



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA**

**PANORAMA DAS DEMANDAS JUDICIAIS EM SAÚDE NO
HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA: CONHECER PARA
MEDIAR.**

FERNANDO ANDRADE GOMES

**CEILÂNDIA
2017**

FERNANDO ANDRADE GOMES

**PANORAMA DAS DEMANDAS JUDICIAIS EM SAÚDE NO HOSPITAL
REGIONAL DA CEILÂNDIA: CONHECER PARA MEDIAR.**

Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva
apresentado a Faculdade de Ceilândia da
Universidade de Brasília para obtenção do título de
Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Badim Marques

CEILÂNDIA

2017

FERNANDO ANDRADE GOMES

**PANORAMA DAS DEMANDAS JUDICIAIS EM SAÚDE NO HOSPITAL REGIONAL
DA CEILÂNDIA: CONHECER PARA MEDIAR.**

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 Silvia Badim Marques.

Aprovado em 31 de maio de 2017

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

José Antonio Iturri de La Mata
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Avaliador

Alethele de Oliveira Santos
Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Avaliador

Ceilândia, DF
2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço acima de tudo a Deus, pois nEle encontro vida e esperança. Ele me sustenta, guarda os meus caminhos e torna os meus sonhos realidade.

À minha família, que me transmite os valores que carrego e tornou possível tudo que conquistei até hoje, em especial a minha avó Maria Daguia.

À minha namorada Erica, por me motivar a crescer cada vez mais, por sua paciência e conversas estimulantes, por seus momentos de riso e acolhimento.

À todos os amigos que adquiri durante a graduação, principalmente: Gabriel, Débora, Cassio, Alex, Yure, Rayane, Thamile, Adones e Leonardo, com os quais possuo maior proximidade.

À minha professora e orientadora Silvia Badim, por seu tempo e disposição em me ensinar, acompanhar e auxiliar, a qual acompanhei como aluno, monitor e orientando. Agradeço sua paciência e tudo que me ensinou em suas aulas de Direito Sanitário.

À toda equipe do Hospital Regional da Ceilândia que me acolheram e auxiliaram durante todo o meu estudo.

Aos professores que marcaram minha graduação, com sua maneira de ensinar, me instigaram ao pensamento crítico e se destacaram em minha graduação: Sérgio Schierholt, Maria Inez e José Iturri.

Aos meus amigos do Rio de Janeiro, que são tão próximos quanto vizinhos, em especial ao Eduardo “Mends”, que se parece comigo em tantos aspectos, e sabe como é lidar com a constante ansiedade.

A todos os quais não citei, mas foram importantes em minha graduação.

“Não se permita ficar desmotivado”

Autor desconhecido

RESUMO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu de forma gradual, a partir da Constituição Federal de 1988 que afirma a saúde como um direito integral e universal a ser garantido através de políticas sociais e econômicas. Apesar dos enormes avanços na consolidação do SUS, ainda hoje não se possui recursos financeiros e humanos efetivos para garantir o acesso a todos os serviços para todos, o que se organiza através de escolhas políticas formalizadas em políticas e serviços públicos. Assim, o SUS necessita priorizar o coletivo em suas ações, otimizando seus recursos e buscando atender o máximo com o mínimo. Dessa forma, por vezes os cidadãos podem não conseguir o acesso a determinado serviço ou medicamento, recorrendo ao poder judiciário que obriga coercitivamente o SUS a conceder tal demanda com base no direito à saúde, gerando o fenômeno de judicialização da saúde. A presente pesquisa possui por objetivo identificar as principais demandas referentes aos casos de judicialização da saúde recebidas pelo Hospital Regional da Ceilândia no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015. Devido à crescente demanda judicial, que acarreta o fenômeno da judicialização, e considerando a grande área urbana e população de Ceilândia que conta com apenas um hospital, faz necessário observar como a judicialização influencia o Hospital Regional de Ceilândia, compreendendo as principais demandas e como as mesmas são respondidas. O estudo possui natureza descritiva acerca da análise documental dos registros de processos judiciais respondidos pelo Hospital Regional da Ceilândia relacionados aos casos de judicialização. O estudo possui caráter quali-quantitativa a medida em que os dados obtidos foram quantificados, apresentando-se em proporções e quadros com uma análise discursiva. A pesquisa foi dividida em cinco etapas, compreendendo análise bibliográfica, levantamento de dados, análise de documentos, quantificação e discussão dos dados obtidos. Foram analisados todos os processos judiciais recebidos referentes aos anos de 2014 e 2015, sendo ao total 73 processos. Alguns processos contavam com mais de um objeto de solicitação, sendo ao total 82 demandas. As demandas presentes no Hospital Regional de Ceilândia revelam que os números mais expressos solicitação são procedimentos cirúrgicos e consultas em especialidades. Além disso, a pesquisa não confirma a tese comumente presente na literatura de que a maior parte das solicitações de medicamentos são referentes a medicações não contempladas pelo SUS, não apresentando nenhuma demanda do tipo. As concessões as demandas judiciais impactam nos demais usuários na fila de espera para o atendimento. Dessa forma existe a necessidade de medidas que garantam o atendimento a essas demandas minimizando os agravos para as demais pessoas. Concordando com a literatura, deve-se sempre prezar pela solução pacífica e de maior benefício aos envolvidos. Dessa forma, é pertinente a criação de um comitê de mediação no Hospital Regional de Ceilândia. O comitê de mediação é mais uma forma de se estabelecer vínculos entre o sistema de saúde e os usuários, de forma que se evitem gastos públicos com a abertura de processos e minimize-se o tempo de resposta para as solicitações.

Palavras-chave: Judicialização da saúde, Direito à saúde, Sistema Único de Saúde, Mediação, Decisões Judiciais.

ABSTRACT

The implementation of the Unified Health System (SUS) has taken place gradually, starting with the Federal Constitution of 1988, which affirms health as an integral and universal right to be guaranteed through social and economic policies. Despite enormous advances in the consolidation of SUS, there is still no effective financial and human resources to guarantee access to all services for all, which is organized through formalized political choices in public policies and services. Thus, SUS needs to prioritize the collective in its actions, optimizing its resources and seeking to meet the maximum with the minimum. In this way, sometimes citizens may not be able to access a particular service or medicine, resorting to the judiciary that coercively forces the SUS to grant such a demand based on the right to health, generating the phenomenon of health litigation. The present research aims to identify the main demands related to the cases of health litigation received by the Regional Hospital of Ceilândia from January 2014 to December 2015. Due to the increasing judicial demand, which entails the phenomenon of health litigation, and considering the large urban area and population of Ceilândia that has only one hospital, it is necessary to observe how the health litigation influences the Ceilândia Regional Hospital, understanding the main demands and how they are answered. The study has a descriptive nature about the documentary analysis of the records of judicial processes answered by the Regional Hospital of Ceilândia related to the cases of judicialization. The study has a qualitative-quantitative character in that the data obtained were quantified, presenting in proportions and tables with a discursive analysis. The research was divided into five stages, including bibliographic analysis, data collection, document analysis, quantification and discussion of the data obtained. All judicial proceedings received for the years 2014 and 2015 were analyzed, with a total of 73 cases. Some processes had more than one request object, with a total of 82 requests. The demands presented at the Ceilândia Regional Hospital show that the most frequently requested numbers are surgical procedures And consultations in specialties. In addition, the research does not confirm the thesis commonly found in the literature that most drug applications refer to medications not contemplated by SUS, and do not present any such demand. The concessions the lawsuits impact on the other users in the waiting list for the service. In this way, there is a need for measures to ensure that these demands are met, minimizing the harm to others. In agreement with the literature, one must always cherish the pacific solution and of greater benefit to those involved. Thus, it is pertinent to create a mediation committee at the Ceilândia Regional Hospital. The mediation committee is one more way of establishing links between the health system and users, so that public expenditures are avoided by opening processes and minimizing the response time for requests.

Keywords: Health litigation, Right to Health, Unified Health System.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 OBJETIVO GERAL.....	14
3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	14
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
4.1 Do direito à saúde.....	15
4.2 Judicialização das políticas de saúde.....	18
4.3 Mediação em saúde.....	25
5 METODOLOGIA.....	28
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
7 CONCLUSÃO.....	37
8 REFERÊNCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	39
9 ANEXOS.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAMEDIS	Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIRADS	Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DF	Distrito Federal
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HRC	Hospital Regional de Ceilândia
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VII CNS	8º Conferência Nacional de Saúde

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde como compreendido atualmente, foi uma construção social erigida contra todos os marcos normativos e políticas de saúde vigentes até então no país. Iniciado durante o período de Ditadura Militar, o movimento de Reforma Sanitária se opunha ao modelo previdencialista presente na época e buscava o reconhecimento de saúde como um direito de todos. O movimento de Reforma Sanitária foi impulsionado por trabalhadores da saúde, acadêmicos e representantes sociais, que levaram a discussão e aprovação na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 um conjunto de medidas que buscavam definir a saúde como um direito social e organizar um sistema de saúde universal e baseado em princípios como da integralidade e participação social (BARROS, 2015).

Segundo Júnior (2015), anterior a criação do sistema de saúde como presente atualmente, o modelo de saúde adotado no Brasil era o modelo assistencial-privatista. Esse modelo apresentava um conceito de saúde bastante restrito, no qual o tratamento ocorria em grandes hospitais privados, dividido em especialidades. A assistência pública estava vinculada aos trabalhadores formais, que contribuíam com impostos. Dessa forma, os trabalhadores informais e aqueles que não trabalhavam necessitavam pagar pelo atendimento ou dependiam de caridade.

