da efetivação do direito à saúde prestações materiais, como o fornecimento de medicamento, a realização de exames e o atendimento médico e hospitalar (SARLET, 2002).

Atualmente, no contexto democrático, a judicialização da saúde anuncia a forma de os cidadãos reivindicarem a garantia do direito à saúde, presente nas leis nacionais e internacionais. Tal fenômeno inclui amplos aspectos jurídicos, sanitários e sociais (VENTURA *et al*, 2010).

O fenômeno da judicialização, presente nas democracias contemporâneas, se dá pela interferência do Poder Judiciário na esfera política. Tal poder é responsável por controlar as leis previstas constitucionalmente. Este fenômeno tem sido estudado no Brasil desde o ano de 1990 (BORGES E UGÁ, 2009).

Desta forma, cabe ao Judiciário intervir sempre que um direito fundamental estiver sendo descumprido, principalmente quando se tratar do mínimo existencial de qualquer pessoa. Porém “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?” (BARROSO, 2007, pág.4).

Com o grande aumento de ações judiciais, agregado ao fato de que tais decisões são predominantemente favoráveis aos autores, vem ocorrendo uma série de consequências para o sistema de saúde. Algumas dessas decisões acarretam um comprometimento ao orçamento para a saúde, a exemplo dos medicamentos que, ainda, não possuem regulamentação pela assistência farmacêutica no âmbito do SUS (BORGES e UGÁ, 2010).

A judicialização da saúde tem garantido o acesso a bens e serviços de saúde por meio das ações judiciais. Com o deliberado aumento das ações, os gestores de saúde têm tentado resolver por diversas maneiras os problemas gerados, um dos quais é a incapacidade de previsão orçamentária (CHEFFI e BARATA, 2009). Como consequência, para que seja garantido ao paciente a assistência médica necessária, gestores do sistema de saúde pública, mediante dispositivos jurídicos, sofrem processos criminais e multas, quando não cumprem o prazo determinado para o cumprimento de determinada ação, para que o direito à saúde seja cumprido (ANDRADE *et al*, 2008).

A população menos favorecida, sem acesso real ao sistema de saúde pública, vê o Judiciário como forma de garantia aos seus direitos. Daí, a crescente demanda da judicialização da saúde. Desta forma, o Judiciário tem sido uma segunda porta de entrada para o SUS, e que muitas vezes é considerado pelos usuários a última esperança de conseguir acessar o sistema e realizar os procedimentos a ele pertencentes (atendimento, cirurgias, exames, etc.).

Por sua vez, a Defensoria Pública fornece assistência jurídica integral e gratuita a todos que comprovem ser hipossuficientes, ou seja, a pessoas menos favorecidas que não possuem condições de arcar com advogado privado. As demandas da Defensoria Pública são tanto de caráter individual quanto coletivo (ASENSI, 2010).

No Distrito Federal, o fenômeno da judicialização da saúde tem sido cada vez mais crescente, trazendo grandes consequências à gestão pública, pelo fato de comprometer tanto o orçamento quanto não permitir um planejamento. Onde 95% das ações judiciais são ações de origem da DPDF/NAJ-SAÚDE (PAIM, MARQUETO e LOPES, 2015). A Defensoria Pública do Distrito Federal possui um Núcleo de Saúde (DPDF/NAJ-SAÚDE) que o paciente da rede pública de saúde pode procurar quando houver problemas relacionados a necessidades de saúde, como atendimento, marcação de consultas, aquisição de medicamentos, cirurgias, tratamentos, etc. É uma instituição permanente, que oferece de forma integral e gratuita aos cidadãos menos favorecidos as instruções necessárias, bem como a promoção dos direitos humanos e de defesa, tanto individuais como coletivos (DEFENSORIA PÚBLICA, 2015).

Portanto, devido a grande importância do tema exposto acima, este trabalho pretende levantar a problematização das ações judiciais no Distrito Federal, com o objetivo de analisar as demandas de judicialização em saúde por cirurgias que tenham como principal argumento a utilização da Lei Distrital Nº 5.419, de 24 de novembro de 2014, que “dispõe sobre a obrigatoriedade do agendamento de cirurgias eletivas dentro do prazo de vencimento dos exames pré-operatórios no âmbito da rede pública de saúde” (BRASIL, 2014). Esta Lei surgiu com intuito de amenizar a lista de espera por cirurgias eletivas no SUS. Pretende-se também analisar o posicionamento do Ministério Público, bem como os principais argumentos do Judiciário.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Analisar as demandas de judicialização em saúde por cirurgias, originadas no Núcleo de Saúde da Defensoria Pública do Distrito Federal, no período de 26 de novembro de 2014 a 31 de março de 2015, que contenham em suas ações a citação da Lei Distrital Nº 5.419, de 26 de novembro de 2014.

2.2. Objetivos Específicos:

- Identificar os principais aspectos jurídicos e discussões doutrinárias ligadas ao direito à saúde e sua efetivação pelo Poder Judiciário.
- Realizar pesquisa junto ao NSDP/NAJ-SAÚDE, para análise das ações judiciais que utilizam a Lei Distrital Nº 5.419/14 como argumento para a realização de cirurgias eletivas, cuja validade prevista nos exames pré-operatórios tenha expirado.
- Analisar as decisões judiciais que citaram a Lei Distrital Nº 5.419/14, verificando os argumentos do Judiciário para deferir ou indeferir as ações.

3. METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, que envolve a realização da análise de processos judiciais concernentes à judicialização do direito à saúde, e visa analisar os dados relativos através de exibição gráfica, entre novembro de 2014 e março de 2015, tendo em vista a Lei Nº 5.419, de 24 de novembro de 2014.

De acordo com Godoy (1995), a pesquisa qualitativa possui como fonte direta de dados o ambiente, sendo o pesquisador a peça principal. Os dados podem ser coletados de diversas formas: vídeos, anotações em blocos de papel, gravadores, documentos, entre outros. As pessoas inseridas no contexto deverão ser analisadas não de forma individual, e sim como um todo. O pesquisador tem como foco a análise dos fenômenos que poderão ocorrer durante as atividades da pesquisa. A princípio, este tipo de pesquisa não parte de uma hipótese, mas de questões ou focos de interesse amplo. E no decorrer da pesquisa irá construindo algum tipo de teoria sobre o objeto estudado.

Segundo Turato (2005), o método qualitativo tem por objetivo desvendar aquilo que não é possível ser visto a um olhar comum. Busca-se o entendimento de como o objeto estudado acontece e se manifesta, não almejando um produto final em si. No âmbito da saúde, conhecer os significados dos eventos (fenômenos) no processo saúde-doença é fundamental para a realização de melhorias na qualidade da relação paciente-profissional de saúde; para pacientes aderirem a programas e tratamentos de forma coletiva ou individual.

O método quantitativo possui como foco informações baseadas em números, o qual permitirá concluir sobre hipóteses e fenômenos. Os dados são analisados a partir de técnicas matemáticas, com o suporte de estatística (DALFOVO, LANA e SILVEIRA, 2008).

A pesquisa foi realizada no Núcleo de Saúde da Defensoria Pública do Distrito Federal (NSDP), onde se encontram os dados sobre a judicialização em saúde referentes ao SUS. Através desses dados, foram acessados todos os processos judiciais presentes no NSDP/NAJ-SAÚDE. Este estudo tem como recorte a Lei Nº 5.419, que “dispõe sobre a obrigatoriedade do agendamento das cirurgias eletivas dentro do prazo de validade dos exames pré-operatórios na Rede Pública de Saúde”. Este recorte dado à pesquisa, a partir da análise de processos que citaram a Lei nº 5.419/2014, deve-se à hipótese de que o recurso a ela permitiria a resolução dos casos de forma extrajudicial. Dentre o montante de 204 ações

judiciais referentes a cirurgias no período de novembro de 2014 a março de 2015, apenas dez citaram a Lei Nº 5.419. Porém, só foi possível o acesso a apenas sete dessas ações. No momento da finalização desta pesquisa, três das ações encontravam-se, de posse do juiz, não podendo serem acessadas devido estarem a espera para serem sentenciadas. Assim, considera-se a amostra analisada de apenas sete processos em um universo de dez.

Não se faz necessário passar a presente pesquisa por um comitê de ética em pesquisa, uma vez que os dados são públicos e possuem livre acesso. Por este motivo, dispensa-se a revisão ética pelo sistema CEP/CONEP. Porém, para o acesso às demandas, bem como aos processos, foi emitido um aceite institucional do NSDP/NAJ-SAUDE. Embora não tenha passado por um comitê de ética em pesquisa, todos os aspectos éticos presentes na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, foram observados.

Os critérios de inclusão para o presente estudo são: o paciente ter acessado o NSDP, em busca da realização de cirurgias eletivas pelo SUS; ter o processo protocolado no site do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT); citar a Lei Nº 5.419/14.

Os processos foram acessados no período de março a abril de 2015. Em março e abril, foi realizado o esquadramento dos processos. No mês de maio, foi analisado o andamento dos processos. Em outubro, foi feita uma análise dos possíveis resultados.

Através do endereço eletrônico do TJDFT <http://www.tjdft.jus.br/consultas>, é possível realizar a identificação dos processos por seus números de registro, permitindo que as informações a eles referentes sejam consultadas.

Para realizar a análise dos resultados, foi criada uma planilha através do software Excel (Microsoft), para melhor visualização e organização dos dados, contendo: número de registro do processo no site do TJDFT; cirurgia eletiva que estava sendo solicitada; posicionamento do Judiciário; argumento da Procuradoria Geral do DF (PGDF), bem como do Ministério Público (MP); pedido de antecipação de tutela; hospital público do qual surgiu o encaminhamento médico; fundamentos jurídicos da defesa; acórdão e jurisprudência utilizada; sexo, idade, estado civil e profissão do requerente. Tais dados serão apresentados através de gráficos e de forma descritiva.

4. HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

O movimento da Reforma Sanitária se deu na década de 1970, em uma luta contra a ditadura. Este movimento tinha como objetivo trazer mudanças na área da saúde, como uma forma de obter melhorias nas condições de vida dos cidadãos. Grupos de profissionais que se preocupavam com a saúde pública discutiram diversas políticas. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi o marco deste processo. Com as propostas da Reforma Sanitária, a universalidade do direito à saúde passou a ser prevista na Constituição Federal de 1988. Logo após, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASILa, 2014).

Para que fosse de fato efetivo o direito à saúde, era necessário institucionalizar o SUS. A Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 regulamenta o Sistema Único de Saúde, dispondo em seus artigos sobre a organização e o funcionamento dos serviços condizentes a ele. Neste mesmo ano, foi sancionada a Lei Complementar nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a concessão intergovernamental de recursos financeiros na área da saúde. Desta forma, se constituiu o SUS (BRASIL, 2011).

Após duas décadas de criação, via-se a necessidade de regulamentar os dispositivos da Lei Orgânica da Saúde. Surge, então, a regulamentação pelo Poder Executivo através do Decreto nº 7508/11. Neste momento, a população passa a conhecer mais sobre a organização constitucional do SUS e seu direito à saúde. Este decreto tem como papel dar maior transparência à gestão do SUS, através do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), que define as atribuições e responsabilidades de cada ente da federação quanto à provisão de serviços e ações em saúde, além de critérios de avaliação e monitoramento da saúde (BRASIL, 2011).

Tal contrato tem por objetivo explicar aos órgãos e à sociedade, bem como ao Judiciário e ao Ministério Público as responsabilidades de cada ente federado quanto às redes de atenção, visando dar maior segurança jurídica nas ações interfederativas, além de trazer um maior controle social (BRASIL, 2011). Assim, o SUS se torna crucial para a concretização da saúde como direito fundamental.

O SUS é uma das principais conquistas sociais já declaradas pela CF/88. Tais princípios trazem a democracia nos serviços e ações de saúde, deixando de ser apenas para a

classe trabalhadora e passando a ser universal, ou seja, para todos, de forma descentralizada e hierarquizada (BRASIL, 2000).

A partir do SUS, a concepção de saúde foi mudada. O foco era somente na doença e na busca pela cura. Porém, este princípio foi mudado com a sua constituição. O significado de saúde foi modificado, passando a ser considerado como qualidade de vida dos cidadãos e acesso a bens essenciais, como alimentação, trabalho, escolaridade, renda, moradia, saneamento básico, entre outros (BRASIL, 2000).

Inicialmente, o setor saúde era gerenciado por dois ministérios, o Ministério da Saúde e o Ministério da Assistência Social. O Ministério da Saúde era responsável pelo setor curativo e serviço médico, e o Ministério da Assistência Social era responsável pela previdência social. Ambos atuavam em conjunto. O acesso à saúde não era um direito universal, e sim para aqueles que contribuíam com a previdência social. Somente trabalhadores com carteira registrada podiam utilizar os serviços de saúde. Mais tarde, ocorreu a unificação de ambos os ministérios, passando toda a responsabilidade para o Ministério da Saúde, sendo que nos municípios e estados o gerenciamento da saúde ficou a cargo das secretarias de saúde estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2000).

A partir do artigo 196 da CF/88, ficou previsto o princípio da universalidade, que traz a inclusão de todos ao SUS. Desta forma, qualquer cidadão brasileiro pode ter acesso aos serviços de saúde, não sendo mais exclusivo para aqueles que contribuísem com a previdência. Algumas outras mudanças também ocorreram com a unificação dos ministérios: a gestão passou de centralizada para descentralizada, e ampliou-se dessa forma a participação da comunidade na implantação e formulação de serviços de saúde (BRASIL, 2000).

Com tais mudanças, surgem os conselhos de saúde nos três níveis de governo, fazendo ser obrigatória a participação da comunidade, na fiscalização e formulação de políticas públicas. O SUS possui como princípios: a universalidade, a equidade e a integralidade nas ações e serviços de saúde. Ademais, tem seus princípios operacionais, descentralização, hierarquização, regionalização e participação social. Desta forma, o SUS possui prioridade na promoção e prevenção da saúde (BRASIL, 2000).

A universalidade é o princípio segundo o qual a saúde é um direito de todos e dever do Estado. A saúde destina-se a todos aqueles que necessitam de ações e serviços de saúde, com ênfase na promoção e prevenção de agravos. O princípio da integralidade refere-se às necessidades de saúde de um grupo ou de um indivíduo. Este princípio visa articular os diferentes níveis de complexidade dentro do SUS, baixa, média e alta complexidade,

buscando a necessidade específica de cada indivíduo. A equidade, enquanto um princípio norteador do SUS, busca reduzir as diferenças sociais, tratando desigualmente os desiguais (BRASIL, 2000).

Os princípios operacionais da regionalização e da hierarquização são atribuições dadas aos gestores de saúde. De acordo com esses princípios, há uma delimitação e uma divisão geográfica de áreas, a fim de que a população ali presente receba todas as modalidades de assistência à saúde. Os serviços de forma regionalizada e hierarquizada favorecem o conhecimento dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2000).

Por meio da CF/88 e da Lei 8.080/90, fica prevista, ainda, a participação comunitária (participação social) como princípio organizativo do SUS, o qual insere a população brasileira como formuladora de políticas públicas e defensora do direito à saúde. A participação comunitária foi regulada através da Lei Nº 8.142/90, a partir da criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, com intuito de incluir os atores sociais na definição e execução de políticas públicas (BRASIL, 2014).

Finalmente, a descentralização da gestão e das políticas públicas é feita mediante a junção das três esferas de governo, União, Estados e Municípios. Este princípio prevê responsabilidade e poder para os três entes federativos, com intuito de prestar serviços com maior eficiência, qualidade e também fiscalização e controle por parte da comunidade. Desta forma, cada esfera de governo tem autonomia e soberania para a tomada de decisões. Por meio do Decreto 7.508/11, fica estabelecido um novo arranjo para a descentralização. As ações e os serviços do SUS passam a serem organizados mediante a constituição de regiões de saúde (BRASIL, 2014).

5. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

A Constituição Federal Brasileira de 1988, mais conhecida como constituição cidadã, é, de fato, um conquista da democracia. Traz consigo uma nova concepção de seguridade social, incluindo a previdência e a assistência como direitos sociais inerentes a todos. Tal reformulação foi instigada pelo movimento da reforma sanitária, que lutou para que o direito à saúde fosse dever do Estado (PAIM, 2013). Porém, a CF/88 não define o que de fato é o objeto do direito à saúde. O direito à saúde, como um direito de prestações, abarca uma série de prestações associadas à saúde humana, desde o atendimento médico até o fornecimento de óculos, por exemplo. Desta forma, o direito à saúde está intimamente ligado com as prestações básicas e vitais em saúde (SARLET, 2002).

Democracia significa a soberania popular, ou seja, o governo da maioria. Constitucionalismo é a limitação de poder e supremacia da lei (Estado de Direito). Entre ambos, eventualmente, podem surgir algumas tensões, pois às vezes a vontade da maioria pode ter que estancar diante de determinados conteúdos e matérias presentes na Constituição (BARROSO, 2007).

A Carta Magna trouxe ao cidadão brasileiro um novo sistema público de saúde, que elevou a saúde ao patamar de direito universal e integral, prevendo como princípio os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana. A CF/88 prevê em seus artigos 196 a 201 o direito à saúde, segundo o ordenamento jurídico, que preconiza que a União, Estados e Municípios e o Distrito Federal são responsáveis por disponibilizar a todos os cidadãos um Sistema Único de Saúde, para que todos tenham acesso aos serviços de saúde (MARQUES, 2009).

