



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: Ética, Direitos Humanos e Serviço Social

Sub-Eixo: Ênfase em Direitos Humanos

A DINÂMICA DA JUDICIALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ACESSO À SAÚDE

Angela Cristina Lopes¹
Ana Patrícia Pires Nalesso²

Resumo: Na contemporaneidade, os usuários dos serviços públicos de saúde estão recorrendo à estratégia da judicialização, uma vez que em determinadas situações o Estado se ausenta da efetivação dos direitos garantidos pela Constituição Federal Brasileira. Frente a isso, nossa pesquisa objetivou discutir sobre o fenômeno da judicialização dentro da Política de Saúde. Para alcançar o nosso objetivo, realizamos uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva, por meio de revisões de literatura sobre a temática. No processo de realização desse trabalho foi possível identificar que a construção da política de saúde universal no Brasil se constitui em um avanço no conjunto das políticas sociais, mas que atualmente é efetivo seu desmonte frente aos ajustes neoliberais. Diante desse processo de sucateamento dos serviços de saúde, a judicialização aparece como estratégia possível para o acesso ao direito à saúde, sendo que esse fenômeno traz em si a própria fragilidade da efetivação do direito universal à saúde e pautando a difícil equação direito individual x direito coletivo.

Palavras-chave: Judicialização, Saúde, Direito.

Abstract: In contemporary times, the public health services users are appealing to the judicial strategy, once that in certain circumstances the State is absent from the realization of the rights guaranteed by the Brazilian Federal Constitution. Faced with this, our research aimed to discuss the phenomenon of judicialization within Health Policy. To achieve our goal, we performed a qualitative research, of the descriptive type, through literature reviews on the subject. In the process of accomplishing this work it was possible to identify, that the construction of universal health policy in Brazil constitutes an advance in the set of social policies, but which is currently effective in the dismantling of neoliberal adjustments, in front of the process of scrapping the health services, the judicialization appears as a possible strategy for access to the right to health, and this phenomenon this phenomenon brings in itself the fragility of the realization of the universal right to health and guiding the difficult equation individual right x collective right.

Key words: Judicialization, Health, Right.

INTRODUÇÃO

No contexto neoliberal em que estamos inseridos, podemos observar ataques severos à política de saúde e a conseqüente má qualidade na prestação dos serviços ou até mesmo a ausência destes para a população. É nesse cenário que a judicialização ganha destaque; os cidadãos que dependem do Sistema Único de Saúde enxergam no judiciário a porta de acesso para seus direitos.

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Estadual de Londrina, E-mail: angelacristina.lopes@live.com.

² Professor com formação em Serviço Social, Universidade Estadual de Londrina, E-mail: angelacristina.lopes@live.com.

Frente ao aumento dos processos de judicialização no campo da saúde e a proposta do atual governo de inviabilizar esses processos através da proposta de emenda à constituição (PEC) nº6/2019, a referida emenda não só trata da reforma da previdência, mas também menciona a judicialização da saúde no sentido de inviabilizar sua efetivação. O presente trabalho tem como objetivo a discutir sobre o fenômeno da judicialização dentro da política de saúde. Situamos nossa discussão no campo da universalização do direito à saúde e fundamentamos nossas colocações em uma pesquisa qualitativa descritiva.

1 A CONQUISTA DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, a história do acesso aos serviços de saúde é marcada por lutas, avanços e retrocessos. Antes do reconhecimento da saúde como um direito no Brasil em 1988, os serviços de saúde oferecidos no país não atendiam a população em geral. Quem acessava os serviços era a parcela da população mais abastada. Os trabalhadores eram atendidos em suas necessidades de saúde via previdência social. Já as pessoas com baixo poder aquisitivo e sem carteira assinada dependiam da filantropia. As características marcantes da área da saúde nesse período eram “[...] Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional.” (BRAVO, 2006 apud OLIVEIRA E TEIXEIRA FLEURY, 1986, p. 207).