Essa assistência era de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (Inamps), que devido a insuficiência de recursos, em sua maior parte utilizava da contratação da iniciativa privada para prestação de atendimento em saúde. O Inamps estava atrelado as empresas, de modo que apenas os trabalhadores formais que contribuíam para o fundo de previdência possuíam o direito ao atendimento. Nesse contexto, os cidadãos eram classificados entre previdenciários e indivíduos “sem cobertura”, o que gerou grande desigualdade no acesso e uma concentração dos recursos em saúde nos grandes centros urbanos e regiões mais ricas do país (JÚNIOR, 2015).

O movimento da reforma sanitária foi exitoso em assegurar pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) a definição de saúde como conhecida atualmente, entendendo saúde como um direito de todos e dever do estado mediante políticas sociais e econômicas, assim como definido no Artigo 196, que afirma:

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

Os marcos desse movimento se efetivaram através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que representou uma quebra do modelo de assistência à saúde para sua época, ao garantir o acesso a saúde pública e gratuita. Além disso, sua abordagem não se restringia a cura de doenças e procedimentos de alta complexidade, mas como assegurado no parágrafo II do artigo 198 da CF/88, compreende a integralidade no atendimento, com atividades de prevenção e promoção da saúde. É assegurado a cobertura a todos, de modo que até aqueles que possuem planos e seguros privados de saúde são atendidos pelo SUS, como exemplo em serviços de urgência e emergência e ações de vigilância (JÚNIOR, 2015).

O Estado assume mediante aparato normativo a responsabilidade em fornecer acesso a saúde. Esse acesso é provido através da elaboração e execução de políticas econômicas e sociais, que visem reduzir riscos de doenças e outros agravos, além de estabelecer o acesso universal e igualitário a serviços de promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990). Entre os princípios e diretrizes estabelecidos para o sistema de saúde, estão a universalidade do acesso, a integralidade da assistência, a igualdade, direito à informação, estabelecimento da participação social e a descentralização da gestão. Busca-se através desses princípios, que cada região possa ter autonomia para gerir suas ações da melhor forma possível, além de compreender serviços que vão desde a atenção primária até a alta complexidade. Esses serviços são organizados em forma de redes de saúde integradas, de modo que todo o sistema se articule como único.

Desde a sua implementação, o SUS apresentou uma crescente melhoria nas condições de saúde da população. Segundo Júnior (2015), através de dados obtidos no Departamento de Informática do SUS (Datasus), os indicadores de mortalidade infantil, neonatal e materna, dentre outras, apresentaram uma diminuição drástica entre os anos de 1990 e 2012. Dentre os exemplos, a taxa de mortalidade infantil apresentou uma redução de 69% entre 1990 e 2012. Outro exemplo é o aumento da esperança em vida ao nascer – em anos -, que passou de 66,9 para 74,5. Entre 1966 e 2015, o número de óbitos maternos caiu de 63289 para 30161 em todo o país (DATASUS, 2016).

Além da melhora significativa nos indicadores de saúde, Júnior (2015) apresenta a inovação trazida pelo SUS ao enfatizar políticas de atenção básica, apresentando o Programa de Saúde da Família (PSF) – hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família – reconhecido internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como programa que aproxima o sistema de saúde às necessidades da população.

O direito à saúde é complexo e subjetivo, compreendendo caráter individual e coletivo, abrangendo elementos além dos estritamente normativos (MARQUES, 2015). Esses aspectos são afirmados por Tojal (2003), ao se afirmar que o Direito sanitário não se conforma com o modelo clássico de direito fundamentado em paradigmas estatutários, visto que a saúde requer uma visão particularizada mediante sua natureza.

Dessa forma, são envolvidas questões econômicas, particularidades políticas e o contexto social de cada região. Mediante esses elementos, a descentralização torna-se de suma importância, na medida em que busca aproximar a assistência às necessidades de cada região, e assim definir prioridades à saúde de maneira universal e igualitária (COSTA et al. 2009).

Apesar da garantia de acesso universal e gratuito, o Estado conta com recursos finitos que devem ser otimizados de forma a atender o maior número de pessoas, priorizando as necessidades coletivas (SIMON, 2015). Ao assegurar o direito à saúde, mas nem sempre dispor de recursos para tal, o SUS por vezes ao priorizar o coletivo gera o fenômeno da judicialização da saúde a medida em que os cidadãos que não conseguem algum serviço ou medicamento na política pública recorrem ao judiciário que por muitas vezes obriga coercitivamente o sistema de saúde a conceder.

Dentro do campo da política de saúde, Chieffi e Barata (2009) definem a judicialização como “a garantia de acesso a bens e serviços por intermédio do recurso a ações judiciais” (p. 1839). A abordagem da judicialização feita por Delduque, Marques e Ciarlini (2013) traz a judicialização como “um fenômeno político-social, no sentido do alargamento das possibilidades de ação junto ao Poder Judiciário[...]” (p. 187). Dessa forma, se traz ao Poder Judiciário o poder de decisão acerca da concessão imediata de uma demanda representada pela política de saúde, que poderá ser decidida a favor, ou não, do demandante. Para Ventura et al. (2010), dentro do contexto democrático atual, a judicialização representa a atuação legítima da

população para se garantir através do sistema jurídico a execução dos direitos e da cidadania afirmados em leis.

Segundo Ventura et al. (2010), o fenômeno teve início na década de 1990 com diversas reivindicações de pessoas com HIV/Aids (Vírus da imunodeficiência humana) para medicamentos e procedimentos médicos com base na garantia do direito à saúde. O conjunto de ações movidas em todo o Brasil resultou em uma jurisprudência favorável aos usuários, obrigando os entes federativos ao cumprimento imediato da prestação de serviços. Essas ações serviram de motivação para diversas outras e têm gerado um crescimento do número de ações judiciais em saúde.

No Distrito Federal (DF) existe um grande número de ações judiciais referentes a saúde, sendo a Defensoria Pública do Distrito Federal – esta que conta com um núcleo especializado em saúde – responsável por promover sua maior parte. Para Sant’Ana (2015), a população encontra na Defensoria Pública o caminho para o acesso à justiça, gerando essa o acesso à saúde. Para Ventura (2010), a atuação do poder judiciário no setor saúde tem gerado consequências na gestão, influenciando a tomada de decisões.

A maior concentração da população no DF está na cidade de Ceilândia, esta que surgiu a partir da Campanha de Erradicação de Favelas realizado no DF em 1971. Com a chegada de novos habitantes e constantes expansões, atualmente a cidade possui uma área urbana de 29,10km² e sua população estimada em 2015 foi de 489.351 habitantes (CODEPLAN, 2015).

Atualmente, Ceilândia possui um hospital regional, 12 centros de saúde e uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA – (SESDF, 2016). Para promover a integração e uma melhora nos serviços prestados, foi aprovado o Decreto de Reestruturação da Secretaria de Saúde e publicado no Diário Oficial do Distrito Federal em 15 de janeiro de 2016, define que as coordenações gerais de saúde – incluindo os centros de saúde, UPAs e outros serviços assistenciais e administrativos – são agrupadas em sete regiões de saúde: centro-sul, centro-norte, oeste, sudoeste, norte, leste e sul. A cidade de Ceilândia forma juntamente com a cidade de Brazlândia, a região oeste (SESDF, 2016).

Mediante os crescentes casos de judicialização da saúde e a grande parcela da população que busca atendimento nos serviços de saúde em Ceilândia, observa-se a necessidade de analisar como o Hospital Regional de Ceilândia (HRC) é

influenciado pela judicialização da saúde, compreendendo as principais demandas e como o hospital responde as mesmas.

2 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa se justifica pela necessidade de se compreender os principais motivos que levam a busca pelo judiciário nas demandas em saúde para se fomentar futuras ações que busquem evitar a judicialização, fenômeno este que revela a dificuldade do estado em mediar os interesses em saúde individuais e coletivos. Ao se compreender as principais demandas, o gestor dispõe informações para auxiliar a busca em se evitar gastos e conflitos inesperados, buscando atender o usuário de forma mais célere e condizente com suas necessidades de saúde.

Dada a sua população e a disponibilidade de um único hospital regional – que atende como suplente a região de Brazlandia-, observa-se a importância de compreender como o HRC se apresenta, quando observado o crescimento das demandas judiciais em saúde. Segundo Marques (2015):

Para a compreensão do direito à saúde, e para que seu exercício possa ser condizente com a complexidade contextual que o envolve, é preciso romper, paulatinamente, esses compartimentos fechados dos saberes jurídicos, políticos e médico-sanitários (p. 4).

Dessa forma, torna-se pertinente que os profissionais de saúde conheçam parte do panorama jurídico referente a judicialização, tratando-o como um problema que envolve diversos fatores, buscando agir sobre as causas do não atendimento, além da concessão.

Esse fenômeno gera consequências para a saúde dos usuários e dos profissionais, que se deparam com a necessidade de resolver perante o sistema judiciário problemas que podem ser solucionados por meios alternativos, de forma a evitar maiores gastos públicos e conflitos pessoais. Estima-se que a presente pesquisa contribuirá como ferramenta para: a busca de medidas alternativas a judicialização; a composição de uma base de dados sobre esses pedidos e fornecer um panorama geral dos principais motivos que levam a judicialização da saúde no HRC, de modo a fornecer indicativos de como trabalhar para amenizar as consequências desse conflito de interesses em saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a pertinência dos meios alternativos à judicialização a partir das demandas com números mais expressivos nos casos interpostos contra o Hospital Regional da Ceilândia, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar como o Hospital Regional da Ceilândia responde as ordens judiciais referentes a judicialização.