A CF/88 trouxe uma grande reforma ao Estado, que reconfigurou todas as esferas de governo. No âmbito da saúde, para o Poder Legislativo federal caberia regular e organizar o sistema. O Poder Executivo deveria unificar a política nacional de saúde com a integração institucional, trazendo mudanças na esfera federal do setor saúde (BAPTISTA *et al*, 2009). Já o Poder Judiciário é a instituição responsável pela resolução de conflitos, estando facultado a agir quando os direitos são lesados pela ação ou mediante omissão (ASENSI, 2010).

5.1. Direitos Fundamentais

A CF/88 traz em diversos artigos (Arts. 5º ao 17) os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, como os direitos individuais, a educação, a saúde, o ambiente, a cultura, entre outros. Desta forma, a CF/88 promove o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos principais princípios presentes na Carta Magna, elevando constitucionalmente tal princípio. Limita-se, assim, qualquer tipo de abuso de poder do Estado, defendendo a liberdade dos cidadãos (FALCÃO, 2013).

A Carta Magna, diferente de outros países, elegeu o direito à saúde como política permanente do Estado. Através da Lei Federal Nº 8.080/90, juntamente com a CF/88, a saúde foi instituída como direito fundamental do ser humano. Nesse sentido, o Estado deve prover todas as condições necessárias para que tal direito seja efetivado (ASSIS, 2014, p. 199; 201).

São premissas dos direitos fundamentais: a *igualdade*, direito segundo o qual todas as pessoas devem ser tratadas com a mesma dignidade; a *liberdade*, direito segundo o qual a pessoa pode eleger suas vontades, projetos existenciais; e o *mínimo existencial*, condições básicas a todos os cidadãos, saúde, educação e renda, além da participação política. Esses direitos devem ser garantidos pelas três instâncias de Poderes: Legislativo, Executivo e Judiciário (Grifo nosso) (BARROSO, 2007).

Segundo Pedrosa apud Carvalho (2014), os direitos fundamentais são os direitos indispensáveis à sobrevivência tanto do indivíduo quanto da coletividade. A saúde é um “direito fundamental social individual, presente na Constituição da República” (FREITAS, 2014, p.63).

No artigo 1º, inciso III, da CF/88 fica expressamente prevista a dignidade da pessoa humana:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político (BRASIL, 1988).

Por sua vez, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948, aprovada na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em seu artigo 1º, afirma o fundamento da dignidade da pessoa humana:

Art. 1. Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade (ONU, 1948).

Segundo Sarlet (2015), segundo o princípio da universalidade, todos os seres humanos são titulares de deveres e direitos fundamentais, pelo simples fato de serem pessoas.

Alexandre de Moraes apud Carvalho (2014) define os direitos humanos fundamentais como a garantia das necessidades básicas do ser humano, que possui o intuito de produzir respeito a sua dignidade, instituindo condições mínimas de vida e desenvolvimento da pessoa humana.

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Desta forma, o significado de saúde deixa de ter o foco somente na doença, estando focalizada nas necessidades básicas de cada indivíduo, na dignidade da pessoa humana.

Por meio do entendimento do STF, o direito à saúde conceitua-se como direito fundamental que abarca toda a população e que constitucionalmente se torna intrínseco ao direito à vida (ASSIS, 2014, p. 201).

Segundo Barroso (2007), a CF/88 abriga princípios que eventualmente podem se colidir, pois estes princípios possuem um direito fundamental, um fim. Alguns exemplos são os seguintes: direitos fundamentais e outros princípios constitucionais, como o direito à saúde *versus* a separação de Poderes; direitos fundamentais, como o direito à vida e à saúde de uma pessoa *versus* o direito à vida e à saúde de outra pessoa, no qual ambas necessitam com urgência de um transplante de determinado órgão em específico, quando só há um disponível; princípios constitucionais, como a livre iniciativa *versus* a proteção do consumidor, por exemplo, o tabelamento de determinado medicamento (Grifo nosso).

O constitucionalismo tem como premissa os direitos fundamentais. A democracia advém do governo da maioria e soberania popular. Porém, pode ocorrer que a maioria política vulnere os direitos fundamentais. Quando isto ocorre, cabe ao Judiciário intervir (BARROSO, 2007).

6. LEGISLAÇÃO INFRACONSTITUCIONAL

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi o estopim para o início de uma reformulação do sistema nacional de saúde. Nesta 8ª CNS, participaram mais de quatro mil pessoas, dentre elas delegados, grupo de profissionais, representantes da sociedade civil, partidos políticos. Os temas discutidos durante os três dias de Conferência foram: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial. A partir de então, concluiu-se que era necessário que o setor saúde transcendesse aos limites de uma reforma administrativa e financeira, na qual o conceito de saúde deveria ser ampliado, revendo a legislação no que tange o respeito da promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelecendo, assim, a Reforma Sanitária (BRASIL, 1986).

Quando discutido na 8ª CNS, o tema “Saúde como Direito”, em seu 3ª parágrafo, entende-se que:

“Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (BRASIL, 1986).

Partindo deste contexto, de articulação e integração das políticas sociais, foram estabelecidos fundamentos que instituíram no rol a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros, sendo obrigação do Estado seu fornecimento (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

A Carta Magna possui como concepção de saúde a garantia mediante “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário” (BRASIL, 1988). Desta forma, para que se firma materialidade à política de saúde foi instituído pela CF/88 o Sistema Único de Saúde (SUS) (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008). Sua definição foi dada pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), em seu Art. 4º: o “Conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990).

Dentro desta definição dada pela LOS, estão inclusos: ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças a todos os cidadãos; serviços

ambulatoriais, hospitalares; ações de distintas complexidades e custos, que variam desde vacinação a cirurgias e transplantes; condições sanitárias nos ambientes de trabalho e moradia, bem como controle de vetores; instituições voltadas para pesquisas, controle de qualidade, medicamentos, equipamentos de saúde, entre outros (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

A Lei 8.080/90 prevê, em seu Art. 7º, princípios e diretrizes do SUS, que são os seguintes:

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;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

O princípio do *acesso universal* define que todos sem distinção de raça, cor, gênero, independente da complexidade, possuem direitos iguais. A *integralidade da assistência* tem por entendimento um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde preventivos e curativos, individuais ou coletivos, em todos os níveis de complexidade em saúde. *Igualdade na assistência* reitera que não pode haver discriminação de qualquer tipo de espécie; independente de religião, renda, todos deverão ter acesso à saúde de forma igualitária. A *participação da comunidade* se dá por intermédio das entidades representativas da população, para que possam participar do processo de formulação de diretrizes, políticas em saúde, bem como fiscalizar os dispositivos legais do SUS. A *descentralização* em sentido único traz aos governos municipais e estaduais maior responsabilidade e maior autonomia na tomada de decisão. Possui como objetivo aumentar a capacidade de respostas dos governos em relação aos problemas de uma determinada comunidade. Porém, é necessário que se definam os serviços por níveis de atenção (hierarquização) e distribua-os de forma geográfica (regionalização). Desta forma, o paciente, quando for necessário utilizar um nível mais

complexo de atenção, pode retornar para a sua unidade de origem (referência e contra-referência) (Grifo nosso) (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

7. JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE

Com o constitucionalismo, foi construída uma base legal para que os direitos sociais pudessem ser reivindicados. O institucionalismo tornou possível que os direitos garantidos perante a lei pudessem se tornar direitos em exercício, cuja responsabilidade é dada à União, Estados e Municípios. Quando há ausência desta responsabilidade por parte da União, cabe ao Judiciário intervir para que seja garantido o direito à saúde da população e de toda coletividade (FLEURY E FARIA, 2014, pág. 102).

Nas democracias latino-americanas, os Poderes Executivo e Legislativo possuem o papel maior no cumprimento dos direitos, enquanto o Judiciário possui um papel secundário, agindo quando os outros poderes falham no cumprimento de seus deveres (FLEURY E FARIA, 2014, p. 103).

A interferência do Poder Judiciário no Executivo tem gerado diversos conflitos. O debate diz respeito à existência ou não de uma efetiva competência técnica e legitimidade do Judiciário para decidir a forma como está sendo cumprida a prestação estatal. Esta competência cabe, teoricamente, ao Poder Executivo. O âmbito da gestão administrativa do SUS, especificamente a incorporação de novas tecnologias na assistência à saúde, é tarefa do Executivo (VENTURA *et al*, 2010).

Segundo Penalva (2011), o entendimento de política pública para o funcionamento do Poder Público traz a judicialização como um recurso que pode dar a garantia à saúde para aqueles que realmente necessitam, ou apenas ser uma interferência indevida do Poder Judiciário no funcionamento das políticas em saúde. O usuário do SUS procura o Judiciário para que, por meio da judicialização da assistência à saúde, seja garantido seu acesso ao sistema.

Mediante leis nacionais e internacionais, o direito à saúde é reconhecido como direito fundamental. O acesso a ações e serviços de saúde ocorre por meio de políticas públicas de atenção à saúde. Como anteposto, tal garantia se encontra na CF/88, segundo a qual direito à saúde passa a ser dever do Estado. Juntamente com o direito à saúde, aparece a dignidade da pessoa humana, princípio segundo o qual o estado de bem-estar passa a ser responsabilidade do Estado (VENTURA *et al*, 2010).

O direito à saúde ainda é um desafio, pois garantir o acesso a ações e serviços de saúde a todos os brasileiros requer um grande volume de recursos e investimentos para o setor saúde, para que de fato possa ser concretizado (ASENSI, 2010). Porém, a “judicialização poderá salvar o SUS das ameaças atuais do retrocesso” (FLEURY E FARIA, 2014, p. 121) ?

Quando há judicialização da saúde, cabe ao juiz julgar os casos. Diversos fatores deverão ser considerados para tal, como as formas terapêuticas existentes que são oferecidas pelo Sistema Único de Saúde, a prescrição médica, bem como os prejuízos para o bem-estar individual e social (VENTURA *et al*, 2010).

De fato, o magistrado não possui competência técnica para indagar um receituário médico, quando analisa um processo que o contenha. Porém, o Sistema de Saúde juntamente com o Judiciário podem se unirem para buscar juntos alternativas que mantenham o SUS operante, respeitando suas diretrizes e princípios (FLEURY E FARIA, 2014, p. 116 e 117).

São diversos os fatores que levam ao crescimento da judicialização:

“A Existência de definições e benefícios contratuais; a consciência dos cidadãos a respeito de seus direitos e a atuação das organizações de consumidores; o papel da indústria farmacêutica; e, também, a criação de canais dialógicos para a busca de consensos entre os atores envolvidos” (FLEURY E FARIA, 2014, p. 104 e 105).

É fato que a judicialização possui um grande aumento quando há ausência de políticas sociais e econômicas que garantam o acesso a serviços com qualidade, e que vise à redução de riscos. Um serviço que contém uma grande demanda se torna inapto a dar uma resposta de forma efetiva (FLEURY E FARIA, 2014, p. 106).

Para Santos (2014), não é razoável exigir de um município pequeno a incumbência de um transplante, pois não é possível obrigar o SUS através da judicialização regras que a ele não pertence. Desta forma, as decisões judiciais trazem como consequência a desorganização de todo o sistema de saúde, que possui divisão de responsabilidades devido a sua estrutura de serviços. Além do mais, traz desigualdades federativas.

O impacto para o efeito das decisões judiciais traz o comprometimento de boa parte ou toda parte do orçamento dos municípios na área da saúde, uma vez que orçamento municipal é pequeno, e que na maioria das vezes seu orçamento em torno da saúde fica retido nas

demandas acerca dos direitos à saúde, principalmente na concessão de medicamentos e tratamentos diferenciados (OLIVEIRA, 2014, p.189).

O governo cria as políticas públicas voltadas para as necessidades de implementação de programas, planos, e projetos. Não caberia ao Judiciário intervir, uma vez que não lhe é conferido tal poder, para que concorde ou discorde daquilo que o governo traça. É por meio das políticas públicas que o governo faz a escolha de suas prioridades em saúde. Porém, não é possível disponibilizar tudo para todos. Quando o Judiciário julga casos individuais, sobrecarrega o serviço público e afeta as políticas públicas (SANTOS, 2014, p. 151-153). E demonstra uma incapacidade governamental, uma vez que não consegue prover os serviços necessários para que os direitos dos cidadãos sejam efetivados (FLEURY E FARIA, 2014, p. 102).

O controle de políticas públicas, que pode resultar na tutela de direitos, tendo como base determinada política pública existente, obriga o Estado a cumprir a prestação de serviço ou bem que deixou de ser atendida ao indivíduo ou à coletividade (SARLET, 2015).

Segundo Santos (2014), “não há como um gestor público gerir um sistema de saúde que tem duas portas: a das liminares judiciais, e a do cidadão que peleja na fila para ter sua necessidade de saúde atendida”.

O que tem sido questionado é se o direito à saúde oferecido pelo Estado tem sido eficaz. “O juiz terá de necessariamente analisar se há um direito amplo e irrestrito à saúde, ou se há um direito dentro daquilo que foi decidido pelos demais poderes”. Cabe analisar também a concepção de integralidade, se de fato é dar tudo a todos ou dar uma resposta que corresponda suficientemente ao problema (OLIVEIRA, 2014, p. 191).

Para Sarlet (2002),

“Não haveria como desconsiderar a grave ameaça que paira sobre todos aqueles que necessitam bater às portas do Judiciário para a obtenção, via processo judicial, do reconhecimento e proteção de seu direito à saúde. Com efeito, tendo em conta o caráter normalmente emergencial da prestação reclamada, impõe-se, em regra, a concessão de uma medida liminar, que, evitando o comprometimento grave e até mesmo irreversível da saúde do demandante, concede-lhe antecipadamente o direito reclamado em Juízo, no todo ou em parte [...]. Mesmo assim, constata-se que Juízes e Tribunais - a despeito do entendimento do Supremo Tribunal Federal quanto a este ponto - continuam, ao menos em sua maior parte, deferindo liminares, cientes de que negar a antecipação da tutela e relegar ao final do processo a concessão do direito reclamado, em muitos casos equivaleria, na linha do que já restou dito, condenar a pessoa à morte ou ao comprometimento grave e, por vezes, definitivo de sua saúde” (p.14 e 15).

7.1 Necessidades X Preferências

Quais seriam de fato as necessidades e as preferências em saúde? As demandas por cirurgias estéticas demonstram o limite tênue entre as necessidades e as preferências em saúde. Por exemplo, a cirurgia de mastectomia e posterior reconstituição mamária realizadas pelo SUS, de uma paciente cujo diagnóstico foi câncer de mama, que podem ser interpretadas como uma preferência estética para outra mulher insatisfeita com seu corpo (DINIZ; MEDEIROS; SCHWARTZ, 2011).

O SUS assegura a cirurgia de remoção completa da mama (mastectomia) em pacientes com neoplasia maligna da mama e posterior reconstituição mamária, para que danos psicológicos decorrentes da alteração física da paciente sejam reduzidos. Entretanto o período estimado para que a cirurgia e a reconstituição mamária ocorram permitiria que somente a mastectomia fosse realizada três vezes. A demasiada espera na fila para a realização da cirurgia decorre de diversos fatores, sendo um deles a falta de ampliação da infraestrutura em determinadas unidades de saúde, levando aos médicos a uma “escolha de Sofia” entre optar por realizar a mastectomia e a reconstituição mamária em uma mulher ou a mastectomia em três mulheres (QUINAGLIA e BRANDI, 2012).

7.2 Efeitos Positivos e Negativos

O SUS possui sinais graves que podem indicar seu fim, devido ao excesso de demandas judiciais que carecem de critérios para serem julgadas. É a Administração que está sendo condenada pelos custos nada razoáveis de tratamentos, além da utilização de medicamentos que são ainda experimentais, possuindo assim eficácia duvidosa (BARROSO, 2007).

Para Fleury e Faria (2014), as decisões tomadas pelo Judiciário trouxeram uma desordem nas políticas de saúde pública, modificando as prioridades e o sistema de planejamento, em consequência das demandas judiciais, gerando um aumento da iniquidade no sistema de saúde.

Estes excessos não representam apenas um problema em si. Põem em risco o prosseguimento das políticas públicas de saúde, impedem que a alocação de recursos pelo setor de atividades administrativas seja feita de forma racional. A judicialização das decisões

políticas em excesso pode levar à não realização prática da Constituição Federal (BARROSO, 2007).

Segundo Fleury e Faria (2014), um dos efeitos adversos da judicialização está na interpretação por parte do Judiciário com relação a um dos princípios do SUS, a universalidade, que para os magistrados, é interpretado como o “acesso a tudo para todos”.

Santos (2014) cita alguns fatos negativos em relação à judicialização da saúde:

“Escassas doutrinas jurídicas e sanitárias, excesso de ações judiciais com liminares, sequestro de dinheiro de fundo da saúde, multas pessoais para os secretários da saúde, serviços públicos de saúde insuficientes, subfinanciamento, lobbies corporativos e empresariais, organização administrativo-sanitária deficiente e desencontro de realidades [...] têm gerado insegurança jurídica, temor aos gestores públicos e desorganização sanitária” (SANTOS, 2014, p. 127).

