



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-Eixo: Ênfase em Fundamentos.

ENTRE O DIREITO E A SAÚDE: BREVES NOTAS SOBRE O DEBATE DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE ADOECIMENTO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Mariana Setúbal¹

Resumo: O presente artigo discute o processo de judicialização no campo da saúde e seus impactos para o segmento de crianças e adolescente com doenças raras, que necessitam de forma cada vez mais crescente interpellar ao Poder Judiciário de maneira individual, como meio de afirmar direitos já reconhecidos e garantidos legalmente e impõe desafios para as Políticas Públicas, que necessitam ser analisadas.

Palavras-chave: Infância e Adolescência; Judicialização da Saúde; Condições Crônicas de Saúde

Abstract: This article discusses the process of judicialization of health and its impact for children and adolescents with rare diseases, who increasingly need to address the Judiciary in an individual way, as a means of affirming rights already recognized and legally guaranteed, and poses challenges for Public Policies, which need to be analyzed.

Key-words: Childhood and Adolescence; Judicialization of Health; Health Chronic Conditions.

1. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E O DESAFIO DE AFIRMAR DIREITOS NA SOCIEDADE BRASILEIRA

“As leis não bastam, os lírios não nascem das leis” (Carlos Drummond de Andrade, “Nosso Tempo”).

A chamada judicialização das Políticas Públicas, entendida como um avanço desmedido de ações judiciais movidas por cidadãos que cobram o direito à proteção social e atribui ao Judiciário a função de controle da constitucionalidade (SIERRA, 2011), tem se configurado como uma tendência crescente no Brasil nas últimas décadas. O campo da saúde vem assumindo o protagonismo destas ações que suscitam a interface entre os poderes Executivo e Judiciário², diretamente afrontados com o desafio de afirmar direitos e garantir o acesso à saúde.

O feito da judicialização não se restringe ao Brasil e possui eventos correlatos tanto em países que possuem sistemas universais de saúde, como naqueles onde predominam

¹ Professor com formação em Serviço Social, Fundação Oswaldo Cruz, E-mail: mariana.setubal@iff.fiocruz.br.

² Com o objetivo de debater e encontrar respostas a este movimento, entre os meses de abril e maio de 2009, o Supremo Tribunal Federal convocou uma Audiência Pública em Saúde com a expectativa que resultasse em uma *Súmula Vinculante* sobre o assunto. Após seis dias de debate, isso não aconteceu, o que reforça a complexidade do tema.

os seguros privados³. Entretanto, no contexto brasileiro o fenômeno adquire uma complexidade ainda não suficientemente aclarada na agenda de debates. No contexto sanitário, a expressão judicialização da saúde também não ganhou, ainda, contornos de um objeto definido, com pesquisas empíricas e certo consenso da comunidade em torno de seus termos, sendo premente a necessidade do aprofundamento das análises, especialmente por parte dos Assistentes Sociais, que em seu cotidiano profissional se deparam diretamente com os rebatimentos dessa questão⁴.

Por um lado, as decisões judiciais favoráveis aos usuários da saúde e, no caso analisado no presente artigo, por familiares de crianças e adolescentes acometidos por condições crônicas de adoecimento, garantem o atendimento ao direito e às necessidades dos cidadãos. Por outro, expedem aos gestores o encargo da alocação de recursos que terminam por contradizer o princípio de equidade em saúde (ANDRADE et.al., 2008).

Após 21 anos de ditadura militar, no bojo do processo de redemocratização do país, a Constituição Federal de 1988 representou um marco ao trazer em seu desígnio jurídico-legal a afirmação de cidadania e a ampliação de direitos sociais⁵, tendo como princípio fundamental a necessidade de garantir direitos através de serviços públicos prestados pelo Estado e sendo reconhecida como “Constituição Cidadã”, por seus avanços no campo dos Direitos Humanos. Exemplo disso é o conhecido artigo 196, que assegura a saúde como *“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”*.