Identificar se existe um setor específico responsável por analisar e solucionar as ordens judiciais recebidas.

Verificar de que forma o instituto da mediação sanitária poderia contribuir para o enfrentamento do problema em questão.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Do direito à saúde

As primeiras concepções de saúde próximas as presentes na atualidade se deram a partir do século XX. Segundo Júnior (2015), com os adventos de duas guerras mundiais, inúmeras mortes e desrespeito a vida e dignidade humana, a comunidade mundial se articulou juntamente a Organização das Nações Unidas (ONU) na busca de promover ações que assegurassem o respeito a vida e a promoção da sua dignidade. A partir disso, começou a se reconhecer o dever do estado em assegurar saúde e impedir experiências degradantes como aquelas ocorridas no contexto de guerra, que culminaram na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (NUNES, 2009 apud JÚNIOR, 2015).

A declaração possui importante papel ao firmar o reconhecimento da dignidade humana. Assegura o direito à vida, o direito à liberdade sem distinção de qualquer espécie. Seu artigo XXV reconhece a saúde como direito, abordando-a como fator constituído de vários elementos, dentre os quais “alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez [...]”. A declaração traz ainda o aspecto que a garantia individual de direitos e liberdades está sujeita às limitações da lei, essa que possui por finalidade assegurar que os direitos individuais não restrinjam os direitos coletivos, assegurando a garantia de uma sociedade democrática.

Nesse mesmo período, o Brasil tinha sua economia predominantemente agrária com enfoque na exportação. Desse modo a saúde pública se voltava para o sanitarismo, buscando evitar doenças e contaminações que prejudicassem o comércio de mercadorias. Segundo Menicucci (2014), a política de saúde no Brasil foi construída de forma segmentada. A assistência à saúde começa a ganhar maior visibilidade através da previdência social, que representa um marco do sistema de proteção social no Brasil. A previdência social surge ligada as empresas e posteriormente aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), que dentre seus serviços, prestavam alguns serviços de assistência à saúde atrelados as classes profissionais. Não existia uma regulamentação dos serviços prestados, mas possuíam características predominantemente curativas voltadas a reintegrar os trabalhadores à

produtividade. Em 1966, durante período de Ditadura Militar, ocorre a unificação de todos os IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Dessa forma, ocorreu um aumento substancial dos trabalhadores assistidos e na assistência médica. Dada a expansão, o governo optou por não prover diretamente essa assistência, mas compra-la da rede privada. Dessa forma, foram estabelecidos convênios e iniciou-se o fornecimento de subsídios ao mercado privado para construção de unidades hospitalares. Através desses subsídios houve o fortalecimento do setor privado, que se tornou cada vez mais independente e passou a complementar à assistência pública. O contexto gerou a cidadania regulada, à medida que os direitos eram restringidos, pois os serviços prestados pela previdência eram restritos a trabalhadores formais, deixando os demais dependentes do pagamento por atendimento privado ou caridade. Concomitantemente, houve incentivo as pessoas físicas que aderissem aos serviços de planos de saúde privados, através da renúncia fiscal, no qual gastos com saúde poderiam ser descontados no imposto de renda. Posteriormente, em 1974 o INPS foi sucedido pelo Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social – Inamps - (MENICUCCI, 2014).

Nesse período, os recursos eram disputados entre o Ministério da Previdência social, que era responsável por serviços de assistência médica e odontológica e o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, responsáveis por ações de vigilância sanitária e epidemiológica, imunização e controle de zoonoses (JÚNIOR, 2015).

O movimento de reforma sanitária segundo Abreu (2009), se iniciou nos meios acadêmicos durante o regime militar. Posteriormente foi ampliado, se articulando com a sociedade civil, profissionais da saúde, lideranças políticas e outros atores. Motivados pelo sistema excludente previdencialista presente no momento, o movimento buscava a democratização pela saúde. Os pilares buscados através da reforma sanitária eram a promoção da reestruturação do sistema de saúde sobre bases democráticas e utilizando os princípios da universalidade, a unificação das ações e serviços dentro de um mesmo sistema, a descentralização da gestão e meios que permitissem a participação popular em seu planejamento. Além disso, o movimento buscava um sistema de saúde que abrangesse todos os níveis de complexidade e não somente a divisão entre prevenção e cura presente na época. O movimento de reforma sanitária buscava no Estado a viabilidade de suas demandas mediante a sua atuação coercitiva para legitimar essas ações.

Observou-se que para consolidação das mudanças solicitadas, era necessária uma reformulação de todo o sistema de saúde. Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), essa necessidade foi formalmente reconhecida, legitimando a atuação do movimento Sanitário e utilizando de suas referências para um novo sistema público de saúde. As discussões realizadas VIII CNS consolidaram os princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social como base para a formulação da nova política.

Essas diretrizes foram posteriormente discutidas em 1986, durante o 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no qual se buscava a construção de uma proposta de texto constitucional para a saúde com base nas diretrizes definida na VIII CNS. Em 1988, através da luta política para um regime democrático e a necessidade de se estabelecer meios normativos para essa garantia, de modo a remover resquícios de autoritarismo resultantes do período de ditadura, promulgou-se a Constituição Federal de 1988. Essa constituição representa um grande marco normativo para a garantia dos direitos sociais (ABREU, 2009).

Segundo Donato (2006), a CF/88 estimulou o exercício da cidadania ao instituir a iniciativa popular, garantindo a sociedade a possibilidade de apresentar projetos de lei para a Câmara dos Deputados. Além disso, a mesma estabeleceu os princípios imutáveis para o Estado, as chamadas cláusulas pétreas. Dessa forma tornou-se proibido medidas que possam “[...]abolir o regime federativo, a separação de poderes, os direitos e garantias individuais e o voto direto, secreto, universal e periódico” (p. 35).

A constituição segundo Tojal (2003), é abordada como uma constituição dirigente, à medida em que traz em seu conceito o sentido de se promover uma mudança social e não apenas fornecer instrumentos de governo, visto que apresenta fins, metas e programas que devem ser adotados pelo Estado e sociedade. A constituição apresenta uma força normativa máxima, podendo dotar-se de medidas coercitivas para assegurar seu cumprimento, correndo o risco de ações como a de inconstitucionalidade por omissão em caso de não cumprimento.

Ao se estabelecer a garantia do direito à saúde, gerou-se a necessidade de se regular como essa garantia seria fornecida. Mediante essa necessidade é aprovada a lei nº 8080 (BRASIL, 1990). Essa lei – também conhecida como Lei orgânica da saúde – dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, além de estabelecer meios para organização e funcionamento dos serviços. Esse aparato

normativo garante a responsabilidade da mútua da União, Estados, Municípios e o Distrito Federal na prestação de assistência à saúde. Além disso, a Lei nº 8142 (BRASIL, 1990) apresenta a participação da comunidade na gestão do SUS e trata da transferência de recursos. Essas leis visam regulamentar os aspectos não definidos pela constituição, não podendo versar contra a mesma sob o risco de inconstitucionalidade.

A implementação de um sistema único de saúde ocorreu de forma gradual. O direito à saúde é uma conquista advinda de movimentos populares, sendo a saúde um direito social. Compete ao estado através de políticas sociais e econômicas garantir esse direito de forma igualitária e integral (BRASIL, 1990), entretanto a ausência de uma definição clara de saúde cria ambiguidades na efetivação desse direito. Esse papel é afirmado por Dresch (2015):

A Constituição (BRASIL, 1988) trata a saúde como um direito humano fundamental, garantindo o acesso universal e igualitário com tratamento integral. Trata-se de um direito social de natureza pública subjetiva, com característica híbrida, constituída ao mesmo tempo de um direito individual e social, com efeito concreto que exige uma prestação positiva do “Estado” e da sociedade, impondo a sua inserção nas políticas públicas (p. 3).

Apesar do sistema de saúde prever acesso universal e igualitário, a oferta não pode ser concebida de forma ilimitada, sem regulação e sem estratégia pelo Estado, desconsiderando o coletivo em função do individual (SIMON, 2015).

4.2 Judicialização das políticas de saúde

Segundo Nogueira e Pires (2004), a garantia do direito individual está atrelada a liberdade de escolha. Quando visto dentro do panorama da saúde, o direito individual necessita ser ponderado mediante as necessidades coletivas, submetendo-se a exigências para que as escolhas individuais não conflitem com o bem comum, como exemplo a vacinação, tratamento, isolamento em caso de doenças infecto contagiosas, controle de produtos para consumo e normas relacionadas ao ambiente de trabalho. Dessa forma, para que se garanta um direito igualitário para pleno exercício do Estado democrático de direito, deve-se prezar para que sejam fornecidos a todos as mesmas opções em saúde, de forma que essas opções não impactem nos demais indivíduos.

Dessa forma, deve-se gerir os recursos de modo a fornecer serviços ao maior número de usuários com menor gasto possível. Para essa otimização de recursos, é

necessário que sejam aplicados critérios de escolha. Não se busca restringir o acesso aos serviços de saúde ou questionar esse direito, mas compreender que os recursos disponíveis pelo SUS são finitos enquanto as necessidades em saúde da população são ilimitadas. O desafio em se atender a todos com a finitude de recursos tem gerado a necessidade da interferência do judiciário para buscar a aplicação da política existente. Essa interferência do poder judiciário na saúde recebe o nome de Judicialização da Saúde.