Desta forma, as demandas judiciais têm acarretado inúmeros esforços e de defesas acerca das entidades federativas que de fato mobilizam uma grande quantidade de agentes públicos, procuradores, bem como servidores administrativos, e isso acarreta grandes gastos ao Judiciário é a Administração Pública (BARROSO, 2007).

Grande parte dos argumentos negativos concernentes à legislação decorrem do fato de que “o direito, por sua dimensão econômica, implica alocação de recursos materiais e humanos, encontrando-se, na dependência da efetiva disponibilidade destes recursos, estando, portanto, submetidos a uma reserva do possível” (SARLET, 2002, p.12).

Para Oliveira (2014), a judicialização da saúde possui deveras seu lado negativo, gerando impacto nas contas públicas, desorganizando a estrutura do SUS, realizando escolhas de políticas públicas pelo Judiciário, recursos limitados em favor de alguns beneficiários. Contudo, possui também aspectos positivos. A judicialização da saúde faz com que os poderes, Legislativo e Executivo, melhorem a estrutura do SUS, uma vez que dá mais ênfase ao direito à saúde.

A judicialização trouxe diversas mudanças positivas, uma das quais foi a criação do programa nacional de medicamentos para HIV/AIDS. Além disso, levou a edição da Lei Nº

12.401/11, que tornou mais veloz o processo de incorporação de novas tecnologias no SUS, originando a CONITEC. E com a Lei Nº 12.732/12 foi firmado o prazo de sessenta dias para o início do tratamento contra neoplasias malignas. Houve também a revisão da lista de medicamentos presentes na RENAME, que trouxe uma atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (OLIVEIRA, 2014, p.190 e 191).

Por meio do fenômeno da judicialização, os agentes públicos do setor saúde têm buscado respostas para uma efetiva atenção à saúde. Procuram conhecer quais são as falhas presentes e disfunções no setor saúde, a fim de esquivar-se de novas ações judiciais, preservando, assim, os princípios do SUS (CHEFFI E SIQUEIRA, 2014, p.299).

Assim, por um lado, a via judicial tem ocasionado o exercício dos princípios da integralidade, universalidade e equidade da assistência. Por outro lado, quando remete ao gestor sobre as responsabilidades administrativas, passa a contradizer os princípios da equidade e acesso à assistência à saúde de qualidade (ANDRADE *et al*, 2008).

7.3 Teoria da Reserva do Possível

A teoria da reserva do possível surgiu de uma doutrina jurídica alemã que prevê um limite orçamentário insuperável, diante de uma escassez de recursos (MAZZA, 2014, PÁG. 378).

É possível identificar que, de um lado, há uma colisão de valores ou interesses entre o direito à vida e à saúde e a separação de Poderes e, de outro a reserva do possível e o mínimo existencial, sobre o qual se discorrerá a seguir. De fato, não há uma solução jurídica e nem moralmente simples para tais questionamentos (BARROSO, 2007).

Para Mazza (2014), a reserva do possível, sob a ótica da escassez de recursos, deve ser compreendida como necessidades intermináveis e recursos escassos, fazendo-se necessário um olhar mais atento para as políticas públicas e as decisões judiciais. As decisões judiciais não podem impossibilitar a realização das políticas públicas, trazendo risco ao planejamento do orçamento público. Desta forma, cabe ao Judiciário trazer um equilíbrio e proporção a questões que envolvam o direito à saúde.

De acordo com Mazza (2014), a limitação de recursos no Brasil é:

“Algo que deve ser considerado, sendo exagerado defender a ideia que o Estado possa conceder para qualquer pessoa toda e qualquer

prestação na área da saúde, situação que não existe nem mesmo em países de melhor condição econômica” (Pág. 378).

Nenhum direito, mesmo que previsto constitucionalmente, pode ser implementado na prática uma vez que não há condições necessárias para sua efetivação. Desta forma, a reserva do possível busca eximir o Estado do cumprimento de direitos constitucionais e princípios, como o da dignidade da pessoa humana (VILLAS-BÔAS, 2014).

A Reserva do Possível consiste em um limite jurídico e fático de alguns direitos fundamentais, podendo atuar em determinadas circunstâncias como garantia de outros direitos fundamentais, “na hipótese de conflitos de direitos, quando se cuidar da invocação – observados sempre os critérios da proporcionalidade e da garantia do mínimo existencial em relação a todos os direitos – da indisponibilidade de recursos com intuito de salvaguardar o núcleo essencial de outro direito fundamental” (SARLET, 2015, p. 296).

Porém, o montante para o cumprimento de um direito fundamental não pode ser uma barreira insuperável para sua efetivação. Deve-se haver um equilíbrio, adequação e proporcionalidade ao direito requerido (MAZZA, 2014, p. 380).

Segundo Duarte (2011), o mínimo existencial deve ser sempre assegurado, mesmo quando há limites financeiros, como citado na teoria da reserva do possível (DUARTE, 2011).

7.4 Escassez de Recursos e Razoabilidade para justa repartição de Recursos

Segundo Duarte (2011), quando uma decisão judicial é tomada de forma isolada, na qual um direito social é reivindicado, isso pode acarretar sérias complicações na área econômica, bem como problemas de igualdade na repartição de benefícios e custos dos direitos fundamentais sociais, pois apenas um indivíduo seria contemplado com o benefício do Judiciário, uma vez que o paciente que busca recorrer de seus direitos sociais judicialmente não contempla os demais, trazendo, assim, a exclusão dos outros pacientes. Desta forma, perde-se a clareza em relação aos recursos econômicos financiados pela coletividade, beneficiando somente um indivíduo.

A realização dos direitos fundamentais sociais é de fato exigível, mesmo que não exclusiva do Estado, no tocante ao mínimo necessário para uma vida digna, por mais que se possa afetar os recursos públicos (DUARTE, 2011).

De fato, todos os direitos possuem um custo, porém quando se pensa na destinação de escassos recursos públicos disponíveis, opta-se por último pela alocação destes recursos para a efetivação dos direitos fundamentais sociais (DUARTE, 2011).

Nota-se que, quando os órgãos políticos deliberam sobre a execução do orçamento público, fica evidente a preferência da destinação do recurso público, que tem privilegiado os direitos e liberdades ao invés dos direitos sociais. Porém, tais direitos não possuem valor maior que os outros. Não foi criado um critério econômico para tal parâmetro. Assim, é necessário que haja uma fundamentação na escolha da destinação dos recursos públicos, uma vez que os recursos são escassos, para que não privilegie apenas uma categoria de direitos (DUARTE, 2011).

Para Duarte (2011), deve haver uma “ponderação dos direitos fundamentais, no qual o critério maior seja a dignidade da pessoa humana” (p.189).

Para Diniz, Medeiros e Schwart (2011):

“A tese ‘os recursos são escassos, e as demandas, infinitas’ parte de um pressuposto ainda não devidamente submetido à análise política sobre o justo em saúde. Afirmar o caráter finito dos recursos não é o mesmo que reconhecer o nível de escassez. A escassez é o resultado de uma negociação política sobre prioridades para a proteção das necessidades em saúde dos indivíduos. Há um caráter exponencial de demandas (muito embora nem todas se caracterizem como proteções às necessidades em saúde), no entanto, priorizar o argumento da escassez de recursos no setor saúde significa ignorar que a política orçamentária é o ponto de partida. Esta exigência está em nosso marco constitucional, que reconhece que a efetivação do direito à saúde será feita por meio de políticas econômicas e sociais. O debate sobre o justo em saúde se viu deslocado sobre um enfrentamento aberto e transparente sobre as necessidades em saúde e sua proteção pela política para a tese supostamente auto evidente ‘dos recursos escassos’ (Pág. 5).

Os países periféricos utilizam do argumento da reserva do possível para a não efetivação dos direitos fundamentais, tendo um apego exagerado a tal teoria. Entretanto, todos

os direitos possuem custo, mas os direitos e liberdades são priorizados pela administração pública. Porém faz-se necessário que haja desejo por parte do Estado em realizar e efetivar os direitos fundamentais sociais (DUARTE, 2011).

De acordo com Duarte (2011), na maioria dos casos o problema não se instala na insuficiência de recursos e sim na má distribuição deles, sendo esse o maior problema na efetivação dos direitos fundamentais sociais. De fato, não há uma solução fácil para tal problemática.

A judicialização da saúde vem demonstrando uma falta de gerência dos recursos escassos da economia. Cada vez mais mediante sentenças judiciais, os governantes têm sido obrigados a fornecer recursos para compra de medicamentos e atendimento médico. A judicialização da saúde movimentou um elevado montante de recursos, trazendo uma desordem orçamentária. Para resolver tal questão, é necessário o estabelecimento de princípios e regras para prestação de serviços públicos. (QUINAGLIA e BRANDI, 2012).

Segundo Duarte (2011), não cabe aos juízes conduzir a questão dos direitos sociais mínimos. Entretanto, o grande problema dos direitos e prestações sociais não serem efetivados é o fato de que, no ambiente brasileiro, há uma omissão do Executivo bem como uma inércia do Legislativo.

A Administração recorre repetidamente ao pretexto da insuficiência de recursos públicos ou a reserva do possível, para fundamentar a não execução de políticas públicas, em prol da realização dos direitos fundamentais (DUARTE, 2011).

Com a evolução da tecnologia, surgem a todo instante novos fármacos, exames, procedimentos médicos, e como consequência há uma maior longevidade da população, contribuindo também para o aumento de custos (QUINAGLIA e BRANDI, 2012). Assim, é necessário rever a justa repartição de recursos.

Para Barbosa (2008), os recursos e o orçamento público são limitados, e sua alocação é um problema de má distribuição, uma vez que abarca a distribuição de recursos comuns, ou seja, é o mesmo fornecedor para todos (o Estado). Desta forma, ocorre um conflito de interesses. Por um lado, se encontra o Estado, que não quer conceder determinado bem de saúde, por exemplo, um medicamento; de outro, o interesse do cidadão pela concessão do medicamento. Por isso, é necessário recorrer à via judicial como meio de garantir e efetuar as prestações sociais. Uma vez que tal direito social foi admitido pelo Legislativo, não há motivos para negar seu cumprimento por meio do Judiciário (DUARTE, 2011).

7.5 Mínimo Existencial

A Lei Nº 8.742/93 dispõe sobre os direitos da assistência social e mínimo existencial. “A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas”.

A CF/88 confere a titularidade de direitos sociais a qualquer pessoa independente de nacionalidade. Em seu art. 203, fica prevista a assistência a toda pessoa que dela necessitar, e também no art. 6º ficam expressos os direitos fundamentais básicos, ou seja, o mínimo existencial (SARLET, 2015). São “direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988).

Sarlet (2002) afirma que

“Apenas mediante uma convergência de vontades e esforços (do Poder Público e da sociedade), bem como especialmente com a superação do tradicional jogo do ‘empurra-empurra’ que se estabeleceu no nosso País (entre Estado e iniciativa privada, entre União e Estados, entre estes e os Municípios, entre Executivo e Legislativo, entre estes e o Judiciário, etc.) é que se poderá chegar a uma solução satisfatória e que venha a resgatar a dignidade da pessoa humana para todos os brasileiros, notadamente no que diz com a efetiva possibilidade de usufruir das condições mínimas para uma existência digna” (p.16).

A titularidade do direito individual dos direitos sociais está intrinsecamente ligada ao mínimo existencial, fundado pelo direito à vida e a dignidade da pessoa humana (SARLET, 2015).

7.6 Doenças Genéticas Raras

A demanda por medicamentos possui um grande volume nas instâncias judiciais, sendo um dos principais bens demandados em saúde em diversas regiões do Brasil. Mas o que de fato causa esta enorme demanda? Pegando como exemplo a demanda por medicamentos, é possível notar que a criação da política de assistência farmacêutica possui falhas, brechas, quanto a sua operacionalização, atualização das listas, ausência de instâncias às quais se possa

recorrer, bem como à difícil tarefa de articulação com as demais esferas de fiscalização e registro. Tais falhas podem resultar na judicialização da saúde, que se torna uma ferramenta de garantia dos direitos à saúde (DINIZ; MEDEIROS; SCHWARTZ, 2012).

O indivíduo, quando procura o Judiciário para realizar um pedido de medicamento, o busca por diversos motivos. Um deles é a não incorporação deste fármaco na lista de medicamentos padronizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Outro motivo é o fato de o medicamento possuir alto custo, e este é um fator que leva à judicialização, uma vez que o paciente não possui recursos para adquiri-lo. Muitas vezes este medicamento não se encontra disponível na lista, pelo fato de ser um novo medicamento, uma nova tecnologia e estar em fase de testes (DINIZ; MEDEIROS; SCHWARTZ, 2012).

O que dizer, então, sobre as políticas para doenças raras? Partindo do exemplo da doença rara Mucopolissacaridose (MPS), que é uma das patologias para as quais não há políticas específicas, tratamento e medicamento no SUS, alguns dos principais pontos levantados por aqueles contra a padronização são: não existe um aumento considerável de sobrevida para o paciente que faz uso do medicamento; não há uma evidência de que o indivíduo tenha uma melhor qualidade de vida; e, apesar de não ter um estudo de custo-efetividade, estima-se que o valor do fármaco seja elevado para a magnitude de seu efeito (DINIZ; MEDEIROS; SCHWARTZ, 2012).

De acordo com Chieffi e Barata (2009), o fornecimento de fármacos por via judicial não leva em consideração se aquele medicamento é o melhor em relação ao custo/benefício, e nem mesmo se de fato é aquele medicamento de que o paciente necessita, e se ele não pode ser substituído por outro que esteja disponível nos programas de assistência farmacêutica do SUS. A ordem do juiz deve apenas ser cumprida.

Pesquisas mostram que há monopólio de algumas empresas de medicamentos na distribuição de fármacos, como é o caso da MPS. A judicialização torna a compra de determinado medicamento imediata, sem licitação, isso faz com que não haja um planejamento quanto a quantidades, prejudicando, assim, a administração pública, implicando em altos valores, uma vez que a judicialização implica em ações individualizadas. Uma das consequências que isso traz é a elevação dos custos acima do mínimo possível (DINIZ; MEDEIROS; SCHWARTZ, 2012).

Para Diniz, Medeiros e Schwart (2012), a judicialização mesmo quando justa traz impactos financeiros para a organização da política de medicamentos. Porém, ela pode ser um instrumento para se ter acesso às necessidades em saúde que não estão sendo supridas, como é

o caso das doenças genéticas raras que não possuem uma política específica, e que dependem deste meio para obter acesso ao tratamento existente. De fato, a incorporação de novas tecnologias pelo SUS não deve ser feita pelo Judiciário, mas sim pelos responsáveis técnicos da política. Porém, cabe ao juiz, quando não há uma definição ou omissão da política, uma vez que não esteja claro o porquê da não incorporação medicamentosa, proteger o cidadão que não está incluído na política de tratamento para doenças raras.

Os juízes não possuem, de fato, aptidão para analisar se o medicamento judicializado possui ou não eficiência, bem como a qualidade técnica do fármaco, considerando, para isso, o atestado emitido pelo médico, e o que está escrito na petição inicial do processo. Em muitos casos, o juiz não solicita a perícia médica ou científica para apresentar as evidências comprovadas cientificamente. Desta forma, os juízes interpretam a necessidade do paciente em obter aquele fármaco, dando uma sentença favorável ao paciente por tempo indeterminado (DINIZ; MEDEIROS; SCHWARTZ, 2011).

Na ausência de determinadas tecnologias, omissão e falha nas políticas, a judicialização é, sim, uma forma de defender a minoria, gerando um recurso de promoção da equidade em saúde (DINIZ; MEDEIROS; SCHWARTZ, 2011).

Segundo Diniz, Medeiros e Schwartz (2011), a judicialização não possui uma única resposta, em torno de quais demandas judiciais de necessidades individuais são coerentes para a proteção do indivíduo.

8. SOLUÇÕES

8.1 Recomendação Nº 31 – Conselho Nacional de Justiça (CNJ)

O Ministro Gilmar Mendes, do Supremo Tribunal Federal, publicou, no dia 30 de março de 2010, a recomendação Nº 31 do CNJ, que tem por objetivo a adoção de medidas pelo Judiciário em busca de obter maior eficácia nas resoluções da judicialização da saúde, devido à grande demanda de assistência à saúde que percorre o Poder Judiciário, que gera um grande montante de recursos para tais requerimentos. Essa recomendação tem como foco a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 2010).

Com o crescimento da judicialização em saúde, percebeu-se certa carência de informações técnicas fornecidas ao Judiciário, pertinentes ao direito à saúde. Tendo em vista dar auxílio ao Poder Judiciário, a recomendação Nº 31 do CNJ preconiza aos tribunais a adesão de medidas para melhor assistir aos magistrados e demais operadores do Direito, aspirando a assegurar maior eficiência na solução das demandas de assistência à saúde (OLIVEIRA, 2014, p.186).