Foi, então, a partir da Constituição que os princípios da universalidade, da equidade no acesso, da integralidade no atendimento e da participação da comunidade passaram a orientar as Políticas Públicas na organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) para todo o território nacional. Essa não é uma questão menor, visto que historicamente o Estado brasileiro restringia o acesso de uma grande parcela de sua população aos serviços públicos de saúde, que era exclusivo aos trabalhadores com vínculos empregatícios formais⁶. Adensa-se o fato de que a lógica pública universalista na saúde era realidade de apenas uma parte dos países democráticos modernos neste período histórico.

³ Alguns autores como CARVALHO (2004) resgataram em suas produções as categorias desenvolvidas na literatura internacional que propiciaram as bases para a judicialização em diferentes países.

⁴ No âmbito dos debates do Serviço Social, reconhecemos importantes análises realizadas sobre o tema, que muito contribuíram com nossas reflexões: SETÚBAL (2014), MARQUES (2012), SIERRA (2011), AGUINSKY (2006), SILVA (2012).

⁵ Ressaltamos que o histórico de lutas da sociedade brasileira coincide com os movimentos de ocupação deste solo, mas em nosso texto situaremos nossa discussão a partir do marco histórico da C.F. de 1988.

⁶ Sabemos que a construção da cidadania no Brasil esteve fortemente associada às formas de ocupação definidas e reconhecidas por leis. É o que WANDERLEY GUILHERME DOS SANTOS

No âmbito do Movimento da Reforma Sanitária, importantes acontecimentos como o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde em 1979 e a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, acabaram por culminar na inclusão do capítulo de um Sistema de Seguridade Social público na C.F. de 1988, formado pelas políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social. A VIII Conferência se constituiu como um marco decisivo no processo de constitucionalização desse direito, ao definir saúde como:

o resultado das condições de alimentação, moradia, educação, renda, ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso a serviços de saúde (...), o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades de nível de vida (VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 4).

Outras importantes definições fizeram parte do referido documento, mas não é nosso objetivo no artigo aprofundar este debate, já amplamente analisado por muitos autores⁷. Mas consideramos que sinalizar esta trajetória seja necessário para reforçar o entendimento de que o direito à saúde, legalmente garantido, integra o arcabouço de um **projeto societário democrático e socialmente mais justo**.

No tocante às crianças e adolescentes, os dispositivos da C.F. preconizam os direitos sociais em todos os aspectos da vida social, sendo crianças e adolescentes considerados sujeitos de direitos com prioridade absoluta na formulação de políticas públicas e programas governamentais nos níveis federal, estadual e municipal, além de ter instituído um conjunto de ordenamentos legais⁸ que trazem o atendimento a estes como eixo transversal na legislação.

Destes, o mais significativo neste campo é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, que vem regulamentar o artigo 227 da C.F.; corrobora os direitos fundamentais (como o reconhecimento dos mesmos enquanto cidadãos) e determina a construção de um Sistema de Garantia de Direitos, que descentraliza a política, estabelece medidas de prevenção e de uma política especial de atendimento.

Sabemos que, apesar de garantidos legalmente, os direitos expressos neste contexto, em muitos casos, só é garantido por vias judiciais. Contudo, interessa-nos destacar que tal fato não se restringe às últimas décadas. SIERRA (2007) afirma que o processo de judicialização da política e da questão social no Brasil surge ainda no governo

(1987: 105) chama de *cidadania regulada*, onde o tripé da regulamentação das profissões, a carteira profissional e o sindicato público se definiam como parâmetros pelos quais passava a se definir a cidadania.

⁷ Dentre os quais destacamos as mesmas autoras citadas: BRAVO e FLEURY.

⁸ Refiro-me às seguintes ordenações legais: o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal nº 8.069/90), a Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei Federal nº 8.080/90); a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA (Lei Federal nº 8.242/91); a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei Federal nº 8.742/93), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN (Lei Federal nº 9.394/96); a Lei Orgânica de Segurança Alimentar – LOSAN (Lei Federal nº. 11.346/06) e Sistema Único de Assistência Social - SUAS (2004).

Vargas (anos 1930) como resultado da ampliação de políticas regulatórias em um contexto de acelerado desenvolvimento industrial e urbano e que apontavam para a efetivação de direitos sociais, mas a partir de um método de cooptação dos trabalhadores por meio de corporativismo e maior controle estatal.