Segundo Teixeira (2002, p.2), políticas públicas podem ser definidas como: “diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para a relação entre poder público e sociedade, mediação entre atores da sociedade e do Estado”.

Ainda segundo o autor, as políticas públicas carregam consigo a atribuição de papéis e aplicação de recursos públicos. Essas políticas buscam responder as necessidades da população, sendo explicitadas em documentos em forma de lei, programas, dentre outros. A elaboração de políticas públicas deve identificar as necessidades existentes e considerar os espaços, dificuldades e limites, além de avaliar seus resultados e contar com a participação popular.

A execução do direito a saúde como previsto pela CF/88 é explicitado na Lei nº 8080 (BRASIL, 1990), através de políticas sociais e econômicas. Dessa forma, as políticas em saúde também devem se basear nas necessidades da população. Segundo SIMON (2015), as políticas públicas em saúde devem procurar atender ao máximo com o mínimo, considerando a finitude de recursos e a infinidade de necessidades constantemente geradas. Diante dessa condição, por vezes a necessidade individual demanda a interferência do Poder Judiciário, este que deve buscar meios para aplicação da política já existente.

O poder judiciário no Brasil é constituído pelo Art.2 da CF/88, composto por: Supremo Tribunal Federal, o Conselho Nacional de Justiça, o Superior Tribunal de Justiça, dentre outros. Ainda segundo a CF/88, é assegurado ao poder judiciário a autonomia administrativa e financeira.

Segundo Donato (2006), compete ao magistrado brasileiro o papel de auxiliar de produção do direito, aplicando as leis produzidas pelo legislativo. Dessa forma, cabe ao juiz a interpretação da lei, com legitimidade para declarar, conceder ou negar direitos em nome do Estado. Dessa forma, o Poder Judiciário possui importante papel na garantia da democracia. O Estado atual deve conduzir suas ações com

transparência e eficiência, e nos casos quando esses objetivos não são respeitados a sociedade pode recorrer ao Judiciário.

Para Barcellos (2008), os juízes atuam na denominada micro-justiça – aquela restrita a um número limitado de indivíduos-, com a solução de casos concretos, de modo a ignorar as necessidades coletivas e impor decisões que impactam sobre o gerenciamento de recursos limitados para o atendimento de demandas ilimitadas, a denominada macro justiça.

Para Anseni et al. (2015), a constitucionalização dos direitos sociais na década de 1980 juntamente com os desafios para sua implementação pelo Estado resultaram no crescimento da busca pelo judiciário para garantia desses direitos.

Ainda segundo Anseni, sobre as demandas em saúde, não havia padronização ou discussão, e as decisões por muito tempo foram baseadas em convicções pessoais dos magistrados, frequentemente favoráveis as demandas individuais. Devido a essas frequentes concessões em saúde, houve um crescimento da procura pela via judicial para se garantir o acesso a questões como atendimento, medicamentos, internação e outros itens.

Durante a década de 1990, houve um crescimento significativo das intervenções do Poder Judiciário referente a concessão de medicamentos e procedimentos para pessoas portadoras de HIV/Aids. Essas ações se baseavam no direito constitucional à saúde de forma integral, universal e gratuita. O grande número de ações movidas em todo o Brasil resultou em avanços nas políticas públicas de saúde referentes às pessoas com HIV/Aids, com o fornecimento do tratamento pelo SUS (ANSENI et al. 2015; VENTURA, et al. 2010).

Com a maior busca pelo Poder Judiciário no que se refere a ações em saúde, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) publicou a recomendação n° 31, de 30 de março de 2010, que traz uma série de recomendações aos tribunais para adoção de medidas padrões visando amparar os operadores de direito a tomada de decisões em demandas envolvendo acesso a saúde.

A Judicialização da Saúde segundo Diniz, Machado e Penalva (2014), “deve ser entendida como uma questão ampla e diversa de reclamação de bens e direitos nas cortes”. A mesma ocorre quando um usuário não consegue acessar algum serviço ou insumo já incorporado pelo sistema de saúde ou deseja utilizar de algum item não incorporado ao SUS, na garantia do seu direito a saúde. Dessa forma, recorre-se ao

judiciário que, em geral com base no direito à saúde e a dignidade humana, obriga o sistema de saúde a conceder.

Existem diferentes linhas de pensamento no que se refere a judicialização. Por um lado, existem os que apoiam a judicialização como uma forma de efetivação do direito à saúde. Por outro lado, existem críticas sobre a intervenção do judiciário nas políticas públicas caso essa decisão não se pautem em uma correta avaliação e critérios de viabilidade técnica e orçamentária (DINIZ, MACHADO e PENALVA, 2014).

Segundo Delduque, Marques e Ciarlini (2013), a judicialização revela a dificuldade em se efetivar as políticas de saúde no Brasil, na medida em que o poder judiciário é acusado de desviar-se de suas atribuições ao interferir nas políticas de saúde que visam sob a perspectiva coletiva. Para Paim, Marqueto e Lopes (2015), os crescentes casos de judicialização da saúde tem resultado em consequências graves à gestão pública, interferindo no planejamento de gastos públicos.

Essa interferência, por vezes, tem gerado o comprometimento de ações de benefício coletivo em determinada região pois utiliza de recursos limitados com planejamento definido para sua alocação (SIMON, 2015). Dessa forma, Simon afirma a necessidade de que as decisões judiciais respeitem a linha de pensamento de saúde pública, compreendendo a finitude de recursos e a ponderação dos bens e interesses levantados.

Segundo Sant'Ana (2015), uma das causas da judicialização se dá pela dificuldade do acesso aos serviços de saúde pelas classes mais pobres da população. Um fator que contribui com essa dificuldade é a demora no atendimento, principalmente para a parcela da população que depende exclusivamente do SUS, sendo essa demora resultante em agravos para a saúde. Essa diferença no acesso é reforçada pela autora ao se falar sobre as doenças negligenciadas -também conhecidas como doenças da pobreza por afetarem em sua maior parte a população pobre- e quanto a disparidade de serviços prestados em zonas de periferia e em zonas centrais.

Ainda segundo Sant'Ana, o acesso ao meio judicial depende do acesso à assistência jurídica, sendo assim a parcela da população que não possui acesso a assistência jurídica não obteria acesso ao poder judiciário, o que resultaria numa exclusão pela forma de acesso ao direito à saúde. Segundo Cappelletti e Garth (1972) apud Delduque (2015), a conquista dos direitos sociais fez com que o acesso à justiça

fosse uma preocupação do Estado na garantia desses direitos. No Brasil, a Defensoria Pública presta assistência jurídica gratuita para a população.

Dessa forma, a Defensoria Pública atua na garantia de acesso a assistência jurídica buscando impedir que essa parcela da população seja excluída. É de sua competência articular as ações individuais que lhe são submetidas em prol dos direitos coletivos, podendo as ações colocadas perante a defensoria beneficiarem os usuários do SUS para além dos que buscam a assistência jurídica (SANT'ANA, 2015).

Em um estudo realizado por Diniz, Machado e Penalva (2014) no DF, observou-se através de dados levantados da 2ª Vara de Fazenda Pública Privativa do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios no período de maio de 2005 a setembro de 2010, que cerca de 95% dos pedidos em judicialização são encaminhados por defensores públicos. Além disso, cerca de 55% das solicitações são referentes ao acesso à Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Outra demanda, com 13% das ações, foi a solicitação por assistência médica. Do total de processos, 95% se baseavam em argumentos que incluíam o direito à saúde.

Após a análise dos dados, as autoras concluíram que a pesquisa não confirma a tese da maior parte da literatura existe no Brasil sobre o tema, que apoia a ideia da judicialização como um processo elitista devido aos seus altos custos, uma vez obtido que, no território analisado, a maioria de requerentes é encaminhado pela defensoria pública. Além disso, mostra-se que a principal demanda, diferentemente do que predomina na literatura, não trata acerca de medicamentos não contemplados pelo SUS, e sim pela internação em UTI. Esses fatos colaboram para que as decisões judiciais sejam favoráveis aos usuários (DINIZ, MACHADO, PENALVA, 2014).

Para Ventura et al. (2010), a judicialização permite que o cidadão não seja apenas um alvo da política de saúde, mas um ser ativo que garante a consideração de interesses de todos os sujeitos, não deixando o poder totalmente restrito a representatividade.

A ausência de apropriação do poder judiciário no que se refere as questões técnicas e regulação do SUS podem gerar equívocos quanto as decisões, principalmente quanto ao acesso a serviços e insumos sem a devida comprovação científica quanto aos seus resultados e segurança. A demanda acerca de novos medicamentos e serviços tem levado a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) a avaliar tais demandas no que diz respeito a incorporação de novas tecnologias no SUS. Apesar da existência de casos

excepcionais, deve ocorrer uma prevalência de serviços existentes nas políticas públicas, permitindo assim o acesso a demais serviços e medicamentos somente quando não houver uma contemplação semelhante pela política existente, devendo essa necessidade ser comprovada quanto a sua eficiência e eficácia e efetividade (DRESCH, 2015).