Esse modelo de assistência à saúde excludente oferecia serviços focalizados a determinadas demandas. Escorel (2008, p. 01) destaca que

[...] Aqueles que não contribuíam para a previdência social podiam obter atenção à saúde desde que integrassem o perfil dos programas (materno- infantil, tuberculose, hanseníase, etc.), em serviços filantrópicos ou, para aqueles que pudessem pagar, em consultórios e clínicas privadas. [...]

Desta forma, se o indivíduo não estivesse ativo no mercado de trabalho em um emprego formal não poderia acessar os serviços médicos oferecidos pelo Estado. A ele eram reservados os serviços oferecidos pelas instituições de caridade, de forma pontual e de caráter curativo. Os serviços da chamada saúde pública ofereciam serviços e atendimentos para controle das epidemias e doenças específicas como a hanseníase e a tuberculose.

Na década de 70, a partir dos conhecimentos em saúde produzidos por uma vertente de cunho social, temos a gestação de um movimento que vai contra os princípios privatistas. Havia então a concepção de que o modelo privatista não atendia de maneira abrangente as demandas de saúde da população e, portanto, novos modelos de saúde deveriam ser propostos. Os sujeitos desse movimento se colocaram como agentes políticos na conquista por direitos à saúde. Desta forma, um grupo de médicos sanitaristas e outros profissionais

preocupados com a saúde pública se fortalece para discutir e reivindicar melhores condições de saúde e qualidade de vida para a população.

Essa articulação em busca de reformas na saúde resultou no movimento democrático conhecido como Reforma Sanitária, o precursor que reivindicou a saúde como direito. Os envolvidos no movimento tinham como principais propostas, segundo Bravo (2006, p. 96),

[...] A universalização do acesso; a concepção de saúde como um direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através de estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sob a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. [...]

Os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, engajados na luta por direitos, não propunham apenas estratégias para a cobertura das deficiências do sistema de saúde da época, mas também almejavam uma nova configuração de governo, não autoritário, mas sim democrático.

Na década de 80, Escorel (2008, p.7) observa que no final do governo militar, o movimento sanitário participou das “Diretas Já” junto dos demais segmentos da sociedade e seu projeto de saúde foi incorporado pelo PMDB, partido de oposição ao governo militar.

No dia 15 de março de 1985, a luta pela democracia vence. Após vinte e um anos da vigência do governo militar, Tancredo Neves é eleito presidente do Brasil, e em seu plano de governo estão contempladas as reivindicações do movimento sanitário (ESCOREL 2008, p. 7).

Ainda nesse cenário de redemocratização, ocorreu em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou não somente com a participação dos profissionais de saúde. Dessa vez, a sociedade civil também esteve presente levando as reivindicações da população.

O Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde expressou os aspectos da conjuntura nacional apontando diversos fatores que contribuíam para o não acesso da população à saúde, como o Estado autoritário que destinava recursos aos grupos que visavam à mercantilização da saúde, modelo assistencial excludente, a escassa participação popular na formulação e controle das políticas, excessiva centralização no âmbito federal. E também estabeleceu os alicerces para a construção do Sistema Único de Saúde.

No que se refere à saúde como direito, a 8ª Conferência pontua um conceito de saúde ampliado: saúde não é apenas a ausência da doença, mas sim resultado de um conjunto de condições de vida, “[...] A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde.” (BRASIL 1986, p. 4).

Esse conceito de saúde pontua a importância das condições materiais de vida, da atenção integral à saúde já pontuando que atenção à saúde não se reduz à atenção curativa.

Nesse sentido, a 8ª Conferência vai identificar que para se ter saúde é preciso que diferentes políticas sejam promovidas pelo Estado para a população:

[...] Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando que os meios permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais econômicas pela população. [...] (BRASIL 1986, p. 04).

No que se refere à Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, são apontadas mudanças referentes à organização dos serviços Brasil (1986) como a descentralização na gestão dos serviços, integralização das ações, participação da população na gestão e execução das ações de saúde.

Observamos que a luta travada pelos participantes da Reforma Sanitária e os relatores da 8ª Conferência Nacional de Saúde se posicionaram ao lado da população, e enfatizaram que o Estado deve arcar com essa garantia, não mais favorecendo o projeto privatista e o mercado.

Em 1987, tivemos a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), no entanto teve caráter transitório para o Sistema Único de Saúde (ESCOREL 2008, p. 8).