É fato que a ampliação do escopo do Judiciário no Brasil ocorre no período histórico de pós-Constituição de 1988, entendimento exaustivamente analisado por VIANNA et.al (1999). A própria C.F. atendeu a essas demandas ao incorporar recursos passíveis de serem utilizados para pressionar o Executivo no cumprimento das leis, como, por exemplo, os mandados de segurança e injunção e a ação civil pública (art.5 da C.F.).

Foi também a partir desse processo que o sistema político brasileiro e, especificamente, o sistema Judiciário, passou por mudanças significativas nos seus processos de decisão, abrangendo grande parte de suas instituições. Dentre elas, pode-se aferir que o Ministério Público (MP) foi a instituição que sofreu modificações mais expressivas⁹, passando a atuar de maneira independente aos demais Poderes do Estado, com a incumbência de atuar na defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis; ficou também consagrado o estabelecimento das Ações Cíveis Públicas; e o papel do juiz também ganhou projeção em quase todos os aspectos da vida social. (ARANTES, 2002; VIANNA, 2007).

Com isso, não queremos correr o risco de desconsiderar a história, que comprova que algumas das prerrogativas do Ministério Público foram adquiridas anteriormente à Constituição de 1988¹⁰. No entanto, é fato que a Constituição representou um marco ao garantir ao MP uma importância no cenário político nacional, na medida em que atribuiu a relevante função de fiscalizar o cumprimento das leis, fazendo parte de sua competência o papel de representar a sociedade, além de estabelecer que ele passasse a atuar de maneira autônoma.

O termo “judicialização de políticas” foi cunhado na literatura internacional a partir da obra de TATE & VALINDER (1995), mas, ao longo dos anos, a expressão veio adquirindo diferentes significados e algumas polêmicas no interior das ciências sociais, expressando-se principalmente em dois sentidos: seja como um movimento que legitima a exploração capitalista, na medida em que utiliza o direito como fetiche; seja como uma conquista das democracias contemporâneas na defesa da cidadania (SIERRA, 2011).

⁹ Apesar de o Ministério Público constitucionalmente ter a função de defender interesses coletivos, ao contrário, por exemplo, da Defensoria Pública, alguns MPs do Brasil vem atuando em casos específicos na defesa de interesses individuais não resolvidos na esfera da Defensoria Pública.

¹⁰ ARANTES (2002) exemplifica que o Código de Processo Civil de 1973 já determinava que o Ministério Público deveria atuar em todas as causas de interesse público, o que segundo o autor, marcaria um início de afastamento do Poder Executivo.

Não se pode deixar de mencionar ainda que, em muitos momentos, as determinações governamentais impedem a conquista e a consolidação dos direitos sociais (já conquistados e que sofrem severos retrocessos), deixando a cargo da sociedade a incumbência de acionar o Judiciário na efetividade dos direitos de cidadania e que isso traz a falsa noção de que o acesso à justiça se restringe ao acesso ao Judiciário. A esse respeito, concordamos com MELO (2005: APUD AGUINSKY et.al., 2006), quando afirma que: *“justiça não pode ser monopólio dos juristas (...). Justiça é democracia, e onde houver democracia haverá justiça, mas esta não é romântica, pois democracia é confronto”* (idem: 22).

Nessa direção, importa-nos apontar que as Políticas Públicas abrangem uma esfera muito maior do que a operada pelos três poderes que compõem o Estado, pois pressupõe falar das lutas e dos sujeitos históricos. Essa afirmação não pretende desconhecer que, no âmbito dos direitos positivados, a obrigação legal e ética para que a lei seja cumprida é do Poder Judiciário, mas via, de regra, isso ocorre através de ações individuais e a questão que está posta é: em que medida a importância do Judiciário se contrapõe à responsabilização do Legislativo e do Executivo no reconhecimento e na viabilização destes direitos?

Fato é que um dos motivos de intensificação da judicialização da política é a própria judicialização da questão social e, neste sentido, SIERRA afirma que:

Enquanto a primeira remete à intromissão do Poder Judiciário nos processos de deliberação política, admitindo com isso o conflito na relação entre os Poderes; a segunda refere-se ao aumento da interferência dos aparatos de controle judicial sobre a pobreza, quer seja para a proteção e defesa dos direitos de cidadania, quer seja para repressão dos comportamentos penalmente puníveis (idem, p. 257).