Os operadores do direito que se deparam com a judicialização, em sua maioria tem formação padrão para aplicação e interpretação estrita da lei, exercendo assim sua função de forma vinculada e centralizada as leituras normativo-processuais. Dessa forma afasta-se das decisões as questões técnicas e políticas que a envolvem (MARQUES, 2015).

Ainda acerca a formação e preparação dos operadores de direito, Costa (2015) critica o pouco contato com o direito à saúde, sendo esse tratado apenas como mais um direito social dentre os demais presentes na CF/88. Não há uma exigência ampla de conhecimentos no campo do Direito Sanitário nos concursos públicos e cursos preparatórios para carreiras jurídicas. Segundo o autor, compete aos advogados públicos a responsabilidade de defender o SUS como política de saúde adequada a população, além da busca pelo seu aperfeiçoamento

Costa (2015) aponta para a experiência exitosa no estado do Mato Grosso do Sul ao trazer o corpo jurídico do ente federativo para trabalhar juntamente com os técnicos das Secretarias de Saúde. Essa interação resulta diretamente em uma maior agilidade ao se tratar de demandas judiciais em saúde, pois traz dinamicidade e interação direta entre o corpo jurídico e os gestores, trazendo conhecimentos reais e os apropriando das consequências de cada ação dentro do setor Saúde. Ainda sobre esse contato, Costa (2015) aborda a necessidade de que os gestores de saúde nas três esferas promovam capacitação contínua de seus agentes jurídicos através de ações específicas para atuação jurídica.

Para Nunes (2009) apud Alves (2015), o Direito Sanitário permite uma interação interdisciplinar que supera o modelo tradicional de ensino da ciência jurídica. Segundo Costa (2015), se faz necessária a incorporação de conhecimento em Direito Sanitário dentro da advocacia pública, além da grande relevância da aproximação entre os gestores em saúde com o corpo jurídico que os representa, de forma que sua argumentação se baseie em subsídios técnicos e não estritamente normativos.

A importância do conhecimento no campo do direito sanitário é ressaltada por Dallari (1988), ao afirmar que para que as normas referentes a saúde da população

reflitam a vontade geral da sociedade é necessário que as mesmas estejam apropriadas da atual situação em saúde e dos meios que dispõe para alterá-la, podendo assim traçar objetivos e caminhos para atingir essa mudança. Como agente a dispor dessas informações, forma-se o sanitarista e espera-se que o mesmo oriente a construção de leis que atendam tais necessidades e conformem o direito à saúde pública.

Mediante os crescentes casos de judicialização, algumas iniciativas vêm sendo desenvolvidas como formas de se minimizar os impactos sofridos pela judicialização. Dentre as medidas judiciais, Marques (2011) aponta as iniciativas de criação de convênios entre os Tribunais de Justiça Estaduais e a Secretaria de Saúde, de forma a fornecer subsídio técnico aos juízes. Esses convênios buscam adequar as prescrições médicas dentro dos protocolos oficiais dispostos no SUS, de acordo com a recomendação nº 31, de 30 de março de 2010 disposta pelo CNH.

Outros exemplos de iniciativas são abordados por Teixeira (2011), como por exemplo a criação do Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (Cirads), no Rio Grande do Norte. Esse comitê realiza uma análise prévia dos pedidos recebidos pela Defensoria Pública e elabora um parecer técnico com o apoio de técnicos dos entes federados, encaminhando-os a Procuradoria da União. Em São Paulo, a autora aponta a parceria firmada entre a Defensoria Pública e a Secretaria de Estado de Saúde, de forma que a população que necessita de medicamentos, sejam oficiais ou excepcionais, possam receber suporte por parte de técnicos que auxiliam na obtenção dos mesmos.

Com relação as iniciativas extrajudiciais, Teixeira (2011) traz o Sistema de Pedido Administrativo como forma de se evitar a judicialização no que se refere a assistência farmacêutica no estado e município do Rio de Janeiro. Em um estudo, a autora buscou avaliar o processo de formulação e implementação do sistema instaurado em 2008, que visa o rápido fornecimento de remédios a população que procura a Defensoria Pública com esse tipo de demandas. A iniciativa diminuiu consideravelmente o número o número de ações judiciais desse tipo. A Secretaria trabalha de forma a solicitar que junto as demandas, seja indicado o princípio ativo do medicamento, para que sempre que possível se adeque aos fornecidos pelo SUS, buscando agilizar o processo para a população e diminuir os gastos públicos.

Segundo Marques (2011):

E mesmo no campo individual, as ações propostas devem permitir diálogo e interpenetração de outros elementos em seu âmbito, para que a saúde de um indivíduo possa ser garantida com segurança e harmonia com a proteção coletiva.

Dessa forma, dentre as medidas extrajudiciais, é pertinente a mediação, visto que abre que abre o espaço para o diálogo entre o executivo e o judiciário, com a participação do cidadão.

Segundo Delduque (2015), a mediação busca evitar a abertura de processos judiciais de caráter contencioso, além de solucionar aqueles já iniciados. A autora aponta a alta adoção desse método por juízes, membros do Ministério Público, defensores públicos e advogados, que juntos instituem grupos de mediação e trabalham acerca de demandas individuais sendo intermediários entre usuários, gestores e envolvidos. A mediação permite que os problemas gerados no sistema de saúde sejam resolvidos dentro do próprio sistema de saúde.

4.3 Mediação em saúde

Como estratégia alternativa a judicialização, Delduque (2015) aponta a mediação como forma de resolução pacífica na qual ambas as partes buscam chegar a um acordo sem a necessidade da intervenção judicial, evitando gastos financeiros e desgastes sociais gerados por conflitos. Além da resolução proposta pela mediação, o setor saúde pode utilizar de tais informações para antever conflitos e antecipar demandas, evitando assim riscos ao orçamento.

O conceito de mediação utilizado pelo CNJ traz “A Mediação é uma forma de solução de conflitos na qual uma terceira pessoa, neutra e imparcial, facilita o diálogo entre as partes, para que elas construam, com autonomia e solidariedade, a melhor solução para o problema”. A mediação pode se dar em conflitos multidimensionais ou complexos (Brasil, 2017), mas não se restringe aos mesmos, podendo ser aplicada em cada serviço específico. Dessa forma, torna-se pertinente tanto para problemas em grandes escalas, quanto micro conflitos, podendo ser estabelecidos comitês de mediação em órgãos de acordo com sua necessidade, como exemplo no HRC para lidar com casos de judicialização.

A mediação é amparada pela Lei Nº 13.140, de 26 de junho de 2015, que dispõe sobre a mediação como meio de solução de controvérsias e sobre a auto composição de conflitos no âmbito da administração pública. Segundo o Parágrafo único, a mediação é definida como “atividade técnica exercida por terceiro imparcial

sem poder decisório, que escolhido ou aceito pelas partes, as auxilia e estimula a identificar ou desenvolver soluções consensuais para a controvérsia”. A mesma lei define em seu Art. 2º os princípios pelos quais a mediação deve ser orientada, entre eles a imparcialidade, busca de consenso e boa-fé (BRASIL, 2015)

O Art. 20 da mesma lei, Parágrafo único, estabelece que o termo final da mediação, após celebração de acordo, constitui título executivo extrajudicial. Dessa forma, ao se definir um acordo, o mesmo é válido por lei, podendo ser levado ao judiciário para seu cumprimento caso o mesmo não ocorra.

Segundo Delduque (2015), os tribunais estão sobrecarregados, revelando o esgotamento da judicialização como forma de sanar problemas. Dessa forma o uso de meios alternativos torna-se necessário, sendo a mediação uma solução pacífica preferível com o mesmo valor resolutivo dos tribunais, permitindo buscar a vigilância e mapeamento permanente de conflitos de forma a garantir a atuação dos gestores na qualidade de prevenção ao invés da atuação em emergências.

Existe um desafio a ser enfrentado pelo judiciário na medida em que o conhecimento teórico do campo da saúde é insuficiente para decisões equânimes, resultando em impactos diretos ao acesso de serviços de saúde. Dessa forma o poder judiciário necessita de um papel mais próximo da realidade coletiva, sendo a mediação uma alternativa a se trabalhar com a perspectiva de junção dos campos de direito, saúde e cidadania (ASSIS, 2015).

Para Assis (2015), a mediação em saúde surge a partir da percepção de que a judicialização como enfrentamento dos desafios coletivos de saúde não resultam em uma efetividade do SUS, visto que não contribuem para redução das desigualdades sociais e regionais. Ainda segundo o autor, a mediação promove melhor organização dos serviços de saúde de modo a permitir a seus atores maior legitimação social, corresponsabilizando os setores jurídicos e não jurídicos de forma única.

No DF, devido ao crescimento do número de ações judiciais e os consequentes impactos no que se refere a gestão pública e aplicação de recursos, em 2011 a SES/DF instituiu o Núcleo de Judicialização, responsável pelo atendimento às demandas judiciais e requerimentos administrativos referentes a serviços de saúde. Nesse núcleo, buscou-se diminuir o número de demandas judicializadas, através da orientação de pacientes sobre possíveis tratamentos padronizados e sua disponibilidade na rede. Esse mecanismo possuía maior agilidade resolutiva, além de medida pacífica para solução de conflitos. Como resultado, em 2013 dos 4050 ofícios

encaminhados ao Núcleo de Judicialização da SES/DF, apenas 1248 não foram resolvidos. (PAIM, MARQUETO E LOPES, 2015).

