

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
Em cooperação com
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

VANESSA SANTOS VIEIRA

**JUDICIALIZAÇÃO DE BENS E SERVIÇOS DO SUS EM UMA
UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

**Porto Alegre
2020**

VANESSA SANTOS VIEIRA

**JUDICIALIZAÇÃO DE BENS E SERVIÇOS DO SUS EM UMA UNIDADE DE
EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública, do Curso de Especialização em Saúde Pública, da Escola de Saúde Pública em cooperação com a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Me. Ana Paula Rigo

**Porto Alegre
2020**

AGRADECIMENTOS

Agradeço as instituições de ensino, em especial a Escola de Saúde Pública/RS, e seus ótimos profissionais que por meio de seus processos de trabalho, proporcionaram um ambiente acolhedor que possibilitou a troca de saberes e o aprofundamento do conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar o perfil sociodemográfico, assim como os bens e serviços judicializados por pacientes que ingressaram por meio de determinação judicial no serviço de emergência do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL/PUCRS). Para isso, realizou-se um desenho de estudo observacional, transversal com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi feita no Hospital São Lucas, a partir das determinações judiciais recebidas no período de 20 de junho de 2018 a 20 de junho de 2019. Foram extraídos dados de 43 determinações judiciais, sendo a maior parte dos demandantes adultos com idade entre 30 a 59 anos (49%), com renda mensal na faixa de um a três salários mínimos (81%). Quanto às determinações judiciais, identificou-se que 81,4% dos autores utilizaram como representação a Defensoria Pública do Estado, 81% tiveram todo o tratamento custeado em leitos de custeio particular. Em 37,2% dos casos foi determinada a responsabilidade solidária do Município e outros e em 55,8% do Estado e outros. Apurou-se, ainda, que em 79% dos casos foi deferido um pacote de procedimentos: remoção, avaliação, internação e tratamento cirúrgico. A análise apontou haver fragilidades no atendimento aos pacientes que acessam os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e deixou evidente que o acesso por meio do judiciário, por si só, não tem otimizado a utilização dos recursos para todos, sendo necessário para este fim, a associação de diferentes e novas estratégias.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Judicialização da Saúde. SUS.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
1.1	OBJETIVOS DA PESQUISA	8
1.1.1	Objetivo geral	8
1.1.2	Objetivos específicos.....	8
1.2	JUSTIFICATIVA	8
2	REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DIRETRIZES E ORGANIZAÇÃO	9
2.2	DESFINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE	12
2.3	O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO.....	13
2.4	(DES) JUDICIALIZAÇÃO: A POSSIBILIDADE POR MEIO DA MEDIAÇÃO .	16
3	METODOLOGIA	18
3.1	CENÁRIO DO ESTUDO.....	18
3.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO	18
3.3	DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	18
3.4	COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	19
3.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	19
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	21
4.1	RESULTADOS	21
4.2	DISCUSSÃO	25
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde, preconizado no art. 196 da Constituição Federal de 1988, estabelece que saúde é um direito de todos e dever do Estado a sua promoção (BRASIL, 2016). O texto constitucional consagrou o acesso universal à saúde, pondo fim a um sistema discriminatório e excludente que garantia atendimento somente a quem estivesse regularmente registrado no mercado formal de trabalho. Nessa perspectiva, as políticas de saúde foram planejadas e implementadas pelo Estado com o objetivo de propiciar condições que garantam o acesso igualitário a todo o cidadão brasileiro de modo a minimizar as desigualdades sociais.

No Brasil, os serviços de saúde constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, visto englobar desde uma simples avaliação da pressão arterial, na atenção básica, atendimentos ambulatoriais, até o transplante de órgãos, procedimento de alto custo, considerado de alta complexidade (BRASIL, [2017]). Ainda, é responsável pela assistência farmacêutica, ações de vigilância sanitária e epidemiológica, implementação de políticas de promoção da saúde, entre outras funções a nível municipal, estadual e federal, integrando uma rede regionalizada, descentralizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, sustentada com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (LEITE; BASTOS, 2018).