SILVA (2008) sinaliza que a dicotomia envolvida neste processo deve ser enfrentada, pois não há possibilidade que não haja nenhuma consequência jurídica concreta para os direitos sociais previstos em qualquer carta constitucional, ao passo que, também, não é possível que os direitos sociais sejam tratados como os chamados direitos individuais.

Nesta perspectiva, o processo de judicialização pode vir a descaracterizar a questão enquanto um processo coletivo, que está enraizado na luta de classes e o acesso ao Poder Judiciário nem sempre é percebido como parte do processo político democrático. Nesta direção, IAMAMOTO (2004, p. 280) considera que o Poder Judiciário possui uma importante participação no reconhecimento da cidadania, mas paralelamente carrega fortes marcas burocráticas próprias dos aparelhos estatais.

Cabe observar a particularidade das ações judiciais na saúde no Brasil, que se iniciaram nos anos 1990, e por quase uma década estavam majoritariamente associadas a medicamentos e a determinados procedimentos médicos relacionados ao tratamento do HIV/AIDS. Após a implementação de Políticas Públicas voltadas para este segmento, este

tipo de ação diminuiu consideravelmente e outras patologias passaram a figurar nos processos judiciais.

VENTURA et. al. sinaliza que:

As reivindicações fundamentam-se no direito constitucional à saúde, que inclui o dever estatal de prestar assistência à saúde individual, de forma integral, universal e gratuita, no Sistema Único de Saúde (SUS), sob a responsabilidade conjunta da União Federal, estados e municípios (VENTURA et al., 2010, p. 78).

É importante mencionar que, aliado ao cenário apresentado, logo após a conquista dos direitos sociais materializada na Constituição Federal, ainda no governo de Collor de Mello, o Brasil vivenciou a implementação das chamadas políticas de ajuste estrutural, nos termos de TAVARES (2001), com a adoção de um novo receituário econômico baseado em um processo de contrarreforma destinado à diminuição do Estado no provimento dos serviços sociais e a supressão ou redução de direitos e garantias sociais (NETTO; BRAZ, 2009, p. 227). Não há como negar as implicações desta política neoliberal sobre o fenômeno da judicialização.

Portanto, é na contradição expressa entre a ampliação de direitos sociais, por um lado, e na deterioração da proteção social, por outro, que o fenômeno da judicialização das Políticas Públicas reside (SIERRA, *ibidem*).

De acordo com o pensamento de AGUINSKI e ALENCASTRO (2006, p. 20), a judicialização da questão social despolitiza os conflitos de classe e ocorre em detrimento de um compromisso mais efetivo da esfera pública, fazendo com que as demandas sejam resolvidas individualmente e não coletivamente. Nesta mesma direção, segundo VIANNA, et.al. (2007), em tempos de política neoliberal e retrocesso da importância dos sindicatos ou demais canais associativos, o Poder Judiciário no Brasil se tornou uma alternativa para a proteção social.

Para os autores:

A invasão do direito sobre o social avança na regulação dos setores mais vulneráveis, em um claro processo de substituição do Estado e dos recursos institucionais classicamente republicanos pelo judiciário, visando a dar cobertura à criança e ao adolescente, ao idoso e aos portadores de deficiência física. O juiz torna-se protagonista direto da questão social. Sem política, sem partidos ou uma vida social organizada, o cidadão volta-se para ele, mobilizando o arsenal de recursos criado pelo legislador a fim de lhe proporcionar vias alternativas para a defesa e eventuais conquistas de direitos (*idem*, 2007, p. 41).

Em resumo, podemos afirmar que a judicialização da saúde, enquanto um fenômeno ambíguo, não possui caminhos simples de serem desvelados, mas sua análise se revela de fundamental importância para a prática profissional do Assistente Social na perspectiva da garantia de direitos de cidadania.

2. CONDIÇÃO CRÔNICA DE ADOECIMENTO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA E OS REBATIMENTOS PARA O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS

“Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo a yo” (Ortega y Gasset)

O relato de experiência ora apresentado é fruto de nossa atuação junto a Unidade Pediátrica de Internação do Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), uma unidade de média e alta complexidade da FIOCRUZ, referência nacional junto ao SUS para a atenção à saúde desta população.