A análise desses processos, constatou-se que 95% das ações judiciais são originadas na Defensoria Pública. Dessa forma, instituiu-se através da Portaria Conjunta Nº 01, de 26 de fevereiro de 2013 a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (Camedis), que busca inserir os indivíduos nas políticas públicas presentes buscando resolver conflitos além de evitar a judicialização (PAIM, MARQUETO e LOPES, 2015).

A Camedis é composta por um representante titular e um representante suplente da SES/DF e da Defensoria Pública do DF, além disso cabe a SES/DF fornecer apoio administrativo e meios materiais para o funcionamento da Camedis. Dentre as competências da Camedis está a promoção da mediação em demandas por serviços ou produtos de saúde, a busca pela conciliação e soluções para essas demandas, além de buscar medidas para a cooperação entre entidades públicas responsáveis pela elaboração e execução de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2013).

Desde sua instituição, a Camedis apresentou até o ano de 2015 uma redução de 20% das ações judiciais em saúde, resultando em economia de recursos públicos com os custos gerados pelas ações judiciais. Em uma pesquisa que estima o custo médio de um processo judicial, realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), estimou-se o gasto aproximado de R\$ 5.606,67 – cinco mil, seiscentos e seis reais e sessenta e sete centavos – para cada ação gerada. Dessa forma, em 260 mediações realizadas pela Camedis, foram economizados aproximadamente R\$ 1.500.000,00 – um milhão e quinhentos mil reais – através do uso da mediação (IPEIA, 2011.; PAIM, MARQUETO E LOPES, 2015). Ainda segundo as autoras, a mediação ao mesmo tempo que diminui a interferência do judiciário na saúde, retoma o poder decisório ao gestor de modo a permitir a minimização das desigualdades do acesso e proporcionar um atendimento igualitário e equânime dentro do SUS.

A mediação em saúde propicia a aproximação de saberes, reduz tensões e os conflitos, promove revisão de ideias e trabalha na perspectiva da tríade entre o direito, saúde e cidadania. Dessa forma, a atuação individual desses setores que integram o Sistema de Saúde não constitui uma efetivação do direito à saúde, não sendo cabível

a atuação judiciária sem considerar os impactos técnicos e nem mesmo a atuação técnica sem considerar os aspectos sociais (ASSIS, 2015)

Tem-se na judicialização a busca do indivíduo pela garantia dos direitos individuais mediante a ausência do estado em se fornecer assistência a todos. Dessa forma, o objetivo da mediação é inserir o indivíduo nas políticas públicas, permitindo a resolução do conflito no âmbito da administração pública com a participação dos responsáveis por executar as referidas políticas (PAIM, 2015)

Ainda segundo Paim (2015), a mediação constitui instrumento democrático como ferramenta a se evitar a interferência do Judiciário na Administração Pública, resgatando o poder decisório ao gestor, de forma a integrar o usuário no sistema e diminuir as desigualdades do acesso à saúde geradas por demandas individuais, além de fornecer ferramenta para maior participação social no sistema.

5 METODOLOGIA

Constitui-se de um estudo de natureza quali-quantitativo, subjetivo e dissertativo, derivado da análise documental dos registros de processos judiciais respondidos pelo Hospital Regional da Ceilândia relacionados aos casos de judicialização do direito à saúde, por usuários em 2014 e 2015. O estudo possui caráter quantitativo na medida em que os dados obtidos foram quantificados, apresentando-se em proporções e quadros com uma análise discursiva. O estudo foi dividido em cinco etapas, compreendendo análise bibliográfica, levantamento de dados, análise de documentos, quantificação e discussão dos dados obtidos. O estudo parte da pergunta: Quais as demandas judiciais com números mais expressivos referentes a saúde recebidas pelo HRC nos anos de 2014 e 2015

Os documentos foram solicitados junto ao gabinete da Coordenação Geral de Saúde de Ceilândia. Foram incluídos no estudo os documentos judiciais sobre demandas em saúde referentes aos meses de janeiro de 2014 a dezembro do ano de 2015. Não foram incluídos processos que apresentaram-se sob sigilo de justiça ou não apresentassem a solicitação de concessão de um serviço ou insumo. A pesquisa não lidou diretamente com seres humanos, porém por se tratar de documentos com informações pessoais a pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa, seguindo os aspectos da resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O

processo foi aprovado segundo o CAAE número 61051316.2.0000.0030 e pelo Hospital, através da Secretaria de Saúde segundo CAAE número 61051316.2.3001.5553.

Após a coleta de documentos, foi realizada a categorização das demandas encontradas segundo a sua natureza, identificando o número de demandas por categoria. Após a categorização foram analisadas as demandas mais expressivas, sendo as que mais aparecem nas ordens judiciais.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maior parte das demandas judiciais recebidas pelo HRC são referentes a ações de indenização e ressarcimento. Essas ações em sua maioria são geradas a partir de erros médicos ou agravos a saúde resultantes da falha ao se conseguir atendimento. Esse número tem como uma de suas causas a demora durante a concessão do serviço ou insumo solicitado, de forma que os usuários buscam pelo serviço utilizando de recursos próprios e posteriormente solicitam o ressarcimento por parte do sistema de saúde.

Para cada ação gerada contra o estado, é demandado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) que o local de objeto da ação designe um profissional especialista para representação da defesa judicial do DF. Para a presente análise, foram considerados apenas as ações com objetos de demanda relacionados a serviços e insumos em saúde.

Foram analisados os ofícios recebidos e expedidos pelo Hospital Regional da Ceilândia referentes a demandas judiciais com caráter não sigiloso. Os ofícios são encaminhados pela Assessoria Jurídico Legislativa (AJL) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e recebidos pelo gabinete da Coordenação Geral de Saúde de Ceilândia. Os ofícios se apresentavam anexados a um relatório elaborado pelo HRC referente as demandas, sendo a concessão e/ou impossibilidade de concessão mediante justificativa ou encaminhamento para outra unidade.

Foram analisados todos os documentos recebidos referentes aos anos de 2014 e 2015, sendo 73 processos. Alguns processos contavam com mais de um objeto de solicitação, sendo 82 demandas. Esses processos têm objetos que variam de serviços de alta complexidade como procedimentos cirúrgicos, aos serviços complementares,

como concessão de transporte para outra unidade hospitalar. Para análise dos processos, foram selecionadas 7 categorias de classificação para as demandas, sendo essas:

- Consultas
- Exames
- Procedimentos cirúrgicos
- Internação hospitalar
- Medicamentos
- Insumos
- Serviços

Foram compreendidos pela categoria Insumos todos os objetos de solicitação material que não eram acerca de medicamentos. Para a categoria serviços, questões que não lidavam diretamente com o atendimento na própria instituição.

No quadro 1 é possível visualizar a quantidade de demandas judiciais recebidos pelo Hospital Regional de Ceilândia no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015.

Quadro 1 - Quantidade de demandas judiciais recebidas pelo Hospital Regional da Ceilândia, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015.

CATEGORIAS	QUANTIDADE
Procedimentos cirúrgicos	26
Consultas	20
Medicamentos	12
Demais Insumos (Sondas, Fraldas e demais)	10
Exames	8
Outros serviços (Transporte, Internação domiciliar)	4
Internação	2
Total	82

Fonte: Autoria própria.

Quadro 2 - Quantidade de demandas judiciais para consultas por especialidades recebidas pelo Hospital Regional da Ceilândia, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015.

ESPECIALIDADE	QUANTIDADE
Reumatologia	6
Ortopedia	5

Neurologia	3
Psiquiatria	1
Oftalmologia	1
Otorrinolaringologia	1
Clinica Geral	1
Endocrinologia	1
Fisioterapia	1
Total	20

Fonte: Autoria própria.

Quadro 3 - Quantidade de demandas judiciais por tipo de exame recebidas pelo Hospital Regional da Ceilândia, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015.

TIPO DE EXAME	QUANTIDADE
Ecografia	2
Exame laboral	1
Ressonância magnética	1
Exame ortopédico	1
Eletrocardiograma	1
Endoscopia	1
Biopsia	1
Total	8

Fonte: Autoria própria.

Quadro 4 - Quantidade de demandas judiciais cirúrgicas por especialidade recebidas pelo Hospital Regional da Ceilândia, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015.

PROCEDIMENTO CIRURGICO	QUANTIDADE
Cirurgia Ortopédica	11
Cirurgia Geral	8
Histerectomia	4
Osteotomia	2
Laqueadura	1
Total	26

Fonte: Autoria própria.

Quadro 5 - Quantidade de demandas judiciais para insumos, internações e serviços recebidas pelo Hospital Regional da Ceilândia, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015.

Demanda	QUANTIDADE
Material médico hospitalar não especificado	5

Fraldas geriátrica	4
Internação hospitalar	2
Internação domiciliar	2
Transporte domiciliar	1
Transferência de unidade	1
Sonda Uretral	1
Total	16

Fonte: Autoria própria.

Observados os dados apresentados no Quadro 1, a maior parte das demandas judiciais recebidas foi referente a solicitação de procedimentos cirúrgicos. Dentre as solicitações, a maior parte dos pedidos foi referente a cirurgias na especialidade de Ortopedia, sendo 11 pedidos do total conforme o Quadro 4. Em seguida, a maior demanda foi referente a Cirurgia Geral, com 8 pedidos.

Essa predominância de procedimentos cirúrgicos como maior objeto de solicitação por vezes é resultado da ineficiência em se garantir o serviço em outras etapas, sendo em alguns casos a intervenção cirúrgica necessária devido aos agravos gerados pelo não atendimento em consultas ou falta de insumos e medicamentos. Dessa forma, ao se trabalhar em outros aspectos como a maximização de consultas em especialidades e serviços de atenção básica, esses números tendem a ser reduzidos.