Em 1988, temos a promulgação da Constituição Federal Brasileira. Ela foi elaborada por uma assembleia de deputados e senadores eleitos pelo povo. A carta constitucional se configura como um símbolo da democracia em nosso país e a inclusão da saúde como direito de todos.

Na Constituição, encontramos cinco artigos referentes à saúde (art. 196, 197, 198, 199 e 200). Neles estão estabelecidos como a política de saúde será estruturada, bem como suas diretrizes e atribuições. Apesar do direito se configurar como um dever do Estado para com a população, encontramos no artigo 199 a abertura para instituições privadas atuarem de forma complementar à assistência pública. Isso significa que serviços poderão ser terceirizados dentro das instituições de saúde pública (BRASIL 2015).

Posterior à promulgação da Constituição, em 1990 foi sancionada a lei nº 8.080, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, que passa a ser norteado pelos seguintes princípios: a universalização que, segundo o Ministério da Saúde, (2018) se trata de

[...] A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. [...]

A equidade também é outro princípio que segundo o Ministério da Saúde (2018) consiste em

[...] Diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. [...]

Por fim temos a integralidade, que é definida pelo Ministério da Saúde (2018) como

[...] Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. [...]

Observando os princípios norteadores do SUS, notamos que foram estruturados visando abranger toda a população e suas demandas. Os princípios asseguram que todos os cidadãos sem distinção de qualquer natureza recebam atendimento, levando em consideração as particularidades de cada indivíduo. Além dos princípios que são importantíssimos para nortear a política de saúde, encontramos ainda na Lei n 8.080, no art. 2 “[...] A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (BRASIL 1990).

Entendemos que a consolidação do SUS foi um avanço na história do direito à saúde, entretanto o contexto político-econômico que se sucedeu contribuiu para o oferecimento deficitário de serviços na saúde. Noronha e Soares (2001, p. 446) enfatizam o assunto: “[...] Defendemos a ideia de que na década de 1990 houve não apenas uma interrupção, mas um retrocesso no processo de construção de um projeto de Proteção Social para o Brasil que foi inscrito na Constituição de 1988”.

Em 1990, o país enfrentou algumas “reformas estruturais”, principalmente no campo econômico e social, sob a justificativa de que somente dessa forma a crise no país seria reduzida. Segundo Noronha e Soares (2001, p. 446),

[...] A inflexão desse projeto de proteção social se dá num contexto de profundas mudanças econômicas, sociais e institucionais, determinadas pelas chamadas “reformas estruturais” conduzidas por políticas de ajuste, que insistimos em chamar neoliberais – dada sua matriz ideológico-política e o seu “receituário padrão” elaborado pelos organismos multilaterais de financiamento. Essas reformas foram implementadas em todos os países da América Latina, com graves consequências sociais e econômicas – cada dia mais visíveis –, implicando retrocessos históricos nos processos constitutivos de uma cidadania ainda incompleta. [...]

Na década de 1990, embora os direitos já estivessem garantidos em lei, o acesso ainda era embrionário, principalmente na área da saúde, uma vez que é um nicho de mercado muito lucrativo para as empresas privadas. Desde a implantação do SUS temos a presença da disputa de dois projetos: um vinculado ao movimento da Reforma Sanitária e o outro ao mercado. Campos (2006, p. 90) explica que

[...] No Brasil, com a ampliação das funções assistencialistas do estado ocorreu uma combinação dos dois estilos de administração sanitária existentes: o liberal e o

da saúde pública. Infelizmente, contudo, esta síntese reteve o que poderíamos considerar como “o pior de cada um destes dois mundos”. Da tradição estatal conservou-se a estrutura rígida e centralizada, a gestão burocratizada e autoritária, mas permeável ao clientelismo e as várias formas de utilização privada da coisa pública. Da tradição liberal conservou-se a autonomia relativa dos profissionais, especialmente dos médicos, o que sem estímulos pessoais do mercado redundou em uma profunda alienação dos servidores de suas obrigações mais comezinhas. [...]