Em nosso cotidiano profissional, pudemos identificar que a população usuária por nós atendida é composta majoritariamente por crianças e adolescentes acometidas pelas chamadas condições crônicas de adoecimento e/ou condições complexas em saúde, com deficiências físicas, síndromes genéticas diversas e doenças raras, em sua maioria cursando com alto grau de complexidade, que inclui, entre outros fatores, necessidades especiais, tais como: elevado índice de dependência de tecnologias para manutenção da vida – tais como respiradores, concentradores e balões de oxigênio, necessidade de medicamentos excepcionais, muitos insumos após a alta hospitalar e, em alguns casos, de fórmulas alimentares hidrolisadas ou nutrição parenteral; e um número bastante elevado destas crianças e adolescentes são submetidos à ostomias: traqueostomia, gastrostomia, colostomia, etc., além de serviços de reabilitação especializados. Estas necessidades incluem ainda muitas adequações nas residências para receber estas crianças e adolescentes e este aparato tecnológico em uma rotina que, na maior parte dos casos, não se restringe ao cuidado em domicílio referente a família nuclear, sendo necessária uma ampliação da rede sócio assistencial e familiar como componente fundamental no tratamento e na melhoria da qualidade de vida.

Essa realidade não se restringe a apenas essa unidade de saúde, mas parte de um novo perfil de pacientes internados nos serviços de pediatria nas últimas décadas, gerando o que MOREIRA e GOLDANI chama de “nova pediatria” (2010). Isso se deve ao fato da crescente incorporação de conhecimentos e tecnologias no campo biomédico, que contribuiu sobremaneira para as mudanças nos modos de adoecimento e também dos cuidados assistenciais em saúde que necessitam garantir a continuidade dos cuidados, para ações educativas e de reabilitação.

Pesquisas apontam que a incidência de patologias agudas graves esteja diminuindo, acompanhado pela diminuição também das taxas de mortalidade infantil – associadas ao esforço na prevenção de doenças infecciosas por meio de campanhas de imunização, às políticas públicas de saúde destinadas ao tratamento precoce de pneumonia e diarreia, ao desenvolvimento de medicamentos mais efetivos e avanços na terapia intensiva neonatal e

na cirurgia pediátrica – o que aponta novos desafios, como o crescimento as doenças crônico-degenerativas (DUARTE et al, 2012; COSTA et al, 2011; MOREIRA & GOLDANI, 2010; GAVAZZA et al, 2008), e que são também registrados em outros cenários mundiais (TURKEL, 2007; OESEBURG et al, 2010; HALFON et al, 2010)¹¹.

De acordo com MOURA:

“As malformações congênitas e doenças genéticas, principalmente as metabólicas e neuromusculares, são as maiores responsáveis pelas doenças crônicas da infância. São muitas vezes detectadas durante a gravidez, acompanhadas no parto e posteriormente em hospitais terciários, com envolvimento de diversas especialidades médicas” (MOURA, 2001, p. 10).

Portanto, o novo cenário apresentado, consequência deste processo de transição epidemiológica e demográfica, da mesma forma que melhora a sobrevivência deste grupo populacional, traz impactos desta condição na vida das crianças, adolescentes e suas famílias. De acordo com a OMS (2003), as condições crônicas de saúde consistem: *“problemas que demandam tratamento contínuo, de longa duração, exigindo cuidados permanentes”*. No conjunto desta chamada condição de cronicidade, as crianças e adolescentes com necessidades especiais representam um segmento crescente, que inclui particularmente aquelas com dependência prolongada de tecnologia.

O conceito de dependência tecnológica se relaciona à necessidade de um ou mais dispositivos tecnológicos que atuem como forma de compensar a perda de uma função vital, bem como de cuidados contínuos que evitem a morte ou o agravamento de alguma incapacidade, com necessidades contínuas de cuidados médicos e de enfermagem e, em alguns casos, de serviços de estimulação essencial e reabilitação (COSTA et.al., 2011).