Muito embora o SUS tenha completado 30 anos de existência, ainda não se encontra consolidado devido à falta de investimentos, e pelos ataques constantes que vem sofrendo do “capital”, acarretando seu sucateamento e desmonte, que foi ainda reforçado pela crise econômica e política de austeridade fiscal. Exemplo disso é a Emenda Constitucional n.95/2016 que congela o orçamento público durante o período de vinte anos, tornando-o ainda mais reduzido (PAIM, 2018).

Assim, o SUS tem sofrido sérios obstáculos para se efetivar e promover a universalidade, devido principalmente ao predomínio da doutrina neoliberal que redefine o papel do Estado com o subfinanciamento, a insuficiência da infraestrutura pública, a falta de planejamento ascendente, as dificuldades com a

montagem de redes na regionalização, e os impasses para a mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde (PAIM, 2018).

Diante desta realidade, a população mais vulnerável vem sendo fortemente afetada e o que se tem evidenciado é a crescente demanda de saúde ao judiciário para o fornecimento de medicamentos, insumos, avaliação com especialistas, procedimentos médicos, tratamentos e internações hospitalares, entre outros pedidos, fazendo surgir o fenômeno jurídico social a que se denominou judicialização da saúde (PAULI, 2018).

A expansão da judicialização tem preocupado gestores municipais, estaduais e federais, pois quando utilizada sem critérios pode ocasionar um desequilíbrio no orçamento, obrigando o gestor a diminuir os investimentos em outras áreas.

O número de processos judiciais relacionados ao direito a saúde já se encaminha para mais de um milhão e quinhentos mil (SCHULZE, 2018). Em âmbito brasileiro, o Estado do Rio Grande do Sul possui elevado índice de demandas judiciais de saúde (CARLI; NAUNDORF, 2019). De maneira similar, tem se evidenciado o alto registro de pacientes que ingressam na unidade da emergência do HSL da PUCRS por meio de determinações judiciais, refletindo a judicialização da saúde. Soma-se a esta afirmação, o fato que além da observação da demanda elevada, não se pode descartar a existência de demanda reprimida.

Dessa forma, tendo em vista o crescente número de ações judiciais em todos os serviços de saúde do território nacional, considerou-se relevante realizar este estudo na unidade de emergência do HSL/PUCRS, com o objetivo de analisar o fenômeno da judicialização em serviço de emergência para o conhecimento da realidade local, a fim de ampliar o debate com os usuários e profissionais da saúde, e poder proporcionar melhor compreensão do tema. O HSL/PUCRS está localizado em Porto Alegre, possui atendimento pelo SUS e pela saúde suplementar e, no cotidiano do serviço, também se observou um aumento de demandas judiciais.

1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a judicialização no serviço de emergência adulto do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – HSL/PUCRS.

1.1.2 Objetivos específicos

Identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes que ingressam no serviço de emergência adulto do HSL/PUCRS por meio de determinação judicial;

Investigar as características das demandas judiciais;

Descrever os bens e serviços judicializados na emergência adulta do HSL/PUCRS.

1.2 JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde foi regulamentado pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, com princípios e diretrizes que garantem à população brasileira o acesso gratuito aos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, quando negada alguma solicitação de acesso aos serviços públicos, o judiciário, por vezes, é acionado pelos usuários do Sistema Único de Saúde enquanto estratégia para o alcance deste objetivo. Assim, este projeto tem a finalidade de, a partir de uma análise da judicialização no serviço de emergência do HSL/PUCRS, conhecer as características das demandas judiciais de bens e serviços atendidos na emergência adulto do hospital para melhor compreensão do tema.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DIRETRIZES E ORGANIZAÇÃO

A Constituição Federal (CF) preconizou que saúde é um direito de todos e cabe ao Estado a sua promoção. (BRASIL, 2016). Em consonância, a Lei n. 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e regulamenta, em todo o território nacional, a organização e o funcionamento das ações e serviços do Sistema Único de Saúde. Prevê, ainda, seu desenvolvimento e financiamento, sendo de responsabilidade das três esferas de governo, União, Estados e Municípios, em suas respectivas áreas de abrangência.

Este sistema de saúde tem princípios e diretrizes que norteiam a atuação do Estado e a construção do SUS. Desta forma, destaca-se aqui o princípio da universalidade, igualdade, equidade e a integralidade, por funcionarem como estratégias para assegurar às classes populares o acesso aos serviços de saúde de forma gratuita, igualitária e com a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando àqueles que mais precisam, para assim alcançar a igualdade (PAIM; SILVA, 2010).