Essa disputa interfere diretamente no trato das demandas de saúde da população brasileira, destacando-se a gestão de cunho neoliberal, “[...] O discurso e a atuação dos últimos governos da República têm se vinculado às três primeiras alternativas: a da privatização, da contenção de gastos através de medidas que promovam “austeridade” e “seleção de demandas”.” (CAMPOS, 2006, p. 19).

Segundo Campos (2006), essa perspectiva neoliberal incentiva a ausência do Estado na efetivação das políticas públicas, proporcionando assim espaço propício para o fortalecimento das práticas privatizantes da coisa pública. Nesse sentido, o projeto privatizante vai ganhando espaço. Há cada vez mais a presença de repasse de verbas para a iniciativa privada e o sucateamento dos serviços públicos, que leva ao enfraquecimento do projeto em defesa da vida vinculado à reforma sanitária.

No cenário atual, a política de saúde continua a sofrer ataques severos. Atrelado a isso, o presidente Jair Bolsonaro apoia o projeto da PEC 06/2019 que no momento está

“Aguardando Parecer do Relator na Comissão Especial destinada a proferir parecer à Proposta de Emenda à Constituição nº 6-A, de 2019, do Poder Executivo, que “modifica o sistema de previdência social, estabelece regras de transição e disposições transitórias, e dá outras providências” BRASÍLIA. CÂMARA DOS DEPUTADOS - PEC00619”.

Essa proposta trata sobre a reforma da previdência, entretanto, traz como proposta a modificação do parágrafo 5º do artigo 195 da Constituição de 1988, que propõe a substituição de “Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.” para “Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido por ato administrativo, lei ou decisão judicial, sem a correspondente fonte de custeio total” (BRASÍLIA. CÂMARA DOS DEPUTADOS - PEC00619).

Essa alteração inibirá a dispensação de medicamentos via processos judiciais, visto que o judiciário ficará impedido por lei de interferir na dinâmica das políticas públicas que compõem a seguridade social.

Toda essa dinâmica de impedimento do acesso a serviços de saúde por estratégia judicial tem desdobramentos para a saúde da população. Além disso, o aumento do tempo de contribuição para o acesso à aposentadoria também incidirá nos processos de

adoecimento e qualidade de vida da população, uma vez que outro elemento a se considerar é que a saúde depende das condições materiais de vida e o contexto neoliberal em que se encontra o país contribui para a mudança dos condicionantes de vida da população e seu processo saúde doença:

[...] Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. [...] (BRASIL 1986).

Observamos no Brasil atualmente uma alta taxa de desempregados. Segundo Cury e Brito 2018, “[...] No ano de 2017, a taxa média de desocupação registrada foi de 12,7%, a maior da série histórica do IBGE, que começou em 2012. Nesse período, o desemprego alcançou, em média, 13,23 milhões de pessoas da força do trabalho”.

Esse quadro incide diretamente na qualidade de vida da população. Com a diminuição da renda, muitos usuários abrem mão dos planos de saúde e migram para receber atendimento no SUS, e as condições de adoecimento aumentam e a procura por serviços de saúde aumentam.

Esse cenário de gestão neoliberal contribui então para o aumento das práticas judicializantes na saúde, visto que alguns serviços não são executados com a justificativa de que não há recurso para tal, levando a população a solicitar intervenção do poder judiciário para que o direito seja efetivado.

Nesse sentido, dentro da política de saúde temos os gestores que desempenham um papel importantíssimo na viabilização do direito à saúde, visto que são encarregados de gerir o dinheiro público voltado para a política de saúde com eficácia.

No entanto, suas atribuições não se limitam a apenas gerenciar os recursos destinados à saúde. Além disso, os gestores devem avaliar os serviços oferecidos, criar estratégias de enfrentamento para os problemas dentro do sistema de saúde e utilizar as ferramentas disponíveis para o controle do SUS.

Os gestores são separados em escala municipal, estadual e federal, e a cada esfera são atribuídas suas competências. Para manter a articulação entre as três esferas, no início dos anos 90 foram criadas a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB):

[...] As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), o que estimula o debate e a negociação entre as partes. [...] BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (2009).