A recomendação Nº 31 traz algumas instruções aos magistrados e Tribunais a fim de auxiliá-los nas decisões judiciais: a) sempre que possível, instituir as ações com os respectivos CIDs, descrição da doença, prescrição de medicamentos, com princípio ativo, produtos de órteses e próteses; b) evitar autorizar o fornecimento de medicamentos que não contenham o registro na ANVISA; c) ouvir, sempre que possível, os gestores por meio eletrônico, antes da análise das medidas de urgência; d) verificar, juntamente à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental; e) determinar a concessão de medida abrangida mediante política pública existente, e a inscrição dos beneficiários nos respectivos programas (BRASIL, 2010).

8.2 Dignidade da Pessoa Humana

A vida, a saúde e a dignidade da pessoa humana estão interligadas, uma vez que, para se ter uma vida digna, entende-se que é necessário ter saúde, e para aqueles que não a possuem, um tratamento apropriado minimiza o sofrimento (FREITAS, 2014, p.63). Assim, o

princípio da dignidade da pessoa humana deve pautar todas e quaisquer decisões concernentes ao acesso à saúde.

8.3 Soluções Extrajudiciais

Segundo a orientação do CNJ, nas recomendações N° 31/2010 e N° 36/2011, foram criados os Núcleos de Apoio Técnicos (NATs), para auxiliar os operadores do Direito com informações necessárias para análise dos processos. Esses núcleos devem possuir profissionais capacitados para apresentar informações técnicas que possam faltar ao magistrado, composto por médicos e farmacêuticos (OLIVEIRA, 2014, p. 195).

Outra forma de solucionar a demanda por bens e serviços de saúde é por meio da mediação sanitária, que tem por objetivo debater sobre diversos problemas coletivos de saúde, interagindo com as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) de forma democrática, contendo os conflitos, unindo saberes técnicos, jurídicos e sociais, levando à busca por soluções extrajudiciais. As Coordenadorias Regionais das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde são exemplos de uma resposta social adequada. Por meio do Ministério Público, como mediador, essas coordenadorias unem diversos atores sociais, buscando por uma solução (ASSIS, 2014, p. 207-209).

Desta forma,

“A mediação é considerada a melhor alternativa de convivência entre pessoas que vivem em uma cidade, um elemento relevante que modifica a atitude das pessoas em conflito e eleva seu grau de participação na solução do mesmo, desenvolvendo simultaneamente um comportamento fortalecedor da democracia. Com isso estamos diante de um modelo de prevenção, marcado dentro de uma cultura de pacificação social” (BRASIL, 2008, p. 123).

No estado de São Paulo, com a crescente demanda de ações, a Secretaria da Saúde de São Paulo (SES/SP) criou estratégias para organizar e cumprir tais demandas. Para tanto foi preciso catalogar todos os processos e informatizá-los para um sistema chamado “Controle Jurídico (SCJ)”, com o objetivo de auxiliar a Procuradoria Geral do Estado com o fornecimento de informações. Com o grande volume de demandas, foi criada uma equipe para catalogar e agilizar o fluxo para dar uma melhor resposta ao cumprimento das ordens judiciais. A equipe é formada por multiprofissionais: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, analistas de sistemas, desenvolvedores de sistemas, profissionais com formação

em Direito, entre outros. A equipe foi denominada de “Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS (CODES)”, e um novo sistema foi implantado, o “S-CODES” (CHIEFFI E SIQUEIRA, 2014, p.269-274).

Em Brasília foi instituída a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS), por meio da portaria conjunta entre Defensoria Pública do Distrito Federal e Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), em fevereiro de 2013, que é coordenada pela SES/DF, com intuito de diminuir o número de demandas por serviços e produtos em saúde evitando a judicialização da saúde. A DPDF/NAJ-SAÚDE é a parte que media o conflito entre a SES/DF e o paciente. O encontro para mediação é realizado nos hospitais da rede de saúde com a presença do paciente, integrantes da SES/DF e da DPDF/NAJ-SAÚDE. Esta experiência demonstrou que a alternativa para a resolução de conflitos foi eficaz, trazendo 85% de acordo, ou seja, de resolução extrajudicial. Assim a mediação tem por objetivo “inserir o indivíduo nas Políticas Públicas oferecidas pela Secretaria de Saúde, permitir que o conflito seja resolvido no âmbito da Administração Pública, com a ativa participação dos responsáveis por executar as referidas Políticas Públicas” (PAIM, MARQUETO, LOPES, 2015, p.7).

8.3.1 Ouvidorias do SUS – Uma experiência no Município de Araguaína-TO

As ouvidorias do SUS fazem parte da gestão estratégica e participativa, que tem o intuito de estabelecer um espaço democrático entre o cidadão e a gestão pública de saúde. Desta forma, é possível fortalecer o controle social, bem como efetivar a participação da população na luta pelos seus direitos constitucionais, consolidando, assim, a democracia. O papel das ouvidorias do SUS é, portanto, de trazer o fortalecimento da cidadania, estimulando a população a exercitar os seus direitos (BRASILb, 2014).

Por meio de uma experiência realizada no Município de Araguaína -TO, é possível notar o quanto as ouvidorias são de fundamental importância diante da problemática da judicialização. Em maio de 2011, foi realizada a implantação de uma ouvidoria juntamente com o Tribunal de Justiça do Tocantins (TJTO) e a Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína – TO. Devido ao grande número de ações judiciais, com o intuito de prevenir novas demandas, foi criado o Núcleo de Apoio Técnico (NAT), alocado na mesma estrutura física da Ouvidoria do SUS, para apoiar tecnicamente os Defensores Públicos, Promotores de

Justiça e Magistrados. Foi instituído também pelo TJTO um Comitê para o Monitoramento das Ações de Saúde (CEMAS), com o objetivo de auxiliar e oferecer apoio técnico aos magistrados e demais operadores do Direito, referentes às decisões relacionadas à área da saúde. A partir do incentivo à resolução dos casos extrajudicialmente e através da administração de demandas pela Ouvidoria do SUS, houve redução de mais de 80% das demandas judiciais ajuizadas pela Defensoria Pública Estadual Regional de Araguaína (BRASILb, 2014).

8.3.2 Movimentos Sociais

É a atuação dos movimentos sociais no âmbito dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário que permite a criação de novas leis, que criam novos direitos e regulam os já existentes. Em consequência, o Judiciário passa a atualizar os direitos já positivados, e o Executivo implanta políticas públicas para o cumprimento dos direitos já assegurados por lei (BRASIL, 2008).

A partir da análise do processo de medicamentos, nota-se que o embate ganhou as vias judiciais (Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública) que receberam os cidadãos e a sociedade civil, que adentrou o sistema em busca de seus direitos previstos constitucionalmente (VIANNA e BURGOS, 2005).

De acordo com Barbosa (2008), a partir do momento em que a população e os movimentos sociais buscam por meio do Judiciário o cumprimento de seus direitos, torna-se necessária intervenção judicial para que “a implementação de políticas públicas: a decisão judicial determine que recursos públicos sejam alocados em ações que não foram priorizadas pelo Governo, seja porque a decisão judicial pretende produzir efeitos no âmbito de uma política social ou econômica já formulada” (p.2).

Vianna e Burgos (2005) afirmam que, apesar da influência dos movimentos sociais dos portadores de HIV, os quais foram beneficiários de uma estrutura organizada com provimento de medicamentos, as doenças crônicas ainda não contam com a opinião pública nem mesmo com as autoridades para tal estabelecimento. Mobilizar a sociedade para que ela atente para a necessidade de satisfação de determinadas demandas no âmbito da saúde é uma alternativa eficaz à judicialização.

9. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A judicialização da saúde no Distrito Federal tem sido cada vez mais crescente. Paim, Marqueto e Lopes (2015), após realizar um estudo, mostrou que a judicialização no Distrito Federal tem crescido cerca de 30% ao ano. Diante do grande volume de ações, no ano de 2011, a SES/DF instituiu o Núcleo de Judicialização, tendo como incumbência requerimentos administrativos, pedido de fármacos e outros serviços de saúde, e sendo também responsável pelo atendimento às demandas por judicialização (PAIM, MARQUETO e LOPES, 2015).

A análise de dados dos processos teve como princípio verificar os argumentos do Judiciário para deferir ou indeferir as ações que utilizaram a Lei Distrital nº 5.419/14 como principal argumento da ação, para a realização das cirurgias eletivas dentro do prazo de validade, que é de seis meses. Porém, a despeito da hipótese aventada, a lei parece não ter eficácia, ou seja, recorrer a ela não impediu a judicialização. A Lei Distrital ainda é bem recente e talvez não tenha tido tempo hábil para compor as demais peças presentes no NSDP/NAJ-SAÚDE, por isso a análise de dados será somente de sete ações.

9.1 Demandas da Defensoria Pública do Distrito Federal - Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação em Saúde

A população recorre ao Judiciário como forma de garantir seu direito previsto constitucionalmente. Devido à grande espera pelos serviços em saúde, a população tem buscado juntamente ao Judiciário uma forma de ter acesso a bens em saúde.

Na tabela I, é possível visualizar as quatro maiores demandas de saúde no NSDF/NAJ-SAÚDE. No período de novembro de 2014 a março de 2015, nota-se o grande quantitativo de atendimentos com solicitação por cirurgias.

Tabela I – Atendimento realizado no NSDP/ NAJ – SAÚDE, solicitações referentes às demandas em saúde, de novembro de 2014 a março de 2015.

Atendimento por assunto - Ano: 2014 e 2015	
	TOTAL
CIRURGIAS	
nov/14	462
dez/14	318
jan/15	373
fev/15	266

mar/15	416
Total	1835
MEDICAMENTOS	
nov/14	320
dez/14	222
jan/15	324
fev/15	315
mar/15	404
Total	1585
CONSULTAS	
nov/14	151
dez/14	86
jan/15	107
fev/15	0
mar/15	72
Total	416
U.T.I	
nov/14	86
dez/14	72
jan/15	84
fev/15	50
mar/15	113
Total	405

Fonte: DPDF – NAJ/Saúde.

Por meio dos dados encontrados na tabela I, é possível notar a grande quantidade de atendimentos com pedidos de solicitação por cirurgias (1835), seguido por medicamentos (1585), consultas (416) e U.T.I (405). A procura por cirurgias tem sido uma demanda crescente na DPDF/NAJ-SAÚDE, uma vez que a lista de espera tem aumentado cada vez mais, principalmente quando se trata de cirurgias eletivas, uma vez que essas cirurgias não se caracterizam como cirurgias de emergência, podendo ser agendada uma data para realizá-las, tendo sua realização após realizar exames pré-operatórios. São caracterizadas, contudo, como um procedimento de média e alta complexidade. Quinaglia e Brandi (2012), afirmam que “a demora na realização da cirurgia pode comprometer as chances de cura do paciente” (pág.3). A segunda demanda foi por medicamentos, o que não se espanta, uma vez que nacionalmente tem sido uma solicitação constante ao Judiciário, e tem sido relatada em diversos estudos (CHEFFI e BARATA, 2009; BORGES e UGÁ, 2010). Em seguida, aparecem as consultas, demanda que pode estar relacionada a uma série de questões, como o fato de haver poucos profissionais na área para realizar o atendimento, a exemplo das consultas relacionadas a ‘cabeça e pescoço’, principalmente se o problema diagnosticado tiver encaminhamento

cirúrgico, como relatado em algumas das ações presentes na DPDF/NAJ-SAÚDE. O atendimento (consulta) é o procedimento mais básico no âmbito do SUS, e isso deve ser averiguado mais a fundo.

A tabela II demonstra o quanto a mediação com resolução extrajudicial se faz importante no âmbito da saúde. De todos os pedidos realizados no atendimento referentes à cirurgia (tabela I), apenas 204 não tiveram resolução extrajudicial, gerando posteriormente uma ação, ou seja, são 1631 pedidos por cirurgias que não foram judicializados, uma economia de grande valia para a saúde e o orçamento.

Tabela II – Ações Judiciais realizadas no NSDP/ NAJ – Saúde referentes a novembro de 2014 a março de 2015.

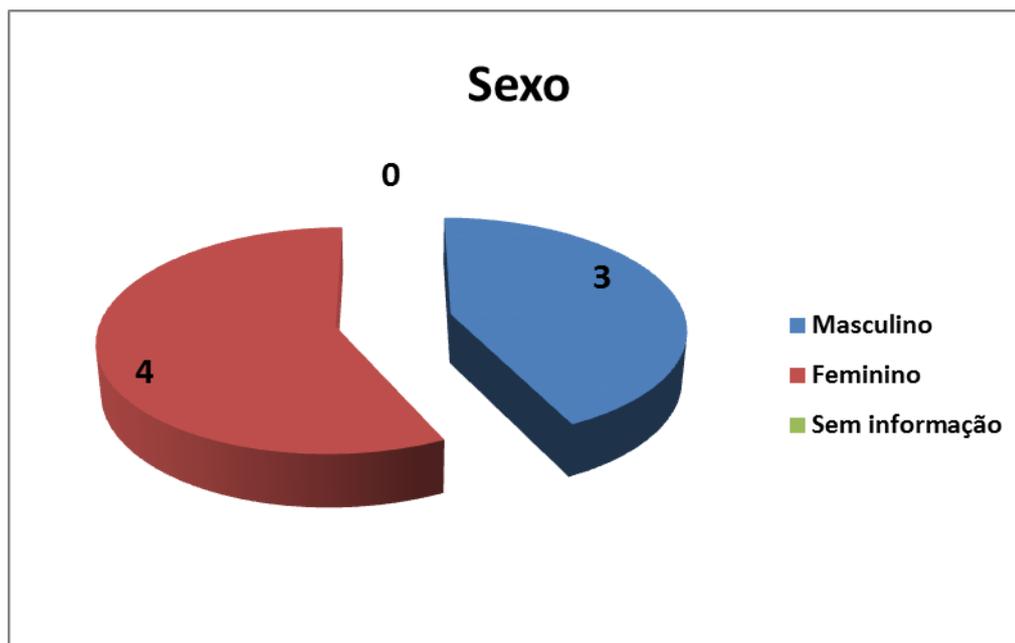
Ações Judiciais - Ano: 2014 e 2015	
	TOTAL
CIRURGIAS	
nov/14	50
dez/14	52
jan/15	39
fev/15	30
mar/15	33
Total	204
MEDICAMENTOS	
nov/14	61
dez/14	40
jan/15	59
fev/15	35
mar/15	54
Total	249
CONSULTAS	
nov/14	10
dez/14	7
jan/15	10
fev/15	11
mar/15	3
Total	41
U.T.I	
nov/14	77
dez/14	42
jan/15	74
fev/15	50
mar/15	94
Total	337

Fonte: DPDF – NAJ/Saúde.

A queda no número de ações presentes na tabela II dá-se por diversos fatores. O primeiro deles é decorrentes da parceria entre a DPDF/NAJ-SAÚDE com a CAMEDIS, que tem buscado solucionar as demandas por serviços e produtos de saúde, a fim de evitar a judicialização da saúde por meio da mediação. A CAMEDIS, por meio da mediação, obteve êxito de 20% de redução nas ações judiciais (PAIM, MARQUETO, LOPES, 2015, p.7). Um segundo fator deve-se ao fato de os defensores públicos estarem seguindo a recomendação N° 31 do CNJ. Esses defensores têm seguido protocolos a fim de evitar a judicialização. Uma das medidas adotadas é o envio de ofícios aos hospitais pertencentes à rede pública de saúde, bem como ao Núcleo de Judicialização da SES/DF, como forma de lograr êxito com a resolução extrajudicial.

9.2 Caracterização do usuário que recorre à judicialização de cirurgias como porta de entrada para insumos e serviços em saúde.

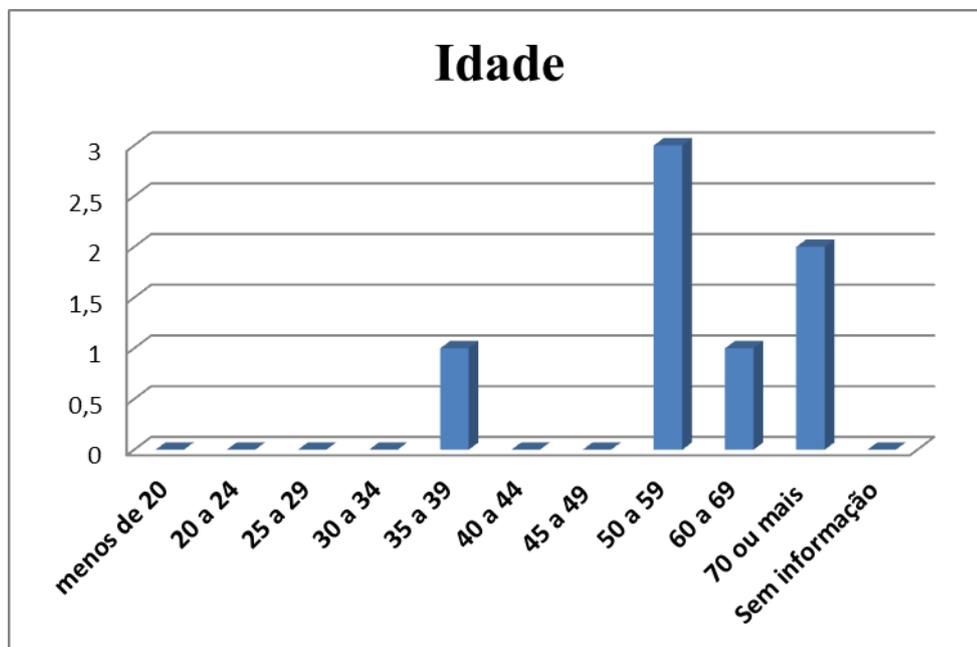
Gráfico I – Sexo



Fonte: Elaborado com base nas ações processuais analisadas – Autoria própria.