SILVA (2010) define a doença crônica na infância como uma desordem que tem uma base biológica, psicológica ou cognitiva, e que produz uma limitação de função ou de atividade, dependência de medicação ou dieta especial e, ainda, em alguns casos, a necessidade de cuidados médicos especiais.

A complexidade das condições clínicas, portanto, amplia as necessidades destas famílias/ cuidadores ao demandar cuidados mais elaborados e contínuos, e não raro muitas delas permanecem um longo tempo hospitalizadas, mesmo após a indicação de alta médica devido às necessidades apontadas acima. Deste modo, uma vida mediada pela condição crônica coloca em diálogo as dimensões clínica, epidemiológica, social e política.

¹¹ A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 1996 e 2006) demonstra que a taxa de mortalidade infantil em 1996 era de 39/1000, diminuindo para 22/1000 dez anos depois. Outros estudos apontam que nos países desenvolvidos, 90% das crianças nascidas com alguma doença crônica alcançam a vida adulta.

A FIOCRUZ realizou uma pesquisa em unidades pediátricas de internação de hospitais públicos do município do RJ no ano de 2008 e constatou a elevada frequência de crianças portadoras de doenças crônicas (47,6%), além de significativo percentual de pacientes com histórico de reinternação (35,3%). Seus resultados encontram-se no artigo supracitado de DUARTE et.al., 2012.

No que tange ao perfil socioeconômico das famílias atendidas no IFF, constatamos que, em sua maioria, elas são oriundas de comunidades empobrecidas, periferias e municípios distantes da unidade e também de outros Estados. São compostas predominantemente de pretos e pardos, com baixa qualificação e tendo a maior parte dos membros do grupo familiar o ensino fundamental incompleto. O responsável por prover o sustento da família quase sempre possui vínculos precários de trabalho, com atividades esporádicas no ramo da construção civil, em trabalhos domésticos ou no comércio. A renda familiar é em média de um a um e meio salários mínimos e, na maior parte dos casos, é composta pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC-LOAS).

GAVAZZA *et al* (2008) em um estudo com familiares de crianças com quadros crônicos de saúde confirmaram o fato de que a mãe é a cuidadora principal (93,8%), com escolaridade menor ou igual ao primeiro grau (54,2%) e não inseridas em mercado de trabalho (89,6%).

ROCHA (2003) aponta a maior incidência de pobreza entre as famílias chefiadas por mulheres, e ressalta que a chefia feminina ocorre, de maneira preponderante, pela ausência do cônjuge, o que aumenta a vulnerabilidade da família em termos de taxa de dependência e nível de rendimento. Nas famílias chefiadas por mulheres com crianças e nenhum adulto para contribuir com a renda as condições de pobreza são mais acentuadas do que naquelas famílias em que as mulheres contam com outro adulto e não têm crianças (BARROS *et.al.*, 1993). Entre 2001 e 2009, o percentual de famílias brasileiras chefiadas por mulheres havia subido de aproximadamente 27% para 35%. Em termos absolutos, são quase 22 milhões de famílias que identificam como principal responsável alguém do sexo feminino (Brasil, 2010).

O requerimento dos insumos e tecnologias necessários à alta hospitalar dos usuários do Instituto Fernandes Figueira ocorre a partir da orientação e encaminhamento da equipe de saúde das famílias às secretarias municipais e estaduais de saúde e, simultaneamente, à Defensoria Pública do município de origem da criança e do adolescente, para que, assim, haja o cumprimento do atendimento integral à saúde a partir da aquisição dos mesmos, que na maioria das vezes são de alto custo monetário e, condicionantes para a alta hospitalar.

Com vistas à implementação de políticas públicas para essa população, observamos que, historicamente, isso só tem sido possível através mobilização social, que responsabiliza o Estado o impelindo a cumprir com seus deveres constitucionais. É ainda através dos profissionais de saúde que violações de direitos são postas na arena de debates. A criação de fóruns populares em defesa da saúde, participação em espaços de controle social, tais como conselhos deliberativos de políticas e de defesa de direitos, são exemplos de experiências imprescindíveis nesse processo.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se, na atualidade, o Judiciário vive um papel diferente do que historicamente lhe foi atribuído, passando a ser chamado a responder por demandas que o façam assumir maior responsabilidade com as refrações da questão social, há uma tendência em transferir o atendimento a demandas coletivas e de cunho estrutural, na maior parte das vezes de forma individualizada.