A questão da judicialização perpassa o trabalho dos gestores, e se configura como um grande desafio a ser resolvido. Isso porque, de acordo com Cruz (2015, p. 30),

[...] São inúmeras as repercussões do crescimento progressivo de ações judiciais na saúde que impactam tanto a efetivação quanto a manutenção das políticas públicas de saúde e inviabilizam o planejamento dos programas e das ações, bem como as programações orçamentárias e financeiras. [...]

Frente a isso, os gestores precisam se posicionar de maneira estratégica para atender as demandas da população. Com recursos limitados, a decisão política da organização dos serviços é extremamente complexa e exige, além de conhecimentos da rede de serviços e do território, sensibilidade para a dor dos usuários do serviço, mas em um contexto de limitações materiais muitas demandas não são atendidas.

Além da limitação orçamentária, é importante ressaltar que vivemos em uma sociedade onde as relações de trabalho são precarizadas e onde a condição de vida apresenta limitações materiais para maioria da população. Logo, as necessidades de saúde só aumentam. A saúde é um conjunto de elementos como já pontuado anteriormente e não apenas a ausência de doença, portanto, o adoecimento da população é uma variável em progressão.

O recurso escasso direcionado à política de saúde somado à nova demanda de usuários contribui para a lentidão nas filas de atendimento. Segundo Brunet (2018),

[...] Comparando os dados de agora (que foram apurados em maio) com as duas últimas edições de pesquisa semelhante feita pelo mesmo Datafolha, fica mais do que provado a piora na qualidade de vida e de assistência à saúde dos cidadãos. Em 2014, 30% dos entrevistados estavam esperando por algum atendimento no SUS. Em 2018 são 39% nessa situação. Naquele mesmo ano, 29% desse grupo estavam aguardando há mais de seis meses por algum procedimento. Essa proporção chega a quase metade quatro anos depois, 45%. [...]

A população que aguarda na fila do SUS para receber consultas, procedimentos cirúrgicos, medicações, órteses/próteses, entre outros insumos, se sente desamparada pelo Estado. Elas entram nas filas de espera sem a certeza de quando acessarão o serviço ao qual necessitam. Muitos usuários falecem esperando pelo atendimento, visto que muitos agravos no quadro de saúde podem ocorrer quando não há agilidade no diagnóstico e tratamento.

Os autores Noronha e Soares (2001, p. 446) ressaltam que “[...] A chamada área social no Brasil – com destaque para a área da saúde – constitui-se hoje o terreno mais conflitivo e exposto da nossa sociedade.” Entendemos que o acesso ao direito à saúde é permeado por conflitos, pois inicialmente temos a carta constitucional que nos garante políticas sociais e, em contra partida, temos um Estado de cunho neoliberal negligenciando sua efetivação para a população.

A política de saúde então permeada pela ideologia neoliberal e a desresponsabilização do Estado constituem-se como empecilhos para a concretização dos princípios do SUS. Ribeiro (2014, p.70, APUD BOSQUETTI E SALVADOR, 2006) aponta que

[...] A política foi abalada em seus princípios e diretrizes, ao não ofertar com qualidade, eficiência e eficácia seus serviços, operando com um financiamento regressivo – penalizando a camada mais desprovida da população que não pode acessar o mercado – e não progressivo – com caráter de justiça fiscal social e participação. [...]

Nesse cenário temos as condições propícias para que aconteça a “judicialização da política”, alternativa essa que começa a ser procurada pela população gradualmente. O judiciário passa a atuar na efetivação dos direitos sociais, função anteriormente atribuída ao executivo. Portanto, Ribeiro (2014, p.72) fala que “[...] A judicialização da política refere-se ao papel que o judiciário passou a desenvolver nas sociedades contemporâneas como agente ativo na implementação de políticas públicas e na garantia de direitos”.

Nesse processo de judicialização da política, o juiz passa a conceder direitos – após a negativa do Estado – a partir de interpretações da Constituição Federal. A demanda de saúde coletiva torna-se individual ao passo que cada solicitação é processada isoladamente, contemplando apenas o cidadão solicitante. Dessa forma, observamos a contradição entre o princípio da universalização do SUS e o acesso ao direito.