Diante da análise realizada, é possível notar, no gráfico I, um quantitativo maior de mulheres (4) que de homens (3). Tal resultado pode ser dado ao fato de que os homens possuem menos hábitos de prevenção de agravos de saúde quando associados às mulheres, e tem como costume buscar menos os serviços de saúde (GOMES, NASCIMENTO e ARAÚJO, 2007).

Gráfico II – Idade



Fonte: Elaborado com base nas ações processuais analisadas – Autoria própria.

Mediante a análise processual, foi possível notar a prevalência de idade em que se instituíram as ações. Os pacientes possuem predominantemente 50 anos ou mais, com ênfase na faixa etária entre 50 e 59 anos.

Uma possível justificativa para tal dado, segundo Lima-Costa e Veras (2003), é que:

“As doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde. Aliás, este é um dos desafios atuais: escassez de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos” (p.700).

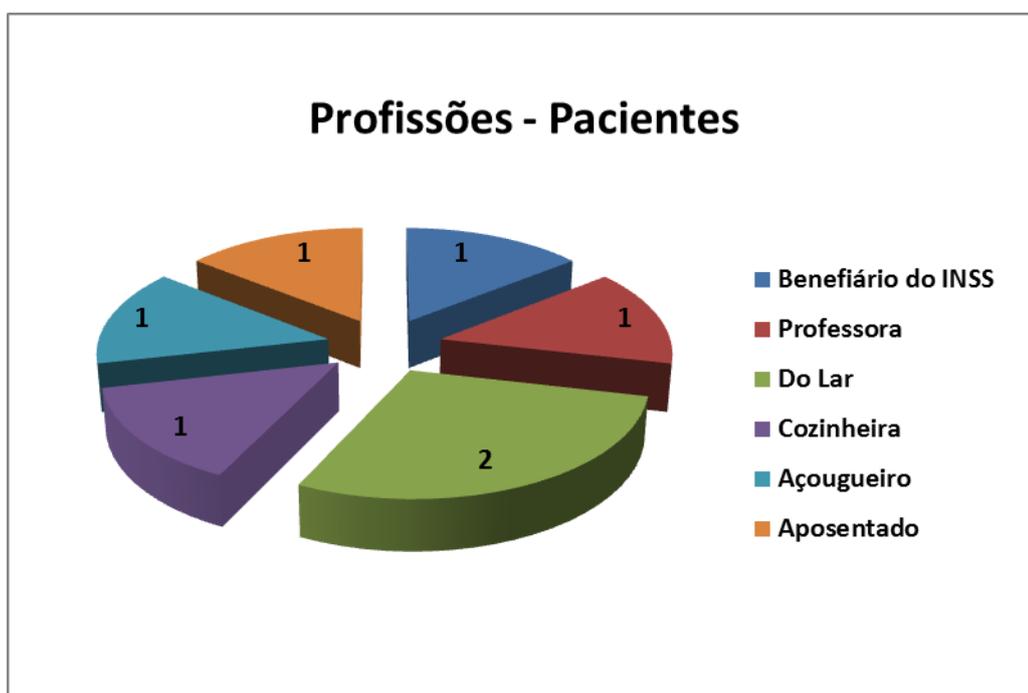
Gráfico III – Estado Civil



Fonte: Elaborado com base nas ações processuais analisadas – Autoria própria.

No gráfico III, fica caracterizado que os usuários dos processos analisados são predominantemente casados (3) e divorciados (2).

Gráfico IV – Profissões

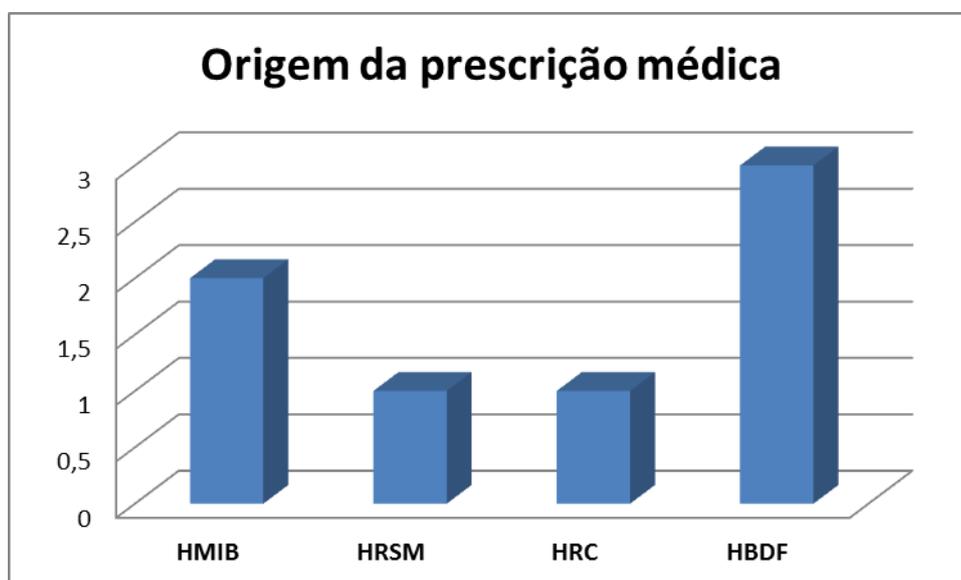


Fonte: Elaborado com base nas ações processuais analisadas – Autoria própria.

É por meio da Defensoria Pública que os cidadãos hipossuficientes possuem o fornecimento de forma gratuita da defesa por seus interesses. A DPDF/NAJ-SAÚDE tem como foco a conciliação e a mediação de conflitos, de forma a evitar o acesso ao Judiciário de forma desnecessária (NETTO, 2013). Desta forma, justificam-se as profissões representadas no gráfico IV, cuja característica é a baixa qualificação.

9.3 Hospitais Regionais da rede de saúde pública de origem do usuário

Gráfico V – Origem da prescrição médica



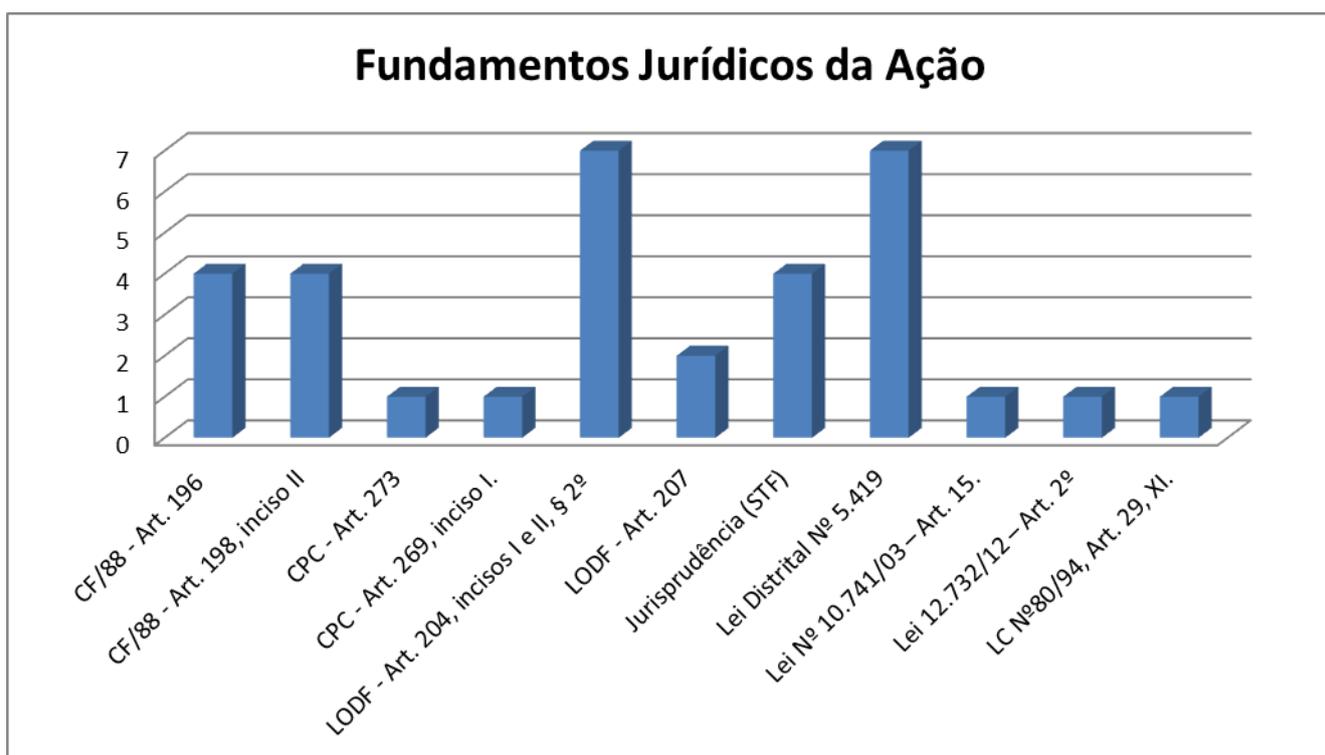
Fonte: Elaborado com base nas ações processuais analisadas – Autoria própria.

Observando o gráfico V, é possível visualizar uma grande demanda do Hospital de Base do Distrito Federal. Dos sete casos analisados, três tiveram a origem da prescrição médica nesse hospital, o que pode ser justificado pela proximidade geográfica entre a DPDF/NAJ-SAÚDE e o hospital regional. Outro fato é que há possibilidade de os próprios profissionais de saúde dos respectivos hospitais terem orientado o usuário a procurar o Núcleo de Saúde para a resolução de seu problema, ou seja, para obter acesso à necessidade de saúde pretendida.

9.4 Situação processual

A demanda judicial tem sido cada vez mais requerida frente ao acesso a produtos em saúde, cirurgias, medicamentos, U.T.I, dentre outras demandas por cuja garantia o Estado é responsável. Recorrer à DPDF/NAJ-SAÚDE demonstra o exercício da cidadania por parte da população, que vem buscando que seus direitos sejam atendidos.

Gráfico VI – Fundamentos Jurídicos da Ação



Fonte: Elaborado com base nas ações processuais analisadas – Autoria própria.

Dentre os fundamentos jurídicos da ação, que estão presentes em todas as ações analisadas, encontra-se a Lei Nº 5.419/14. O recorte adotado por esta pesquisa deve-se ao fato de essa lei ser um marco na atenção às demandas por cirurgias eletivas.

Nota-se, ainda, a utilização da LODF, art. 204, em todas as ações, que tem o direito à saúde como o principal argumento: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas públicas e econômicas, que visem o acesso igualitário às ações e serviços de saúde. As ações e serviços de saúde são de relevância pública e cabe ao Poder Público sua normatização e regulamentação” (BRASIL, 1993). Os artigos 196 e 198 da CF/88 possuem também como premissa o direito à saúde de forma universal e integral.

A Lei 10.741/03, citada em uma das ações, dispõe sobre o Estatuto do Idoso, que tem por objetivo regular e assegurar o direito dos cidadãos com mais de sessenta anos. Pelo fato de

o paciente ser idoso, esta ação tem “prioridade” perante outras, correndo assim em trâmite prioritário. A lei anteposta, em seu art. 15, prevê que “é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos” (BRASIL, 2003).

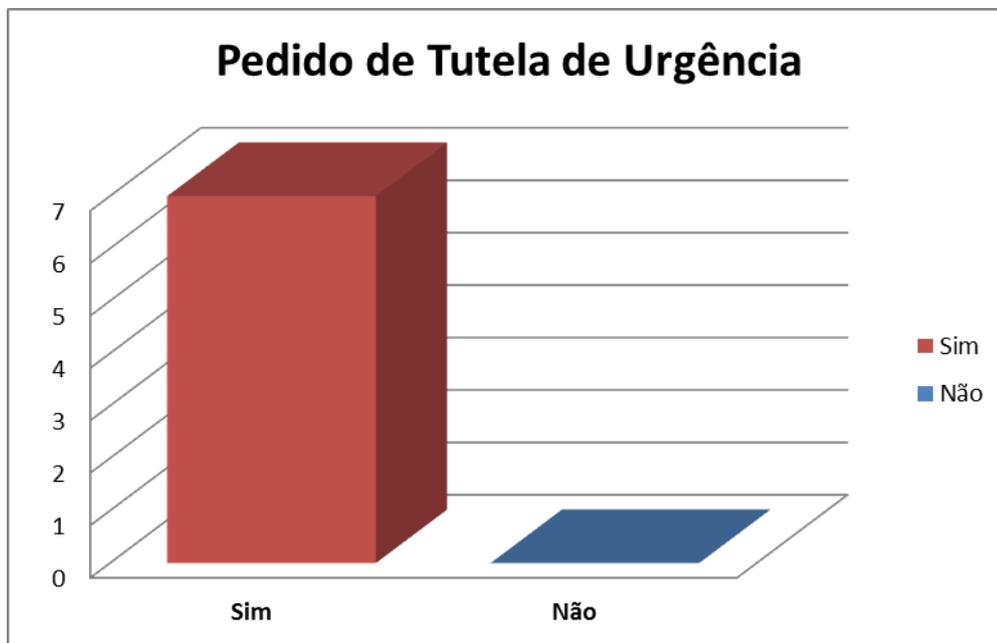
Já a Lei 12.732/12, presente em uma das ações, prevê o tratamento gratuito pelo SUS do paciente com neoplasia maligna, após comprovação, no prazo de sessenta dias a contar do dia em que for diagnosticado em laudo patológico.

A Jurisprudência do STF, citada na ação, afirma que:

“O Poder público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. (...) Cumpre não perder de perspectiva que o direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República. Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar – políticas públicas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive aqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar”.

O direito à saúde como previsto na CF/88 tem levado os magistrados, bem como operadores do Direito, promotores de justiça, procuradores públicos, entre outros, a lidarem com o direito sanitário, bem como com políticas públicas de saúde, nas três esferas de governo. Assim, os gestores em saúde pública têm enfrentado casos individuais através da decisão do Judiciário referente à efetivação dos direitos sociais previstos na Carta Magna (MARQUES, 2008).

Gráfico VII – Pedido de Antecipação de Tutela

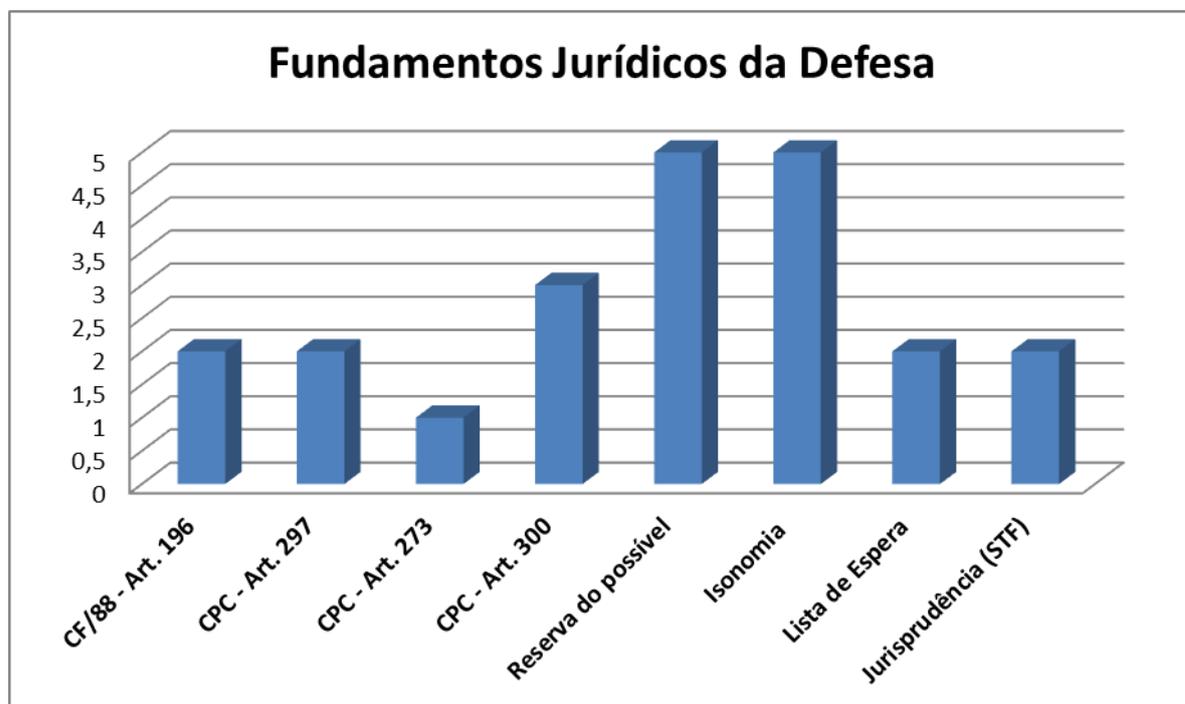


Fonte: Elaborado com base nas ações processuais analisadas – Autoria própria.