Desse modo, a judicialização no contexto da saúde expressa a insuficiência e/ou ausência de políticas públicas e tende a gerar a falsa crença de que o acesso à justiça é a única alternativa nos casos em que se efetivam sua resolubilidade (lembrando que há muitos entraves e impasses ao longo deste processo).

Mas a questão posta não é apenas jurídica, mas política e social, partindo do entendimento de que a via judicial somente não dará conta da questão social em seu caráter histórico e estrutural. Os assistentes sociais estão desafiados em seu cotidiano profissional a contribuir com este debate.

4. REFERÊNCIAS

AGUINSKY, Beatriz et.al. *Judicialização da questão social: rebatimentos nos processos de trabalho dos assistentes sociais no Poder Judiciário*. In: **Revista Katálysis**, vol.9, n.1, Junho 2006, pp.19-26.

ANDRADE, Eli et.al. *A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça*. In: **Revista Médica Minas Gerais**, 2008; 18(Supl 4), pp.46-50.

ARANTES, Rogério Bastos. **Ministério Público e política no Brasil**. São Paulo: Educ/Sumaré, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069 de 03 de julho de 1990.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

_____. *Políticas de Saúde no Brasil*. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHO, Ernani; LEITÃO, Natália. *O novo desenho institucional do Ministério Público e o processo de judicialização da política*. In: **Revista Direito GV**, São Paulo, jul-dez 2010, pp.399-422.

DUARTE, Josélia Giordano et. al. *Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos?* In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22[1]:2012, pp.199-214.

FLEURY, Sônia. *A questão democrática na saúde*. In: FLEURY, Sônia (org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Questão Social, família e juventude: desafios do trabalho do assistente social na área sócio-jurídica**. Prefácio. São Paulo: Cortez, 2004.

MARQUES, Emilly Pereira. Reflexões sobre a (des)proteção social das crianças e dos adolescentes cronicamente adoecidos. In: **O Social em Questão**, ano XV, n.27, 2012, pp.151-178.

MOREIRA, Maria Elisabeth & GOLDANI, Marcelo. *A criança é o pai do homem: novos desafios para a área da saúde da criança*. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(2), 2010, pp.321-327.

NETTO, José Paulo e BRAZ, Marcelo – **Economia Política – uma introdução crítica – Biblioteca Básica do Serviço Social**, 4º Edição- São Paulo, Editora Cortez, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório mundial Brasília, 2003.

ROCHA, Sônia. **Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata?** Rio de Janeiro: FGV, 2003.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1987.

SETÚBAL, Mariana; ROCHA, Roseli; MOREIRA, Martha. **Um diálogo entre o direito e a saúde: crianças com doenças crônicas e o direito à vida pública**. FIOCRUZ, Mimeo, 2011.

SIERRA, Vânia Morales. *A judicialização da política no Brasil e a atuação do assistente social na justiça*. In: **Revista Katálysis**, Florianópolis, v.14, n.2, jul-dez 2011, pp.256-264.

SILVA, Mônica de Assis Salviano et.al.. *Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância*. In: **Revista Acta Paul Enfermagem** 23(3):2010, pp. 359-365.

SILVA, Naiane Louback da. *A judicialização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social*. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.111, jul/set 2012, pp.555-575.

SILVA, Virgílio Afonso da. *O Judiciário e as políticas públicas: entre transformação social e obstáculo à realização dos direitos sociais*. In: NETO, C. et.al. **Direitos**

sociais: fundamentação, judicialização e direitos sociais em espécies. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008.

VALLINDER, Torbjorn. & TATE, Neal. **The Global Expansion of Judicial Power: The Judicialization of Politics.** New York : New York University, 1995.

VENTURA, Miriam *et al* - *Judicialização da saúde, acesso à justiça e efetividade do direito a saúde.* In **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010.p. 77-100.

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

_____. *Dezessete anos de judicialização da política.* In: **Tempo Social.** Revista de sociologia da USP, v. 19, n. 2. 2007.