Em seguida dos procedimentos cirúrgicos, o segundo maior objeto de solicitação foi a realização de consultas médicas, com 20 solicitações. Essas apresentaram uma grande variedade de especialidades solicitadas, sendo predominantes as especialidades de reumatologia e ortopedia, com 6 e 5 processos respectivamente, segundo o Quadro 2. A grande demanda em consultas na especialidade de ortopedia pode ser um dos fatores que contribuem para a alta demanda de procedimentos cirúrgicos na especialidade, visto que essas solicitações são resultantes de uma grande demanda e alto tempo de espera para realização da consulta.

Outra predominância de solicitações foi a de Medicamentos, com 12 solicitações. Não foi apresentada nenhuma solicitação de concessão de medicamentos não contemplados pelo SUS nas demandas analisadas. Dentre os insumos que não contemplavam medicamentos, a maior parte dos pedidos foram

referentes a concessão de fraldas. Entre os pedidos de exame não houve predominância de algum exame específico. Os serviços solicitados compreendiam inserção no programa de internação domiciliar e serviços de transporte para outras unidades.

As demandas solicitadas nem sempre são possíveis de serem solucionadas, devido a limitação de recursos da unidade. Dessa forma, algumas demandas são encaminhadas para outra unidade hospitalar enquanto outras não podem ser realizadas. No Quadro 6 é possível observar a quantidade de pedidos solucionada no próprio hospital, enquanto o Quadro 7 apresenta a quantidade de demandas concedidas em outra unidade hospitalar ou impossibilitadas de se realizar.

Quadro 6 - Quantidade de demandas judiciais solucionadas no próprio Hospital Regional da Ceilândia, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015.

CATEGORIAS	SOLUCIONADOS NO LOCAL
Procedimentos cirúrgicos	23
Consultas	15
Medicamentos	9
Demais Insumos (Sondas, Fraldas e demais)	8
Exames	6
Outros serviços (Transporte, Internação domiciliar)	3
Internação	2
Total	66

Fonte: Autoria própria.

Quadro 7 - Quantidade de demandas judiciais encaminhadas para outra unidade hospitalar e demandas não concedidas mediante justificativa no Hospital Regional da Ceilândia, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015.

CATEGORIAS	CONCEDIDA EM OUTRA UNIDADE	IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR
Consultas	3	2
Exames	1	1
Procedimentos cirúrgicos	1	2
Internação	-	-
Medicamentos	2	1
Demais Insumos (Sondas, Fraldas e demais)	-	2
Outros serviços (Transporte, Internação domiciliar)	-	1

Fonte: Autoria própria.

Das 82 demandas, 66 foram solucionadas no próprio hospital. Dentre os procedimentos cirúrgicos, ocorreram 2 em que no período da concessão o usuário não necessitava mais da cirurgia, sendo um caso devido a remissão do estado clínico e o outro devido à falta de condições do paciente para realizar a cirurgia. Em um pedido de medicamento, o usuário já havia comprado por conta própria a medicação quando o mesmo foi concedido. Além dessas demandas, em uma solicitação de transporte o paciente realizou por conta própria devido à demora no andamento do processo.

Foram encaminhadas 7 demandas para concessão em outra unidade. A demanda com maior número encaminhamentos foi a realização de consultas, dentre quais dos 3 encaminhamentos, 2 foram referentes a especialidade de ortopedia, o qual os pedidos foram encaminhados para o Hospital Regional do Paranoá e Hospital Regional de Taguatinga devido à alta demanda da especialidade na regional de Ceilândia. Para os procedimentos cirúrgicos, o único encaminhamento foi para o Hospital Regional do Gama para realização de uma cirurgia ortopédica. Ao total, 9 pedidos foram impossíveis de serem concedidos com a apresentação da justificativa de ausência de profissionais e material médico para realização, sendo demandado da SES o encaminhamento da demanda para outra unidade.

As demandas presentes no HRC revelam que os maiores objetos de solicitação são procedimentos cirúrgicos e consultas em especialidades. Além disso, a pesquisa não confirma a literatura de que a maior parte das solicitações de medicamentos são referentes a medicações não contempladas pelo SUS, não apresentando nenhuma demanda do tipo. Esse resultado revela que no HRC os processos visam a garantia do atendimento já previsto em norma, sendo os processos resultantes da falha do sistema em se garantir esse atendimento.

Essa falha revela a incapacidade atual do Estado em incluir esses indivíduos na política já existente. Dessa forma, demonstra-se a necessidade de se reavaliar a execução das políticas e estratégias para que se busque incluir esses indivíduos na política, e não os tratar isoladamente sem agir nos fatores causadores dessa falha. Além disso, em saúde as demandas são correlacionadas, de forma que a falha em se conseguir consultas pode gerar maiores demandas em cirurgias e uso de medicamentos. Sendo assim, ao se fortalecer os principais serviços de entrada, tende-se a descongestionar outras áreas. Mediante essas demandas, pode-se aferir que as

necessidades da população atendida pelo HRC que judicializa, em sua maioria condizem com os serviços fornecidos, sendo o problema o acesso a esses serviços.

Assim como a ideia apresentada por Assis (2015), a concessão dessas demandas individuais como forma de resolução para a judicialização não resulta em uma melhoria efetiva para o sistema, visto que não trata a origem do problema e não contribui para redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

A grande concentração de demanda por determinado serviço no HRC pode ser tratada dentro da rede através da mediação. Considerando a resolutividade do uso da mediação pela Camedis (PAIM, MARQUETO E LOPES, 2015), a mediação fornece ferramenta para inclusão desses indivíduos na política presente, podendo orientar quanto a disponibilização desse serviço na rede. Dessa forma, pode-se direcionar o atendimento para regiões que atendam uma demanda menor para determinada especialidade, agindo assim sobre a causa do problema. Dessa forma diminui-se a demanda concentrada no HRC, melhorando e agilizando o fluxo de atendimento, além de evitar possíveis futuras ações judiciais.

A judicialização ao garantir o direito individual impacta perante o coletivo, resultando em maior tempo de espera e maiores agravos para a demais população. Ao se evitar a judicialização, evita-se maiores agravos não somente ao indivíduo que demanda o serviço, mas a todos os demais supridos pela mesma fonte de recursos. A medida em que o judiciário interfere no âmbito da saúde, se reforça a falha em se integrar esses indivíduos a política pública.

Os processos impossibilitados de se realizar mesmo mediante decisão judicial revelam que a judicialização tem um alto impacto nos recursos econômicos da instituição. Em alguns pedidos, a resposta judicial por parte do hospital revela que a impossibilidade de concessão foi resultante da ausência de repasse de recursos suficientes pela secretária de saúde, além da impossibilidade de se realocar recursos de outros destinos, de forma que uma punição a instituição devido a uma falha na rede se torna incabível.

Dessa forma, se faz necessário a elaboração de estratégias que visem evitar a judicialização e garantir o atendimento ao usuário, compreendendo que existe uma necessidade de articulação e do funcionamento do serviço em forma de rede e não compreendendo o hospital como uma instituição isolada.

Considerando os gastos inesperados por parte do hospital para concessão de demandas judiciais, além das consequências para o coletivo mediante a alteração do

fluxo previsto para os serviços, propõe-se o uso mediação como forma de evitar a judicialização. O uso da mediação pelo HRC tende a evitar a abertura de processos judiciais, a medida em que fornece uma solução mais rápida, pacífica e no próprio local de atendimento. Através da mediação, o gestor dispõe de tempo para se articular com outras instituições e com os profissionais do próprio hospital, utilizando das demandas observadas para tomada de decisões. Além disso, a mediação tende a evitar o desgaste emocional para os usuários envolvidos, sendo uma forma do serviço de saúde garantir o respeito a vida e dignidade humana, mostrando-se aberto ao diálogo e incentivando a participação popular.

Mediante a grande abrangência populacional da Região de Saúde Oeste e os casos de judicialização no HRC mesmo após a instituição da Camedis, faz-se necessário uma maior aproximação local no uso da mediação. Por abranger todo o DF, a Camedis recebe um grande quantitativo de demandas, além de não estar próxima das necessidades específicas de cada região. Dessa forma, se faz necessário uma ferramenta mais próxima da população, além de fornecer maior facilidade no acesso no que diz respeito a informação dos serviços prestados e localização. Para isso, sugere-se a criação de um comitê próprio de mediação dentro do HRC, visto que o mesmo está mais próximo das reais necessidades da população de abrangência, além de atuar diretamente na própria instituição, permitindo uma maior atuação do gestor no planejamento de gastos.

Considerando ainda a formação multidisciplinar dos funcionários do próprio hospital, a criação de um comitê de mediação não implicaria em gastos não previstos, visto que seria composta por funcionários de diversos setores do próprio hospital. Além disso, a longo prazo o comitê tende a economizar recursos, estes que podem ser alocados em outros campos, melhorando as condições de saúde da população de Ceilândia. A mediação se torna uma opção viável aos usuários devido poder ser realizada no próprio estabelecimento de saúde, possuir profissionais de diferentes campos aptos para lidar com as situações em saúde e não requerer assistência jurídica para a participação. Para o judiciário, a mediação fornece uma diminuição das demandas em saúde, aliviando a sobrecarga do setor além da economia de gastos públicos com a abertura de processos.