O pedido de antecipação de tutela se encontra em todas as ações analisadas. Segundo o CPC, art. 273, da Lei Nº 5.869/73:

“O juiz poderá, a requerimento da parte, antecipar, total ou parcialmente, os efeitos da tutela pretendida no pedido inicial, desde que, existindo prova inequívoca, se convença da verossimilhança da alegação e haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação; ou fique caracterizado o abuso de direito de defesa ou o manifesto propósito protelatório do réu”.

Gráfico VIII – Fundamentos Jurídicos da Defesa



Fonte: Elaborado com base nas ações processuais analisadas – Autoria própria.

A PGDF, ao defender o Distrito Federal, tem exposto em todas as ações analisadas que “o Distrito Federal não quer se eximir de suas responsabilidades em propiciar condições para que a população tenha acesso aos serviços de saúde da rede pública de saúde. Mas que é extremamente difícil equacionar os ainda escassos meios de atendê-las, citando, assim, em cinco das ações analisadas, de forma indireta, a reserva do possível. Segundo Villas-Bôas (2014), a escassez é um fato, que, por um lado, não pode ser esquecido, mas que não pode ser uma ameaça à dignidade da pessoa humana, pois tal premissa, na maior parte das vezes, é consequência da má gestão de recursos existentes e da má distribuição de renda, que vem negando condições básicas de subsistência para o indivíduo e sua família.

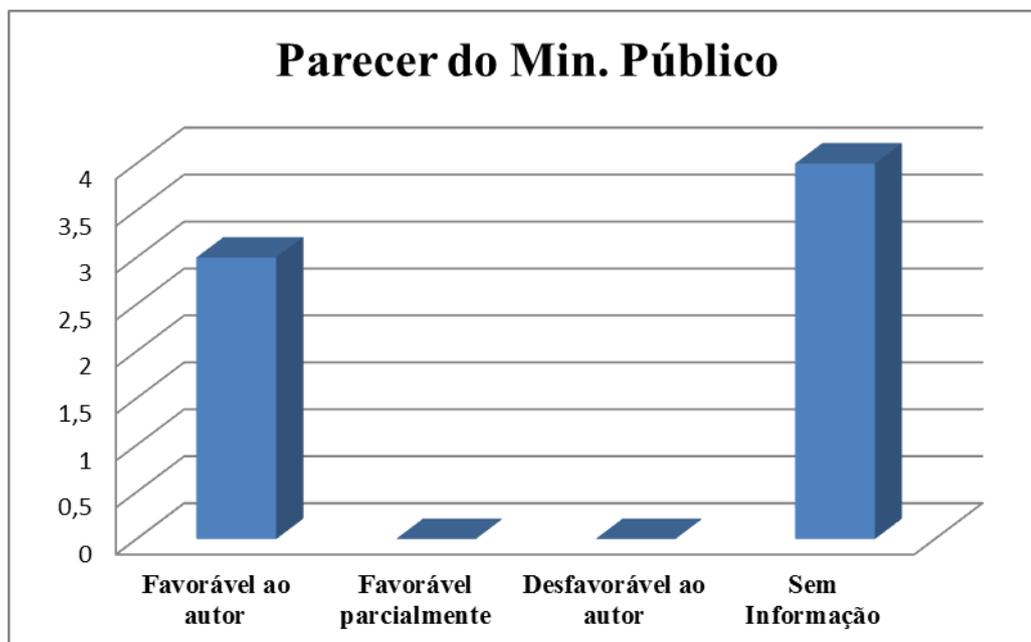
Já o princípio da isonomia é alegado como o acesso a bens em saúde, que deve ser igualitário e universal. Aqueles que buscam o Judiciário em busca de obter acesso à saúde estariam sendo privilegiados em detrimento de outros. Utiliza-se ainda, o fato de haver uma lista de espera, que deve ser seguida. No entanto em todos os casos analisados, todos os pacientes encontravam-se em lista de espera e aguardavam há muito tempo por bens em saúde. Ainda assim, Duarte (2011) expõe que não se pode importar teorias de países centrais, como a Alemanha, sem considerar que a sociedade brasileira vive em uma profunda desigualdade social e econômica, e que possui falta de condições essenciais para uma vida

digna, que não pode ser comparada à realidade vivida em países europeus ou da América do Norte. “Não há como falar em restrição de prestações sociais que, na realidade, nunca chegaram a ser satisfatoriamente implementadas” (p.229).

Por sua vez, Barbosa (2008) demonstrou que o Supremo Tribunal Federal (STF), na maioria das vezes, defere a favor as ações que pedem a concessão de medicamentos. Em boa parte delas, há a alegação de que o direito à saúde é de aplicabilidade imediata, previsto no art. 196 da CF/88. Ainda trazendo algumas de suas observações, o autor alega que tais decisões não levam em consideração os aspectos fundamentais da política pública formulada pelo Executivo e o Legislativo, como a padronização de medicamentos, limitação orçamentária e a repartição de atribuições para o bom funcionamento dos serviços de saúde e gestão de recursos.

A jurisprudência do STF, citada pela PGDF, relata uma reclamação da Ministra e Presidente à época do STF, Ellen Gracie, apresentada pelo Estado de Alagoas, afirma que a norma presente no art. 196 que garante o direito à saúde refere-se à “efetivação de políticas públicas que alcancem a população como um todo, assegurando-lhe acesso universal e igualitário, e não em situações individualizadas”.

Gráfico IX – Parecer do Ministério Público

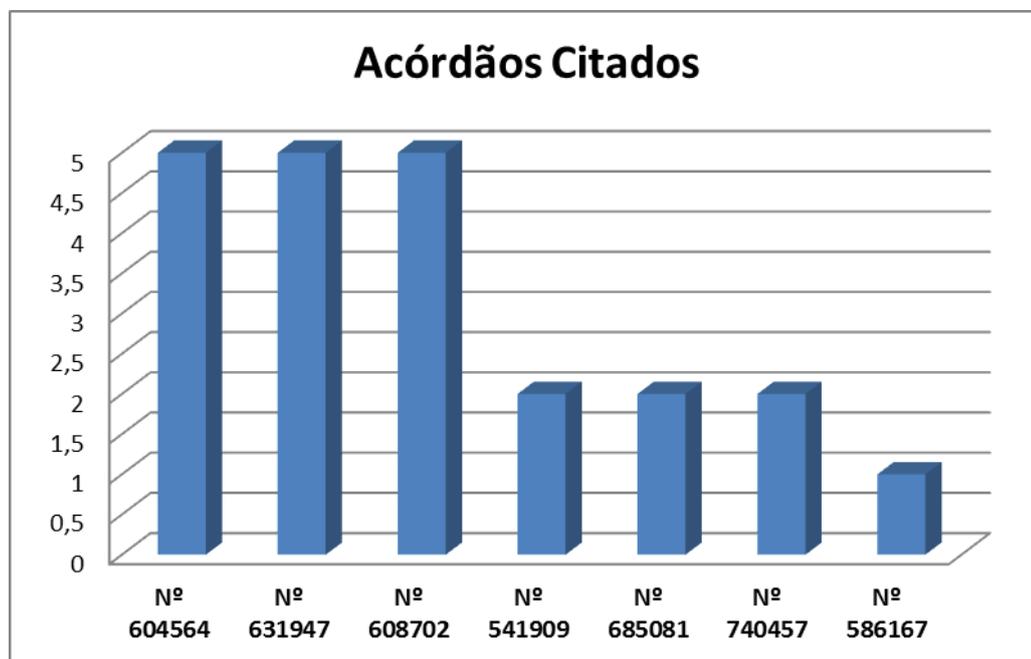


Fonte: Elaborado com base nas ações processuais analisadas – Autoria própria.

Cabe ao Ministério Público (MP), de acordo com a CF/88, art. 129, inciso II, no poder de suas atribuições, “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de

relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia” (BRASIL b, 1988). No gráfico IX, de sete ações analisadas, apenas três tinham o parecer do MP, em todas consta o deferimento a favor do paciente. O Ministério Público, como uma instância jurídico-social, deve garantir de forma efetiva as ações e serviços de saúde, realizando medidas que garantam a “eficácia e efetividade social, sobretudo quando constatados os casos de omissão, ausência, deficiência ou insuficiência” (ASSIS, 2014, p. 205). O Ministério Público tem desempenhado um papel importante também na atuação extrajudicial, a fim de evitar a discussão judicial (ASSIS, 2014).

Gráfico X – Acórdãos utilizados na ação



Fonte: Elaborado com base nas ações processuais analisadas – Autoria própria.

Os acórdãos citados na análise, presentes no gráfico X, citam a obrigação do Estado em prestar serviços em saúde uma vez que mediante o art. 207 da Lei Orgânica do Distrito Federal, fica previsto o dever de fornecer assistência médica à população; a ofensa ao princípio da reserva do possível e da isonomia não pode ser uma barreira para que o Distrito Federal se exima do dever de prestar assistência à saúde a pacientes hipossuficientes, e nem mesmo pode trazer riscos a integralidade de direitos sociais, pois a saúde é direito de todos e dever do Estado; que antecipação dos efeitos da tutela se deu por necessidade para a concretização do direito à vida e a saúde; o qual o perigo da demora traz riscos iminente de morte, e piora do caso; e o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado a fim de cumprir as normas constitucionais, uma vez que é um direito social o qual o Poder Público deve através de políticas públicas, garantir o acesso universal e igualitário à saúde; entre outros.

A jurisprudência do Distrito Federal tem se mostrado bastante sensível quanto a temática da judicialização:

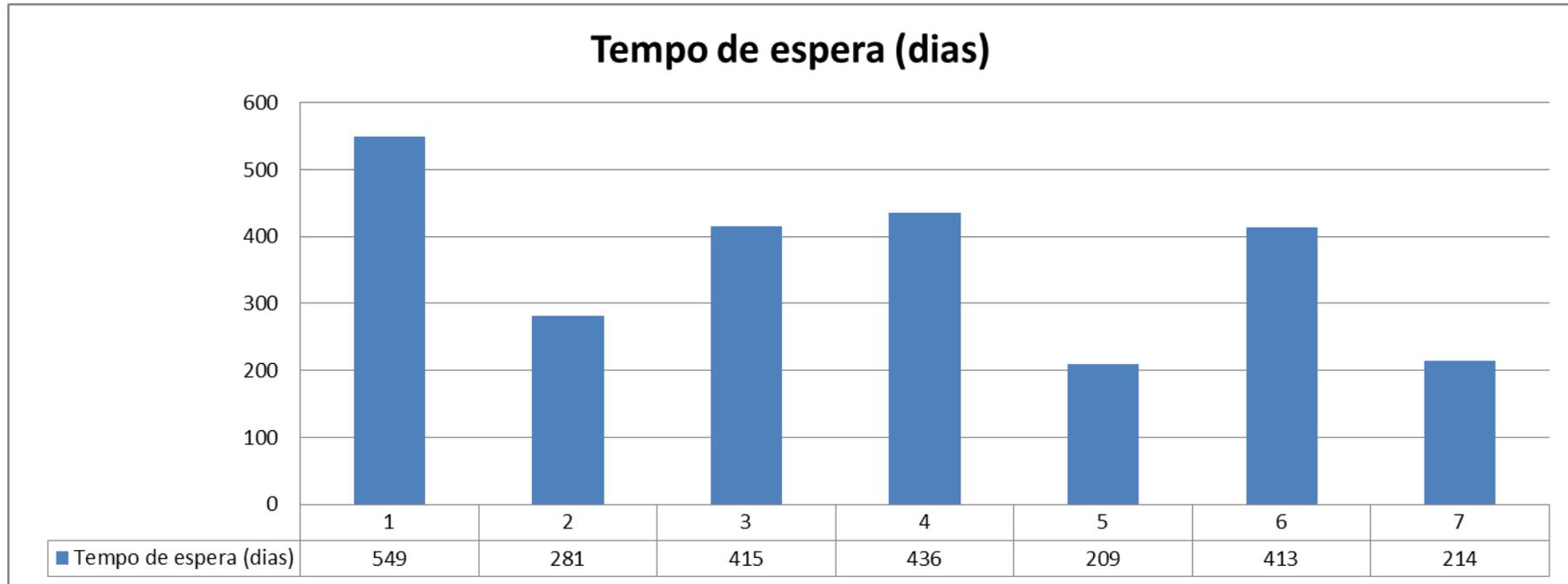
“Evidenciada a resistência por parte do DISTRITO FEDERAL quanto ao acolhimento do pedido deduzido na inicial, tem-se por não configurada a falta de interesse processual, não se fazendo necessária a apresentação de prova escrita da requisição administrativa e da recusa do Distrito Federal em realizar o procedimento cirúrgico vindicado. À luz do disposto no artigo 196

da Constituição Federal e no artigo 207 da Lei Orgânica, o Distrito Federal tem o dever de prestar assistência médica à população, razão pela qual a determinação judicial de realização de procedimento cirúrgico não constitui violação ao princípio da legalidade e da isonomia. As limitações orçamentárias não podem servir de supedâneo para o Distrito Federal se eximir do dever de prestar assistência à saúde (realização de cirurgia) a pacientes sem condições financeiras. Aplica-se o princípio da reserva do possível em situações excepcionais, desde que o ente público demonstre, de forma objetiva, a impossibilidade econômico-financeira de custear o tratamento pleiteado” (TJDFT. Acórdão nº 604564. Relator Nídia Corrêa Lima).

A demora por atendimento tem gerado um agravo na saúde do paciente, assim o Acórdão Nº 631947, prevê que “requisito do periculum in mora se revela no fato de a paciente ter que conviver com a doença, que, a cada dia, agrava mais seus problemas de saúde” (TJDFT. Relator Arnoldo Camanho de Assis). O Acórdão Nº 608702 confirma que “a realização da cirurgia em caráter de urgência, necessária ao tratamento de saúde do paciente, na rede hospitalar pública, é amparada pelo princípio da dignidade da pessoa humana, art. 1º, inciso III, da CF/88, e constitui dever do Estado, art. 196 da CF/88, art. 207 da LODF e art. 2º da Lei Nº 8.080/90” (TJDFT. Relatora Vera Andrichi). Desta forma o Acórdão Nº 604564 tem mostrado que há “resistência por parte do DISTRITO FEDERAL quanto ao acolhimento do pedido deduzido na inicial. À luz do disposto no artigo 196 da Constituição Federal e no artigo 207 da Lei Orgânica, o Distrito Federal tem o dever de prestar assistência médica à população, razão pela qual a determinação judicial de realização de procedimento cirúrgico não constitui violação ao princípio da legalidade e da isonomia. O qual as limitações orçamentárias não podem servir de supedâneo para o Distrito Federal se eximir do dever de prestar assistência à saúde (realização de cirurgia) a pacientes sem condições financeiras. Aplica-se o princípio da reserva do possível em situações excepcionais, desde que o ente público demonstre, de forma objetiva, a impossibilidade econômico-financeira de custear o tratamento pleiteado” (TJDFT. Relatora Nídia Corrêa Lima). Segundo o Acórdão Nº 541909 “o princípio da reserva do financeiramente possível não tem prevalência frente à implementação de políticas públicas, especialmente quando possa colocar em risco a integridade de direitos sociais e culturais impregnados de estatura constitucional” (TJDFT. Mario-Zam Belmiro). Pois o “direito à vida e a saúde dever ser obrigatoriamente garantida pelo Estado, à quem cabe colocar em favor da população os meios a tanto necessários, em

cumprimento das normas constitucionais” (TJDFT. Acórdão N° 605081. Relator Antoninho Lopes). O Acórdão N° 586167 cita que “a Lei Orgânica do Distrito Federal, em seus artigos 204 e 207, também trata do dever do Estado em garantir o direito à saúde. Depreende-se dos referidos diplomas que deve ser assegurado o direito à saúde a todos os cidadãos, indistintamente, porquanto é obrigação do Estado fornecer condições a seu pleno exercício” (TJDFT. João Egmont). Desta forma o Acórdão N° 740457 afirma que se a “cirurgia pleiteada foi realizada somente após e em virtude da decisão que deferiu a antecipação dos efeitos da tutela, a tutela jurisdicional revelou-se útil e necessária para a concretização do bem da vida buscado. Presentes no art. 6º, c/c art. 196, ambos da CF/88, o direito à saúde é um direito social, impondo-se ao Poder Público o dever de, por meio de políticas públicas, garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Assim, sendo dever do Estado assegurar a todos o direito à saúde, deve prestar os serviços médicos que lhes são essenciais, garantido àqueles desprovidos de condições financeiras o tratamento adequado. O direito à saúde e à vida deve ser garantido de forma eficaz e concreta” (TJDFT. Relatora Simone Lucindo).

Gráfico XI – Tempo de espera do paciente



Fonte: Elaborado com base nas ações processuais analisadas – Autoria própria.

(OBS: Os números da linha acima do campo 'tempo de espera' são referentes ao número sequencial dos processos, como consta em ANEXO).