Os cidadãos se voltam para o judiciário na esperança de que acessem seus direitos por esse viés, uma vez que o poder do juiz não se limita a reproduzir o conteúdo em lei. Mas, Ribeiro (2014, p.72) lembra, “[...] Rompendo com esta visão do Judiciário como singelo aplicador das leis e reconhecendo o mesmo como guardião dos direitos fundamentais”.

Com o desenvolvimento da sociedade, temos a produção de novas tecnologias em todas as áreas, inclusive na saúde. A produção de novas tecnologias na saúde representa um salto qualitativo importante para a sociedade, visto que novos tratamentos podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

Os condicionantes de vida da população estão em constante transformação. A criação de tecnologias vai ao encontro das novas necessidades, além disso, contribui para a evolução de tratamentos já existentes. Os avanços tecnológicos podem representar melhorias na qualidade de vida das pessoas. Portanto, é necessário que haja a incorporação de novos tratamentos no sistema de saúde, quando comprovada a eficácia e os benefícios. Segundo o CONASS (2015, p. 51),

[...] A incorporação de determinadas tecnologias (medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais), cabe ao Ministério da Saúde, conforme indicação de comissão especializada. [...]

Diante disso tudo, é ainda importante pontuarmos que dentro do SUS há uma “cesta” de serviços e medicamentos, que foram definidas pelo Decreto 7.508, de 2011, que define a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), em que constam todos os serviços e ações do SUS disponibilizados para a população. No mesmo decreto,

encontramos a Relação Nacional de Medicamento (RENAME), que prevê todos os medicamentos que serão disponibilizados pela rede pública de saúde (BRASIL 2011).

A RENASES e a RENAME são mecanismos de controle do Estado, uma vez que regulam as realizações de procedimentos e o fornecimento de medicamentos para a população. Portanto, o usuário que faz acompanhamento na rede de saúde pública na qual recebe a prescrição de um medicamento de alto custo não disponibilizado pela rede de assistência farmacêutica pública, tem como opção adquirir o medicamento com recursos financeiros próprios ou recorrer ao judiciário, visando à sua intercessão na efetivação do direito. Essa situação ocorre não apenas com medicamentos, mas com qualquer serviço de saúde que não esteja regulamentado pela RENASES.

A partir disso é possível afirmamos que hoje na gestão da saúde pública existe uma tendência de combinação de recursos limitados, com medicamentos e procedimentos previamente estabelecidos atrelados à perspectiva neoliberal de que se configuram como elementos que interferem diretamente no acesso integral à saúde.

Magalhães (2013) destaca aspectos importantes para compreendermos as possíveis causas da judicialização na saúde:

[...] Considerando que os recursos investidos, apesar de ampliados nos últimos anos, ainda são insuficientes para atender à demanda real; que o sistema único como estruturado prevê uma carteira de serviços, cuja atualização e incorporação de novas tecnologias não acompanham, na mesma velocidade, a evolução dos procedimentos e técnicas da medicina; que o usuário tem direito a tratamento integral e gratuito, a judicialização de pedidos de internação; a concessão de medicamentos; a realização de tratamento no sistema privado e, até mesmo no exterior (como ocorria com o tratamento da retinose pigmentar em Cuba), tem se desvelado como um das questões preocupantes enfrentados nas últimas décadas pelos gestores de saúde. E, de certa forma, entranha para o efetivo fortalecimento do sistema, pois ao redirecionar recursos públicos para o atendimento às demandas judiciais, deixa-se de atender outros setores da saúde que demandam melhoria ou maior investimento. [...]

No entanto, como mencionado anteriormente, existe um debate sobre a judicialização de medicamentos e procedimentos na saúde ao redor da disputa entre o direito individual e o coletivo. Visto que o orçamento destinado à saúde é finito, qualquer demanda que extrapole os gastos previstos nos orçamentos garante que podem ser utilizados os recursos do princípio da reserva do possível. Segundo Silva (s. d. p.26),

[...] O princípio da reserva do possível regula a possibilidade e a extensão da atuação estatal no que se refere à efetivação de alguns direitos sociais e fundamentais, tais como o direito à saúde, condicionando a prestação do Estado à existência de recursos públicos disponíveis. [...]