7 CONCLUSÃO

Ao identificar as demandas judiciais, se gera informações que auxiliam a tomada de decisões dos gestores, revelando onde existem barreiras para o atendimento além de permitir a criação de intervenções direcionadas a essas barreiras. Como observado, a maior parte das demandas é solucionada no próprio hospital. O tratar desses processos pode acarretar em danos aos envolvidos, visto o estresse e a demora para o andamento dos processos.

As concessões as demandas judiciais impactam nos demais usuários na fila de espera para o atendimento. Dessa forma existe a necessidade de medidas que garantam o atendimento a essas demandas minimizando os agravos para as demais pessoas. Conforme a literatura, deve-se sempre prezar pela solução pacífica e de maior benefício aos envolvidos. Dessa forma, é pertinente a criação de um comitê de mediação no Hospital Regional de Ceilândia. O comitê de mediação é mais uma forma de se estabelecer vínculos entre o sistema de saúde e os usuários, de forma que se evitem gastos públicos com a abertura de processos e minimize-se o tempo de resposta para as solicitações. Além disso, o comitê permitiria ao hospital minimizar os impactos nos recursos financeiros, devido a demandas geralmente não programadas pelo gestor.

Ao se buscar a ajuda judicial, revela-se o esgotamento das tentativas de se conseguir o atendimento ou insumo através dos recursos fornecidos pelo sistema de saúde. A mediação visa buscar que os problemas do serviço de saúde sejam tratados dentro do próprio sistema, evitando a intervenção do poder judiciário em outro setor. Comparado ao tamanho populacional da Ceilândia e quantidade de usuários do HRC, a quantidade de processos é pequena, não sendo claro se a essa quantidade é resultado dos usuários em sua maioria conseguirem acesso as demandas ou se de alguma forma não procuram ou chegam ao judiciário.

Conclui-se que apesar da judicialização constituir uma forma de se exercer cidadania, a mesma gera condições de estresse tanto para os usuários quanto para os profissionais envolvidos, além de repercutir em todos os demais usuários que aguardam pelo serviço naquela instituição. Dessa forma faz-se o uso de medidas alternativas a judicialização, que garantam ao usuário a concessão do seu direito a saúde sem que isso resulte em malefícios aos demais usuários do sistema. Visto que

grande parte dos demandantes esgotam seus recursos e enxergam na judicialização seu último meio para conseguir atendimento no serviço referente, a mediação na medida em que se mostrar resolutiva, seria adotada preferencialmente por esses usuários.

Assim como na judicialização, experiências exitosas na mediação tendem a incentivar os usuários a procurar esse serviço. A mediação constitui uma ferramenta para fortalecimento da garantia do serviço de saúde, além de fornecer dados e recursos para que cada vez menos o uso da judicialização seja necessário.

8 REFERÊNCIAL BIBLIOGRÁFICO

ABREU, Rogério M. A. Reforma Sanitária: O processo de constitucionalização do Sistema Único de Saúde. 2009. 144 f. Dissertação (Mestrado em Direito Político e Econômico) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2009.

ALVES, Sandra Mara Campos. A formação em direito sanitário: um diálogo possível a partir da interdisciplinaridade. **Conass. Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2015

ANSENI, et al. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências. Conselho Nacional de Justiça. Justiça pesquisa. Brasília, 2015

ASSIS, Gilmar de. Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania. **Conass. Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2015

BARCELLOS, Ana Paula de. Constitucionalização das políticas públicas em matéria de direitos fundamentais: o controle político-social e o controle jurídico no espaço democrático. Direitos Fundamentais: orçamento e “reserva do possível”. Livraria do advogado editora. Porto Alegre, 2008. Disponível em <https://www.academia.edu/7784818/Constitucionaliza%C3%A7%C3%A3o_das_pol%C3%ADticas_p%C3%ABAblicas_em_mat%C3%A9ria_de_direitos_fundamentais.O_controle_pol%C3%ADtico-social_e_o_controle_jur%C3%ADdico_no_espaco_democr%C3%A1tico>. Acesso em: 30 out. 2016

BARROS, Fernando Passos Cupertino de. A saúde como direito: o difícil caminho de sua apropriação pelos cidadãos. Conass. Para entender a gestão do SUS. Brasília, 2015

BRASIL, CODEPLAN. **Pesquisa Distrital Por Amostra de Domicílios PDAD – 2015 Ceilândia**. 2015. Disponível em <

http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2015/PDAD_Ceilandia_2015.pdf> Acesso em: 05 mai. 2016

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Lei Nº 8112, DE 11 DE DEZEMBRO DE 1990**

_____. **Lei Nº 8142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**

_____. **Lei Nº 13140, DE 26 DE JUNHO DE 2015**

_____. **Mediação e Conciliação, qual a diferença?** Conselho Nacional de Justiça. Disponível em < <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/conciliacao-e-mediacao-portal-da-conciliacao>> Acesso em 28 mar. 2017.

_____. Painel de Monitoramento da Situação de Saúde. Portal da Saúde. Disponível em < <http://svs.aids.gov.br/dashboard/situacao/saude.show.mtw>>. Acesso em: 30 out. 2016

_____. **PORTARIA CONJUNTA Nº 01, DE 26 DE FEVEREIRO DE 2013.**

_____. Recomendação Nº 31 de 30 de março de 2010. Conselho Nacional de Justiça. Disponível em < <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=877>> Acesso em 28 mar. 2017

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, Disponível em < <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/7042-sa%C3%BAde-inicia-processo-de-descentraliza%C3%A7%C3%A3o.html>> Acesso em: 05 mai. 2016

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública**. Vol. 25. No. 8. Rio de Janeiro. 2009

COSTA et al. O direito achado na rua. Introdução crítica ao direito à saúde. CEAD/ UNB. Vol. 4. Brasília, 2009

COSTA, Ivanildo Silva da. Estão os representantes judiciais da fazenda pública preparados para enfrentar a judicialização da saúde? Da necessidade de especialização da advocacia pública nas demandas em saúde. **Conass. Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2015

CUNHA, A.; KLIN, I.; PESSOA, A. Custo e tempo do processo de execução fiscal promovido pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional. **Ipea**. Brasília, 2011. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/111230_notatecn icadiest1.pdf> Acesso em: nov. 2016.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Ver. Saúde publ.**, S. Paulo. 22(4):327-34, 1988

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, ONU, 1948

DELDUQUE, Maria Célia. A Mediação Sanitária como novo paradigma alternativo à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **Conass. Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2015

DELDUQUE, Maria Célia e CASTRO, Eduardo Vazquez. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v.39, N.105, P.506-513, ABR-JUN. 2015

DELDUQUE, Maria Célia; MARQUES, Sílvia Badim; CIARLINI, Álvaro. Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil. **Direito Sanitário em Perspectiva**, Brasília, V.2 , p. 185- 221, 2013.

DINIZ, Debora; MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho; PENALVA, Janaina. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 591-598, Feb. 2014 .

DONATO, Verônica C. C. O Poder Judiciário no Brasil: Estrutura, críticas e controle. 2006. 107f. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2006.

DRESCH, Renato Luís. O acesso à saúde pública e a eficácia das normas de regulação do SUS. **Conass. Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2015

JÚNIOR, Reynaldo Mapelli. Avanços e desafios do SUS na atualidade. **Conass. Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2015

MARQUES, Silvia Badim. Direito à saúde: complexidades e enfrentamentos extrajudiciais. **Conass. Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2015

MARQUES, Silvia Badim. O direito ao acesso universal a medicamentos no Brasil: diálogos entre o direito, a política e a técnica médica. 2011. 396 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). **Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo**. São Paulo, 2011.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan. 2014, p.77-92.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, maio. 2004.

PAIM, Patrícia; MARQUETO, Alessandra; LOPES, Ivaneide de Oliveira. Câmara permanente distrital de mediação em saúde. Experiência do Distrito Federal. **Conass. Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2015.

SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. A relevante atuação da defensoria pública no desenvolvimento do SUS. **Conass. Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2015

SIMON, Letícia Coelho. Desafio: Concretização do direito à saúde pública no Brasil. **Conass. Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2015

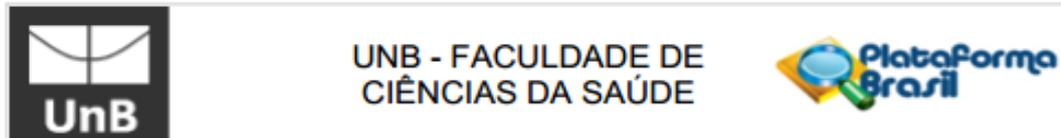
Teixeira EC. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e transformação da realidade. Associação dos Advogados de Trabalhadores Rurais da Bahia 2002. Disponível em http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf Acesso em: 30 out. 2016

TEIXEIRA, Mariana Faria. “Criando Alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro”. 2011. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). **FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, 2011.

TOJAL, Sebastião Botto de Barros. A constituição e o direito regulatório do estado social: O direito sanitário. Ministério da Saúde. Direito Sanitário e Saúde Pública. Vol. 1. Brasília, 2003.

VENTURA, Miriam. Et. Al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 (1): 77-100, 2010

ANEXO I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Panorama das demandas judiciais em Saúde no Hospital Regional de Ceilândia: conhecer para mediar.

Pesquisador: Sílvia Badim Marques

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61051316.2.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.833.438

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 23 de Novembro de 2016

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com