As ações analisadas obtiveram uma espera de sete meses a um ano e cinco meses em média, o tempo contabilizado corresponde à data do pedido médico contendo o diagnóstico e a solicitação da cirurgia, entrada do autor da ação no NSDP–NAJ/SAÚDE (ofício), e o ajuizamento da ação junto ao TJDFT (tabela em Anexo). De acordo com Marinho (2006), a morosidade do atendimento público em saúde tem gerado um grande impacto sobre a saúde do paciente, bem como a probabilidade de cura do mesmo. Principalmente quando não há prazos previstos. A imprevisibilidade torna a ocasião ainda mais difícil, uma vez que impede o planejamento da vida do paciente, de seus familiares e do sistema de saúde.

Tabela III – Sentença final (TJDFT)

Sequencial	Nº do Processo	Origem da prescrição médica	Houve sentença pelo TJDFT? Se sim, foi favorável?	Fundamentos Jurídicos da Sentença	Nº dos acórdãos (sentença)
1.	2015. 01. 1. 032901-8	Hospital Materno Infantil de Brasília.	Sim/ Favorável	CF/88: art. 5 e 196; LODF art. 204;	Nº 691110
2.	2015. 01. 1. 020583-4	Hospital Regional de Santa Maria	Não	—	—
3.	2015.01.1. 017235-0	Hospital Regional de Ceilândia	Não	—	—
4.	2015.01.1. 019532-9	Hospital de Base do Distrito Federal	Não	—	—
5.	2015.01.1. 029413-2	Hospital de Base do Distrito Federal	Sim/ Favorável	CF/88 :art. 196; CPC: art. 330 e 458, II; LODF: art. 207 ; e Lei 8.080/90.	Nº 608702
6.	2015.01.1. 018049-2	Hospital Materno Infantil de Brasília.	Sim/ Favorável	CF/88: art. 196; LODF e art. 204.	Nº 692134
7.	2015.01.1. 031203-9	Hospital de Base do Distrito Federal	Sim/ Favorável	Extinto o processo, segundo art. 267, inc. VI do CPC. Paciente realizou a cirurgia no dia 09/06/15.	—

Fonte: Elaborado com base nas ações processuais analisadas – Autoria própria.

Na tabela III, de sete ações analisadas, apenas quatro obtiveram sentença, porém apenas três citaram acórdãos. No acórdão N° 691110, afirma que “é obrigação do Poder Público assegurar à população o direito à saúde, mediante o acesso às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, incluindo-se o fornecimento de medicamentos prescrito em relatório médico como essencial à preservação da vida do paciente” (TJDFT. Relator Getúlio de Moraes Oliveira). Desta forma o acórdão N° 608702, prevê que “a realização da cirurgia em caráter de urgência, necessária ao tratamento em saúde da paciente, na rede hospital pública, é amparada pelo princípio da dignidade da pessoa humana, art. 1º, inc. III, da CF, e constitui dever do Estado, art. 196 da CF, art. 207 da LODF e art. 2º da lei 8.080/90” (TJDFT. Relatora Vera Andrighi). Assim o acórdão N° 692134, reafirma o direito fundamental a saúde e a vida, concluindo que “ao cidadão que, padecendo de doença crônica grave, cujo tratamento reclama o uso contínuo de aparelho não fornecido pelo sistema público de saúde, não usufruindo de recursos suficientes para custear o tratamento do qual necessita, assiste o direito de, no exercício subjetivo público à saúde que lhe é resguardado, ser contemplado com o fornecimento gratuito do aparelho prescrito, consoante apregoa o artigo 207, inciso XXVI, da Lei Orgânica do Distrito Federal” (TJDFT. Relator Alfeu Machado).

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao decorrer da pesquisa, ficam claros os inúmeros desafios que circundam o tema apresentado, uma vez que a judicialização da saúde, especificamente de cirurgias, expõe problemas complexos e deve ser melhor explanado e analisado. O Poder Judiciário, representado pelo Tribunal de Justiça Federal do Distrito Federal e dos Territórios tem julgado e exposto em suas decisões ser a favor do requerente, o usuário do Sistema Único de Saúde.

O acesso à saúde está previsto na Constituição Federal, bem como na Lei Orgânica da Saúde, que salvaguardam o mínimo existencial, a dignidade da pessoa humana e a garantia do indivíduo ao acesso à saúde. Porém, o direito à saúde, apesar de previsto constitucionalmente, não é efetivado, uma vez que se priorizam os direitos à liberdade e não os direitos sociais (DUARTE, 2011).

Cabe ao legislador a destinação dos recursos, sendo necessário saber distribuir os recursos escassos mediante a organização de prioridades. Faz-se necessário um melhor planejamento para tal. Também é necessário que os cidadãos façam parte deste processo de uma forma democrática, que sejam ouvidos e tenham voz ativa.

Em todas as ações analisadas referentes à judicialização da saúde por cirurgias eletivas, constou-se um tempo de espera elevado para a realização do procedimento. Em todos os casos os pacientes haviam realizado os exames pré-operatórios e esperaram mais de sete meses a um ano e cinco meses para que sua cirurgia fosse marcada. Os exames que possuíam validade de seis meses já haviam vencido. Desta forma, com a grande demora, muitos tiveram a piora de seus quadros de saúde. Sendo assim, o paciente não teve alternativa a não ser procurar o Judiciário para que seu direito fosse garantido. Esta pesquisa demonstrou que o Judiciário, após a criação da Lei Nº 5.419, tem se mostrado a favor do paciente, concedendo a ele o que lhe é por direito, seu direito de acesso universal à saúde. Ao decorrer deste trabalho, dois dos casos analisados realizaram a cirurgia antes mesmo de o processo ter sido sentenciado.

A judicialização da saúde pode, se não salvar o SUS, ser uma ferramenta para que os serviços de saúde sejam prestados, pois é por meio dela que políticas em saúde tem sido revistas e direitos efetivados. A judicialização da saúde também tem permitido que o Legislativo e o Executivo aperfeiçoem a estrutura em saúde, mediante a incorporação de novas tecnologias. Esses Poderes têm buscado, ainda, compreender melhor o fenômeno,

mediante análise das falhas e disfunções do setor saúde. Têm exercitado o princípio da equidade, bem como da integralidade no acesso à saúde. Muitos usuários do SUS veem a judicialização como a última porta de entrada para obter acesso à saúde. Esta problemática não é apenas de cunho social, como também envolve problemas éticos. Desta forma, o SUS tem mostrado a necessidade de um profissional com graduação em Saúde Coletiva, como um ator estratégico (BOSI e PAIM, 2009). Esse profissional vem de encontro a toda proposta do SUS, diagnosticando as necessidades em saúde e colaborando com a promoção a saúde, de forma que auxilia a encontrar soluções que consolidem os serviços de saúde (BEZERRA *et al*, 2013).

Esta pesquisa tem, ainda, fundamental importância, uma vez que nós sanitaristas enfrentaremos inúmeros processos judiciais, após a formação como bacharéis em Saúde Coletiva. É por meio de nosso olhar e percepção que a judicialização da saúde terá um novo sentido, que a problemática será melhor analisada e revista, e provavelmente soluções eficazes serão implementadas. Esta temática é de suma importância para a formação do sanitarista, tendo em vista grandes problemáticas que envolvem o Sistema Único de Saúde, cuja revisão e gerência cabe a nós.

11. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Eli Iola Gurge; MACHADO, Carlos Dalton; FALEIROS, Daniel Resende; SZUSTER, Daniele Araújo Campos; JÚNIOR, Augusto Afonso Guerra; SILVA, Grazielle Dias da; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; ACÚRCIO, Francisco de Assis. **A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça**. Rev. Med. Minas Gerais, 2008; 18(46 4 Supl. 4): S46-S50.

ASENSI, Felipe Dutra. **Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde**. Rio de Janeiro, 2010. Rev. de Saúde Coletiva, 20 [1]: 33-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a04v20n1.pdf>.

ASSIS, Gilmar de. Mediação sanitária: direito, saúde e cidadania. In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS, Fernanda (Org.). **Judicialização da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2014. p.197-220.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes**. Rio de Janeiro, 2009. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3): 829-839. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n3/18.pdf>

BARBOSA, Mariana Gracioso. **O Supremo Tribunal Federal e a política de fornecimento de medicamentos para tratamento da AIDS/HIV**. Rev. Jur., Brasília, v. 9, n. 88, p.01-39, dez./2007 a jan./2008. Disponível em: www.presidencia.gov.br/revistajuridica.

BARROSO, AF. Aspectos Relacionados **À Efetivação Do Direito À Saúde No Brasil Através Do Poder Judiciário** [monografia]. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz; 2003. Disponível em: http://crf-mt.org.br/arqs/materia/1226_a.pdf.

BARROSO, Roberto Luís. **Da Falta de Efetividade à Judicialização Excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Revista da Procuradoria Geral do Estado. Porto Alegre, v. 31, n. 66, p. 89-114, jul./dez. 2007.

BEZERRA, Aline Patrícia dos Santos; ANDRADE, Bárbara Bulhões Lopes de; BATISTA, Bruno Santana; REIS, Camila Ramos; ARENHART, Carlos Guilherme Meister; PARENTE, Caroline Graça; SOUZA, Carolyne Cosme de; ALBINO, Douglas Ferreira Enedino; MENEZES, Guilherme Henrique Targino; MORAIS, Indyara de Araújo; MOTA, Janisléia Cavalcante; ARAYA, Juan Francisco Bacigalupo; GUIMARÃES, Juliana Porto; JESUS, Karina Cordeiro de; MARTINS, Leidmar; ARRUDA, Luan Cuiabano; MARTINS, Mariana da Rosa; ROSA, Mauricio Matheus de Melo; BESA, Raylayne Ferreira; VEIGA, Vanessa Costa Fernandes. **Quem são os novos sanitaristas e qual o seu papel?**. Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva. V.7, N.3 (2013). Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1393>.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PAIM, Jairnilson da Silva. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(2):236-237, fev, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000200001&script=sci_arttext.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

BRASIL, 2000. **SUS princípios e conquistas**. Ministério da Saúde. Brasília, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

BRASIL, 2008. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids**. Brasília, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/DIREITOS_HUMANOS.pdf.

BRASIL, 2011. **Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011. Rev. Saúde Pública;

45(6): 1206-7 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600025.

BRASILa, 2014. **SUS de A a Z**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://pensesus.fiocruz.br/participacao-social>.

BRASILb, 2014. **Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidoria SUS**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio_cecilia_donnangelo_ouvidoria_sus.pdf.

BRASÍLIA, 2015. **Defensoria Pública do Distrito Federal**. Disponível em: http://www.defensoria.df.gov.br/?page_id=2294.

BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. **As Ações Individuais Para O Fornecimento De Medicamentos No Âmbito Do SUS: Características Dos Conflitos E Limites Para A Atuação Judicial**. São Paulo, 2009. Revista de Direito Sanitário, v. 10, n. 1 p. 13-38. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13144/14950>.

BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. **Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(1):59-69, jan, 2010.

CARVALHO, Celurdes Alves; PEDROSA, Laurício Alves Carvalho. **O papel da ouvidoria do SUS: a análise da sua função e finalidade tendo em vista a natureza fundamental do Direito à Saúde**. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ministério da Saúde, 2014.

CHEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. **Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1839-1849, ago. , 2009.

CHIEFFI, Ana Luiza; SIQUEIRA, Paula Sue Facundo de. Judicialização da Saúde no Estado de São Paulo. In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS, Fernanda (Org.). **Judicialização da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2014. p.267-301.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico**. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008.

DUARTE, Leonardo de Farias. **Obstáculos econômicos à efetivação dos direitos fundamentais sociais**. Rio de Janeiro, Ed. Renovar, 2011.

FLEURY, Sonia; FARIA, Mariana. A judicialização como ameaça e salvaguarda do SUS. In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS, Fernanda (Org.). **Judicialização da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2014. p.99-123.

FREITAS, Cristina Leitão Teixeira de. Judicialização da Saúde no Estado de São Paulo. In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS, Fernanda (Org.). **Judicialização da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2014. p.59-96.

GODOY, Arlinda Schmidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades: uma revisão histórica dos principais autores e obras que refletem esta metodologia de pesquisa em Ciências Sociais**. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf>.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.3, pp. 565-574. ISSN 1678-4464. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015.

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm.

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

Lei Orgânica do Distrito Federal, de 08 de junho de 1993. Disponível em: [http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=0&txtAno=0&txtTipo=290&txtParte=.](http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=0&txtAno=0&txtTipo=290&txtParte=)

Lei Distrital nº 5.419, 24 de Novembro de 2014. Dispõe sobre a obrigatoriedade de agendamento de cirurgias eletivas dentro do prazo de validade dos exames pré-operatórios no âmbito da Rede Pública de Saúde. Disponível em: <http://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR377799!buscarTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR.action>.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. **Saúde Pública e envelhecimento.** Cad. Saúde Pública [online]. 2003, vol.19, n.3, pp. 700-701. ISSN 1678-4464. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15872.pdf>.

MARINHO, Alexandre. **Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema único de Saúde brasileiro.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(10):2229-2239, out, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n10/22.pdf>.

MARQUES, Silvia Badim. **O Princípio Constitucional da Integralidade de Assistência à Saúde e o Projeto de Lei N. 219/2007: Interpretação E Aplicabilidade Pelo Poder**

Judiciário. São Paulo, 2009. Rev. de Direito Sanitário v. 10, n. 2 p. 64-86. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13163/1497>.

MARQUES, Silvia Badim. **Judicialização do Direito à Saúde.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 9, n. 2 p. 65-72 Jul./Out. 2008.

MAZZA, Fábio. Judicialização da Saúde e planejamento orçamentário: as decisões do Supremo Tribunal Federal. In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS, Fernanda (Org.). **Judicialização da Saúde no Brasil.** Campinas: Saberes, 2014. p.367-390.

NETTO, Adhemar Della Torre. **A Defensoria Pública como ator coletivo global.** In: Rocha, Amélia *et al* (org). **Defensoria Pública, Assessoria Jurídica Popular e Movimentos Sociais e Populares: novos caminhos traçados na concretização do direito de acesso à justiça.** Editora Dedo de Moça, 2013. Disponível em: http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/23/Documentos/EBOOK_COLEGIO_AN_ADEF_ANADEP_RENAP.pdf. p. 33-54

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. **O Sistema Único de Saúde – SUS.** Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 1ª Ed. p. 435-472. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, Luciana da Veiga. Comitês executivos da Saúde. In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS, Fernanda (Org.). **Judicialização da Saúde no Brasil.** Campinas: Saberes, 2014. p.183-196.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Definição de Saúde,** 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos,** de 10 de dezembro de 1948. Documento disponível em: http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoInternet.pdf

PAIM, Jairnilson Silva. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS).** Rio de Janeiro, 2013. Cad. Saúde Pública, 29(10): 1927-1953. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>.

PAIM, Patrícia; MARQUETO, Alessandra; LOPES, Ivaneide de Oliveira. Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde: experiência do Distrito Federal. In: **Para Entender a Gestão do SUS: Direito à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_17B.pdf.

PENALVA, Janaína. **Judicialização do Direito à Saúde: O caso do Distrito Federal**. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2010/2011. Disponível em: http://democraciaejustica.org/cienciapolitica3/sites/default/files/livro_judicializacao_do_direito_a_saude_-_saida.pdf.

QUINÁGLIA, Érica; BRANDI, Vinicius. **Saúde é prioridade**. Jornal Valor Econômico. Data de publicação: 14/09/2012. Disponível em: <http://www.valor.com.br/opiniaio/2829588/saude-e-prioridade>.

Recomendação Nº 31, de 30 de Março de 2010. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/recomendao-n31-30-03-2010-presidencia.pdf

Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

SANTOS, Lenir. A judicialização da saúde e a incompreensão do SUS. In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS, Fernanda (Org.). **Judicialização da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2014. p.125-160.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988**. Revista Diálogo Jurídico, Salvador, CAJ - Centro de Atualização Jurídica, nº.10, janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.direitopublico.com.br>.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos Direitos Fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. Rev. Atual. E ampl. 12ª ed. Porto Alegre. Livraria do Advogado Editora, 2015.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Revista Saúde Pública, Campinas-SP, v. 39(3): 507-14; 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dados/v48n4/28479.pdf>.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **O direito à saúde no Brasil: reflexões bioéticas à luz do princípio da justiça.** Edições Loyola. São Paulo, 2014.

VENTURA, Míriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde.** Rio de Janeiro, 2010. Revista de Saúde Coletiva, 20 [1]: 77-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a06v20n1.pdf>.

ANEXO

Aceite Institucional

ACEITE INSTITUCIONAL

O(A) Sr./Sra. Celestino Chupel, Defensor(a) Público(a) do Núcleo de Saúde da Defensoria Pública do Distrito Federal, está de acordo com a realização da pesquisa Justiça e acesso à saúde: consequências da judicialização de cirurgias no Distrito Federal, de responsabilidade da pesquisadora Rayssa Lohanna Coêlho Lopes, estudante de graduação no curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, sob orientação da Profa. Dra. Érica Quinaglia Silva.

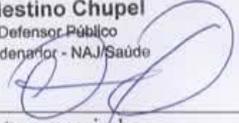
O estudo envolve a realização de pesquisa qualitativa mediante a análise de processos judiciais concernentes à judicialização do direito à saúde entre novembro de 2014 a março de 2015, tendo em vista a Lei N° 5.419, de Novembro de 2014. A pesquisa terá a duração de sete meses, com previsão de início em março de 2015 e término em novembro do mesmo ano.