Deparamo-nos então com uma má gestão de recursos. De um lado o usuário apresenta uma demanda de saúde em que será necessário um alto investimento de recursos e do outro temos o restante da população com demandas variadas as quais também oneram custos para o Estado. Surge então o seguinte questionamento: Qual direito tem prioridade, o coletivo ou o individual?

É crescente o número de processos individuais judiciais na área da saúde. Essa via pode representar um caminho mais rápido e efetivo que a permanência nas filas padrões do SUS. Ribeiro (2014, p. 87) nos traz apontamentos críticos sobre esse processo:

[...] Mas quando o Judiciário determina que o Poder Público cumpra uma ordem judicial, seja para fornecimento de assistência médica, terapêutica, farmacológica ou hospitalar a determinado cidadão, este indivíduo “passará à frente” de outros pacientes que se encontram na mesma situação de risco e sem condições financeiras de arcar com o tratamento, afetando não apenas as partes envolvidas no processo, como também toda a coletividade, pois este gasto pode acabar dificultando a implementação de políticas públicas para a coletividade. [...]

O movimento de judicialização na esfera individual pode prejudicar a efetivação do direito coletivo, visto que a base de financiamento é a mesma. Para cumprir com as determinações judiciais, o Estado utiliza o recurso que seria destinado à saúde coletiva para arcar com os custos do tratamento individual de cada solicitante.

Outra questão importante diz respeito ao acesso à justiça. Os cidadãos que conseguem solicitar suas demandas via judicial de certa forma possuem mais informações que outra parcela da população. Muitas pessoas poderiam ter seu direito à saúde efetivado judicialmente, mas por falta de conhecimento acabam não acessando essa via. A respeito disso, Ribeiro (2014, p. 88) coloca que

[...] Quando o Judiciário assume o papel de protagonista na implementação das políticas de saúde, acaba também favorecendo, de certa forma, aquele indivíduo que têm mais acesso à informação e à justiça, seja através de advogados particulares seja via defensoria pública. Isso porque, a parcela da população que não tem informação, conhecimento de seus direitos, sequer procura a justiça. E aquele cidadão que não teve o seu direito à saúde garantido, passa a ter outro direito negado: o acesso à justiça. [...]

A partir disso, torna-se necessário criar estratégias coletivas para o acesso à saúde. O caminho da judicialização, apesar de efetivo em determinadas situações, compromete a estabilidade do todo. A sociedade civil organizada pode buscar melhorias para o SUS lutando, por exemplo, para que o orçamento destinado à saúde seja revisto e ampliado de acordo com a demanda apresentada. Além do financiamento, a área da gestão também deve ser tensionada, visando a melhor distribuição dos recursos.

A mobilização social não se configura como a medida mais fácil e rápida. É necessário que os usuários coletivamente se organizem, para que haja força no enfrentamento com o poder público frente ao desmonte da política de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito se conquistou no campo da saúde, mas a concretização do direito à saúde ainda é um desafio. Entendemos que o SUS está sujeito a mudanças; ele não é um sistema pronto e acabado. Na medida em que o cenário político e ideológico no Brasil se transforma, a política de saúde é discutida entre os diversos setores da sociedade.

Entretanto o sucateamento do SUS vem ocorrendo desde sua gênese. Isso porque os setores da medicina privada vêm sendo beneficiados em detrimento da saúde pública. A qualidade dos serviços ofertados pelo SUS cai consideravelmente, na medida em que o financiamento vai sendo restringido. Além disso, a má gestão dos recursos contribui negativamente para a formulação e desenvolvimento das ações no âmbito da saúde.

Frente a essas questões, acreditamos que judicialização possui efeitos positivos e negativos na sociedade, principalmente no aspecto do direito individual e coletivo. Essa via é capaz de garantir direitos, mas produz impactos no orçamento destinado à saúde, uma vez que essa política dispõe de um orçamento finito e escasso, podendo prejudicar os outros serviços oferecidos no SUS.

Cabe ressaltar aqui que essa finitude de orçamento é determinada pelo Estado, e que com os ajustes neoliberais e a tendência do novo governo brasileiro esses recursos tendem a ficar ainda menores, o que pode colocar em risco o próprio Sistema Único de Saúde.

Na tentativa de reverter esse violento processo da retirada de direitos, a sociedade civil precisa se mobilizar e fomentar discussões coletivas para traçarem estratégias de enfrentamento aos ataques na política de saúde.

Essas discussões podem ocorrer nas reuniões dos Conselhos de Saúde e nas Conferências, que são espaços democráticos e deliberativos. Entretanto, o debate do direito à saúde deve extrapolar os limites das instituições.

Os profissionais de saúde podem contribuir fomentando discussões nos espaços de trabalho, realizando ações socioeducativas para os usuários, transferindo informações importantes acerca do direito e colaborando para o fortalecimento da percepção crítica dos usuários em relação à realidade em que estão inseridos.

Acreditamos que o caminho para a efetivação dos direitos se dará através de discussões e mobilizações da sociedade civil juntamente dos profissionais de saúde, exigindo do Estado e não do poder judiciário medidas para a viabilização dos direitos. Algumas reivindicações podem ser feitas no intuito de diminuir o fenômeno da judicialização, entre elas um orçamento compatível com as demandas da população, a revisão dos protocolos e a incorporação de novas tecnologias e uma gestão comprometida com os princípios norteadores do SUS.

REFERÊNCIAS

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **SUS – Comissões**. 2009. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/comissoes.php>>. Acesso em: 07 nov. 2018.
BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 48. ed. Brasília: Câmara dos Deputados. 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Direito à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. p. 114. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/direito-asaude/>. Acesso em: 30 nov. 2018.

_____. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasil: Congresso Nacional, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 02 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Judicialização da Saúde no Âmbito da União em Números: Recursos Extraordinários 566471 e 657718**. 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/17/JUDICIALIZACAO%20DA%20SAUDE%20NO%20AMBITO%20DA%20UNIO%20EM%20NUMEROS%20R70%20recursos%20Extraordinarios%20566471%20e%20657718.pdf>. Acesso em 04 ago. 2018.

_____. **Relatório Final da 8ª Conferência de Saúde**. 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 15 set. 2018.

BRASÍLIA. Câmara dos Deputados. **PEC 06/2019**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2192459>. Acesso em: 29 maio 2019.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et. al. (org). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 88-111.

BRUNET, Daniel. **77% dos brasileiros aprovam o atendimento do SUS. 2017**. Disponível em: <http://www.conass.org.br/77-dos-brasileiros-aprovam-o-atendimentodo-sus/>. Acesso em: 24 nov. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 220.

CURY, Anay; BRITO, Carlos. Desemprego fica em 11,8% no 4º trimestre de 2017. **G1**. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/desemprego-ficaem-118-no-4-trimestre-de-2017.ghtml>. Acesso em: 03 nov. 2018.

GIOVANAZ, Daniel. PEC da previdência ameaça liberação de medicamentos por ordem judicial. **Brasil de Fato**. 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/04/12/pec-da-previdencia-ameaca-liberacao-de-medicamentos-por-ordem-judicial/>. Acesso em: 30 maio 2019.

SCOREL, Sarah. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária**. Disponível em: http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Scorel_2008_II.pdf. Acesso em: 27 ago. 2018.

MAGALHÃES, Leonardo Cardoso. **O SUS e a Defensoria Pública: a judicialização consciente de demandas de saúde.** 2013. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/o-sus-e-defensoria-p%C3%BAblicajudicializa%C3%A7%C3%A3o-consciente-de-demandas-de-sa%C3%BAde>. Acesso em: 21 nov. 2018.

NORONHA, José Carvalho; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva.** São Paulo, v. 6, n. 2, ago. 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7014.pdf>. Acesso em: 01 set. 2018.

RIBEIRO, Danielle Sachetto. **O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos?** 2014. 169. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2014. Disponível: http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2014/01/danielle_ribeiro.pdf. Acesso em: 27 ago. 2018.

SILVA, Leny Pereira. **Direito à Saúde e o Princípio da Reserva do Possível.** Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoaudienciapublicasaude/anexo/direito_a_saude_por_leny.pdf. Acesso em: 30 nov. 2018.