Eu, Celestino Chupel, Defensor(a) Público do(a) do Núcleo de Saúde da Defensoria Pública do Distrito Federal, declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Brasília, 17 de março de 2015.

Celestino chupel
Nome do(a) responsável pela instituição

Celestino Chupel
Defensor Público
Coordenador - NAJ/ Saúde


Assinatura e carimbo
do(a) responsável pela instituição

Instrumento da Pesquisa Quantitativa

INSTRUMENTO DA PESQUISA QUANTITATIVA

1 – Data da coleta de dados:

2 – Processo n°:

Identificação:

3 – Sexo:

Masculino

Feminino

Sem Informação

4 – Data de nascimento:

5 – Idade:

menos de 20

20 a 24 anos

25 a 29 anos

30 a 34 anos

35 a 39 anos

40 a 44 anos

45 a 49 anos

50 a 59 anos

60 a 69 anos

70 ou mais

Sem informação

6 – Estado civil:

Casado

Divorciado

Viúvo

Solteiro

Amasiado

Sem informação

7 – Profissão:

Situação Processual:

8 – Diagnóstico:

9 – Prescrição médica:

10 – Origem da prescrição médica:

11 – Data de entrada no hospital:

12 - Data de solicitação da cirurgia:

13 – Data de entrada na Defensoria Pública:

14 – Data do ajuizamento da ação:

15 – Bens de saúde demandados:

16 – Fundamento(s) jurídico(s) da ação:

Constituição Federal

Especificar artigo(s):

Legislação infraconstitucional

Especificar artigo(s):

Ato normativo do Executivo (decreto, resolução, portaria, etc.)

Especificar artigo(s):

Jurisprudência

Reserva do possível

Isonomia

Ausência de documentos

Lista de espera

Outras

17– Houve tutela de urgência (tutela antecipada, liminar, etc.):

Sim

Não

18– Se houve, a tutela de urgência foi:

Favorável ao autor

Favorável parcialmente

Desfavorável ao autor

Sem Informação

19– Fundamento(s) jurídico(s) da defesa:

Constituição Federal

Especificar artigo(s):

Legislação infraconstitucional

Especificar artigo(s):

Ato normativo do Executivo (decreto, resolução, portaria, etc.)

Especificar artigo(s):

Jurisprudência

Reserva do possível

Isonomia

Ausência de documentos

Lista de espera

Outras

20 – Parecer do Ministério Público (se houver):

Favorável ao autor

Favorável parcialmente

Desfavorável ao autor

Sem Informação

21 – Acórdãos:

22 – Fundamento(s) jurídico(s) do(s) acórdão(s):

Constituição Federal

Especificar artigo(s):

Legislação infraconstitucional

Especificar artigo(s):

Ato normativo do Executivo (decreto, resolução, portaria, etc.)

Especificar artigo(s):

- Jurisprudência
- Reserva do possível
- Isonomia
- Ausência de documentos
- Lista de espera
- Outras

23 – Data(s) do(s) acórdão(s):

Análise das Ações Judiciais

Sequencial	Nº do Processo	Prestação de serviço de saúde solicitado	Origem da prescrição médica	Data da solicitação de Cirurgia	Data de Entrada na Defensoria	Data do Ajuizamento da Ação	Fundamentos Jurídicos da Ação	Pedido de tutela de Urgência	Parecer do Min. Público	Fundamentos Jurídicos da Defesa	Nº dos Acórdãos	Fundamentos Jurídico dos Acórdãos
1.	2015. 01. 1. 032901-8	Cirurgia de videolaparoscopia para endometriose infiltrava profunda.	Hospital Materno Infantil de Brasília.	23/09/2013	Dezembro de 2013	26/03/2015	Lei Distrital Nº 5.419/14 - Art. 1º, § 1º, § 2º; Art. 2º; Art. 3º / Lei Orgânica do Distrito Federal – Art. 204, incisos I e II, § 2º	Sim	Sem informação	CF/88 - Art. 196 / Código de Processo Civil – Art. 297; Art. 273; Art. 300/ Reserva do Possível/ Isonomia.	Nº 631947; Nº 608702; Nº 604564	CF/88 - Art. 196/ Lei Orgânica do Distrito Federal – Art. 207/ Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90 – Art. 2º/ Reserva do Possível/ Princípio da Isonomia.
2.	2015. 01. 1. 020583-4	Cirurgia de Artroplastia total do joelho com prótese de joelho (Kit Barrier).	Hospital Regional de Santa Maria	21/05/2014	15/09/2014	26/02/2015	CF/88 - Art. 196 e 198, inciso II/ Lei Distrital Nº 5.419/14 - Art. 1º, § 1º, § 2º; Art. 2º; Art. 3º / Lei Orgânica do Distrito Federal – Art. 204, incisos I e II, § 2º / Estatuto do Idoso – Lei Nº 10.741/03 – Art. 15.	Sim	Favorável ao autor	Código de Processo Civil – Art. 297; Art. 300/ Reserva do Possível/ Princípio da Isonomia	Nº 541909; Nº 685081; Nº 740457	CF/88 - Art. 196/ Código de Processo Civil – Art. 267; Art. 301, § 4º/ Reserva do Possível/ Isonomia/ Outras.

Sequencial	Nº do Processo	Prestação de serviço de saúde solicitado	Origem da prescrição médica	Data da solicitação de Cirurgia	Data de Entrada na Defensoria	Data do Ajuizamento da Ação	Fundamentos Jurídicos da Ação	Pedido de tutela de Urgência	Parecer do Min. Público	Fundamentos Jurídicos da Defesa	Nº dos Acórdãos	Fundamentos Jurídico dos Acórdãos
3.	2015.01.1. 017235-0	Cirurgia de Histerectomia	Hospital Regional de Ceilândia	Início de 2014	19/05/2014	20/02/2015	CF/88 - Art. 196 e 198, inciso II/ Lei Distrital Nº 5.419/14 - Art. 1º, § 1º, § 2º; Art. 2º; Art. 3º	Sim	Sem informação	Sem informação	Nº 608702; Nº 604564; Nº 631947	CF/88 - Art. 1º, inciso III; Art. 196/ Lei Orgânica do Distrito Federal – Art. 207; Lei Nº 8.080/90 – Art. 2º, inciso II/ Jurisprudência (STF)
4.	2015.01.1. 019532-9	Cirurgia de Artroplastia Total de Quadril Esquerdo	Hospital de Base do Distrito Federal	16/12/2013	23/10/2014	25/02/2015	CF/88 - Art. 196 e 198, inciso II/ Lei Distrital Nº 5.419/14 - Art. 1º, § 1º, § 2º; Art. 2º; Art. 3º / Lei Orgânica do Distrito Federal – Art. 204, incisos I e II; Art. 207, inciso XXIV.	Sim	Favorável ao autor	Isonomia / Lista de Espera	Nº 541909; Nº 685081; Nº 586167; Nº 740457	CF/88 - Art. 1º, inciso III; Art. 6º; Art. 196/ Lei Orgânica do Distrito Federal - Art. 204; Art. 207/ Código de Processo Civil - Art. 267; Art. 301. § 4º/ Lei Orgânica da Saúde- Art. 2º/ Reserva do Possível/ Princípio da Isonomia/ Outras.
5.	2015.01.1. 029413-2	Cirurgia de Adenocarcinoma de próstata	Hospital de Base do Distrito Federal	21/08/2014	24/02/2015	18/03/2015	CF/88 - Art. 196 e 198, inciso II/ Lei Distrital Nº 5.419/14 - Art. 1º, § 1º, § 2º; Art. 2º; Art. 3º / Lei Orgânica do Distrito Federal – Art. 204, incisos I e II/ Lei 12.732/12 – Art. 2º/ Código de Processo Civil – Art. 269, inciso I/ Jurisprudência (STF)/ Outras.	Sim	Favorável ao autor	CF/88 - Art. 196 / Jurisprudência/ Princípio da Isonomia/ Lista de espera/ Outras.	Nº 608702; Nº 604564; Nº 631947.	CF/88 - Art. 1º, inciso III; Art. 196/ Lei Orgânica do Distrito Federal - Art. 207/Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90- Art. 2º/ Reserva do Possível/ Princípio da Isonomia/ Outras.

Sequencial	Nº do Processo	Prestação de serviço de saúde solicitado	Origem da prescrição médica	Data da solicitação de Cirurgia	Data de Entrada na Defensoria	Data do Ajuizamento da Ação	Fundamentos Jurídicos da Ação	Pedido de tutela de Urgência	Parecer do Min. Público	Fundamentos Jurídicos da Defesa	Nº dos Acórdãos	Fundamentos Jurídico dos Acórdãos
6.	2015.01.1. 018049-2	Cirurgia de Endoscópica Nasal	Hospital Materno Infantil de Brasília.	06/01/2014	23/01/2015	23/02/2015	Lei Distrital Nº 5.419/14 - Art. 1º, § 1º, § 2º; Art. 2º; Art. 3º/ Lei Orgânica do Distrito federal - Art. 204, § 2º, inc. I e II/ Jurisprudência STF	Sim	Sem informação	Jurisprudência STF/ Reserva do Possível	Nº 608702; Nº 604564; Nº 631947	CF/88 - Art. 1º, inciso III; Art. 196/ Lei Orgânica do Distrito Federal – Art. 207; Lei Nº 8.080/90 – Art. 2º, inciso II/ Jurisprudência (STF)
7.	2015.01.1. 031203-9	Cirurgia de Tireóide	Hospital de Base do Distrito Federal	21/08/2014	13/01/2015	23/03/2015	Lei Distrital Nº 5.419/14 - Art. 1º, § 1º, § 2º; Art. 2º; Art. 3º / Lei Orgânica do Distrito Federal – Art. 204, § 2º, inc. I e II/ Jurisprudência (STF).	Sim	Sem informação	Isonomia / Reserva do Possível	Nº 608702; Nº 604564; Nº 631947	CF/88 - Art. 1º, inciso III; Art. 196/ Lei Orgânica do Distrito Federal – Art. 207; Lei Nº 8.080/90 – Art. 2º, inciso II/ Jurisprudência (STF)

Planilha de Atendimento por assunto – Ano: 2014 – DPDF/ NAJ-Saúde

ATENDIMENTO POR ASSUNTO

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Centro de Assistência Judiciária do Distrito Federal
Defensoria Pública
Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde

PLANILHA DE ATENDIMENTO POR ASSUNTO - 2014

ATENDIMENTO	jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14	dez/14	TOTAL
CIRURGIA	393	384	355	349	402	309	385	421	501	389	462	318	4668
CONSULTA	73	94	88	101	94	99	152	114	201	106	151	86	1359
CUSTEIO	3	11	2	1	9	3	6	1	2	6	5	3	52
EXAME	76	103	69	74	72	63	100	145	181	125	176	76	1260
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	81	59	91	78	71	48	80	72	68	43	80	60	831
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	8	4	7	10	2	6	13	13	10	5	12	9	99
ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	33	45	35	39	42	50	64	77	106	73	70	32	666
DESCUMPRIMENTO	31	45	47	27	34	26	47	36	31	21	52	25	422
MATERIAL	63	66	66	46	59	70	92	83	101	45	43	35	769
MEDICAMENTO	188	123	173	183	207	164	286	291	322	224	320	222	2703
ALIMENTAÇÃO	1	4	5	0	4	3	6	4	5	3	7	7	49
TRANSFERÊNCIA UTI	3	9	9	7	1	4	14	19	20	4	5	5	100
TRATAMENTO	68	19	23	8	25	21	31	38	75	54	49	54	465
UTI	79	71	71	86	118	66	127	125	110	57	86	72	1068
HABILITAÇÃO	5	2		0	33	24	23	41	35	18	19	4	204
PRONTUÁRIO	10	10	13	14	6	9	13	9	9	11	5	4	113
OUTROS/ORIENTAÇÃO	70	54	49	65	70	67	80	220	448	265	350	193	1931
TFD	0	3	2	3	4	1	7	6	17	5	9	1	58
ANDAMENTO PROCESSUAL	55	78	45	47	42	31	65	93	174	150	208	124	1112
TRANSPORTE	8	8	3	7	2	3	5	4	11	10	6	2	69
TOTAL	1248	1192	1153	1145	1297	1067	1596	1812	2427	1614	2115	1332	17998

24/11/2015
17:21

Planilha de Ações Judiciais – Ano: 2014 – DPDF/ NAJ-Saúde

Relatório Anual Ações Judiciais



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Centro de Assistência Judiciária do Distrito Federal
Defensoria Pública
Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde



PLANILHA DE AÇÕES JUDICIAIS/2014

INICIAL	jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14	dez/14	TOTAL
CIRURGIA	46	44	36	52	50	38	46	21	32	40	50	52	507
CONSULTA	6	7	1	2	4	4	6	6	15	7	10	7	75
CUSTEIO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
EXAME	8	9	7	8	2	1	14	10	15	7	16	14	111
EXIBIÇÃO DE DOCUMENTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	18
INTERNAÇÃO/INTERDIÇÃO	6	6	6	9	8	3	8	8	15	6	5	3	83
MATERIAL	8	10	10	5	7	6	6	8	6	5	4	0	75
MEDICAMENTO	26	16	21	28	24	31	35	46	53	42	61	40	423
TRANSPORTE	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
TRATAMENTO	2	8	4	4	6	4	2	4	8	7	15	16	80
UTI	46	52	41	46	93	50	97	82	80	80	77	42	786
TOTAL	149	153	126	154	194	137	214	186	224	194	247	183	2161

Brasília., 24/11/2015 17:22

Planilha de Atendimento por assunto – Ano: 2015 – DPDF/ NAJ-Saúde



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
 Centro de Assistência Judiciária do Distrito Federal
 Defensoria Pública
 Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde

PLANILHA DE ATENDIMENTO POR ASSUNTO - 2015

ATENDIMENTO	jan/15	fev/15	mar/15	abr/15	mai/15	jun/15	jul/15	ago/15	set/15	out/15	nov/15	dez/15	TOTAL
ALIMENTAÇÃO	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0			5
ANDAMENTO PROCESSUAL	92	0	0	0	0	0	0	0	0	0			92
ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	74	64	86	87	100	49	73	52	53	47			685
CAMARA HIPERBÁRICA	0	9	1	3	2	0	5	6	2	3			31
CIRURGIA	373	266	416	294	313	337	349	352	368	384			3452
CONSULTA	107	0	72	91	81	82	96	98	90	70			787
CUSTEIO	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0			11
DESCUMPRIMENTO	49	27	62	67	45	45	41	37	47	41			461
EXAME	92	122	139	117	89	136	115	127	138	81			1156
FISIOTERAPIA	0	5	3	0	1	0	2	1	1	1			14
HABILITAÇÃO	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0			17
HOME CARE	17	13	19	9	6	8	3	8	9	6			98
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	8	13	6	7	6	12	7	11	12	6			88
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	39	44	50	51	38	41	48	59	61	48			479
MATERIAL	22	69	51	33	57	65	63	69	67	47			543
MEDICAMENTO	324	315	404	338	305	319	364	290	285	312			3256
ODONTOLOGIA	7	12	7	4	1	2	2	8	2	4			49
OUTROS/ORIENTAÇÃO	98	220	166	172	187	206	239	178	260	313			2039
PRONTUÁRIO	2	0	0	0	0	0	0	0	0				2
RADIOTERAPIA	15	29	39	37	49	85	107	80	101	91			633
TELE ATENDIMENTO	0	124	233	142	171	227	164	231	189	187			1668
TFD	4	20	2	9	5	4	5	2	6	6			63
TRANSFERÊNCIA UTI	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0			6
TRANSPORTE	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0			8
TRATAMENTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
UTI	84	50	113	115	113	119	96	115	95	94			994
TOTAL	1357	1402	1869	1576	1569	1737	1779	1724	1786	1741	0	0	16637

Planilha de Ações Judiciais – Ano: 2015 – DPDF/ NAJ-Saúde

Relatório Anual Ações Judiciais



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Centro de Assistência Judiciária do Distrito Federal
Defensoria Pública
Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde

PLANILHA DE AÇÕES JUDICIAIS/2015

INICIAL	jan/15	fev/15	mar/15	abr/15	mai/15	jun/15	jul/15	ago/15	set/15	out/15	nov/15	dez/15	TOTAL
CIRURGIA	39	30	33	16	28	31	16	14	25	38			270
CONSULTA	10	11	3	7	8	14	1	7	11	9			81
EXAME	11	9	7	12	11	9	6	8	4	7			84
EXIBIÇÃO DE DOCUMENTO						5	4	3	3	3			
INTERNAÇÃO/INTERDIÇÃO	6	10	2	2	7	2	2	0	6	2			39
MATERIAL	2	5	1	1	3	9	5	4	1	2			33
MATRÍCULA ESCOLAR	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0			4
ALTERAÇÃO DE NOME										1			
MEDICAMENTO	59	35	54	31	28	32	50	27	33	42			391
TRANSPORTE	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0			1
TRATAMENTO	11	6	13	15	12	12	20	33	30	23			175
UTI	74	50	94	76	85	83	47	97	73	72			751
TOTAL	212	156	208	160	184	199	151	193	186	199	0	0	1829

Brasília., 24/11/2015 17:18