A integralidade aparece ao lado da descentralização como um dos princípios utilizados para a organização do SUS, dando sentido ao atendimento individual e coletivo, por meio da articulação de um conjunto integrado de ações e serviços que prestam atenção continuada em termos preventivos, de tratamento, recuperação e de reabilitação (PAIM; SILVA, 2010).

O processo de descentralização envolve a transferência de serviços e responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Assim, o papel dos gestores, representantes de cada esfera de governo, é fundamental na concretização dos princípios e diretrizes do sistema (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007b).

Os gestores precisam se utilizar de conhecimento, métodos, técnicas, instrumentos para conduzir da melhor maneira os processos de implementação de planos, projetos e ações de saúde que estão sob sua responsabilidade. Ainda, ter

propriedade da legislação do SUS e pactuações de complementaridade e suplementaridade do privado, financiamento tripartite e participação da comunidade, visto que no Brasil é livre a iniciativa de serviços privados, que podem exercer de maneira liberal seus serviços de forma particular ou através de planos e seguros de saúde.

Conforme o art.199 da CF quando o Estado não for suficiente para atender a demanda da população pelo SUS, é constitucional recorrer ao setor privado, assim a complementaridade deverá ser formalizada mediante contrato ou convênio. Sendo os critérios e valores para a remuneração dos serviços estabelecidos pela direção nacional do SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

Com relação à descentralização, o Decreto n. 7.508/2011 regulamenta a operacionalização nas regiões de saúde, que tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução dos serviços de saúde intermunicipais e interestaduais, em níveis de complexidade crescente, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência, respeitando as diretrizes pactuadas na Comissão Intergestores (CIT) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015).

As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os Entes federativos, portanto é necessário que as responsabilidades de cada Ente na prestação de serviços na região estejam bem definidas e pactuadas tanto na CIR, quanto na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015).

Com o objetivo de organizar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde, há a Regulação Assistencial à Saúde, sistema que intermedeia o itinerário dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais previamente definidos, conforme referência e contra referência municipal e intermunicipal aos serviços especializados, serviços de diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

As ações e serviços de saúde são organizados de forma regionalizada, hierarquizada e se complementam numa associação permanente entre os mais simples e os mais complexos, se referenciando e contra-referenciando (CARVALHO, 2013).

Como integrantes de um sistema, as organizações de saúde formam uma complexa e extensa Rede de Atenção à Saúde (RAS), constituída por um conjunto de serviços que prestam ações de acordo com as diferentes densidades tecnológicas, com vistas à integralidade do cuidado.

A operacionalização da RAS se dá pela interação de três níveis de atenção, que se estruturam por arranjos segundo as densidades tecnológicas, variando do nível de menor densidade, a Atenção Primária à Saúde - APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a Atenção Secundária à Saúde, até o de maior densidade tecnológica, a Atenção Terciária à Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007b).

A Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde é totalmente municipalizada, compreende serviços com tecnologia de baixa densidade e alta complexidade de saber, procedimentos mais simples e de baixo custo, capazes de atender à maior parte das questões de saúde da comunidade. No Brasil, há vários programas governamentais relacionados à atenção básica, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidade Básica de Saúde (UBS), entre outras (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007b).

A atenção Básica caracteriza-se por ser a “porta de entrada” do sistema, desenvolve um conjunto de ações de âmbito individual e coletiva que abrange a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

A Atenção Secundária, chamada também de média complexidade, é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária, historicamente conhecida também pelos procedimentos de média complexidade. Compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico, terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Exemplos destes serviços é a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), entre outros (ERDMANN; ANDRADE; MELLO; DRAGO, 2013).

A Atenção Terciária, também denominada como alta complexidade ambulatorial e hospitalar é constituída por um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e de custo extremamente alto, como por exemplo, a assistência ao paciente oncológico, ao portador de doença renal crônica, aos portadores de obesidade mórbida, procedimentos de neurocirurgia, cirurgia reprodutiva e outros procedimentos apresentados na tabela do SUS. Representa

um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde em ambiente hospitalar (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007a).

Começa pela atenção ao indivíduo, à família e à comunidade por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, do Programa de Saúde da Família, das Unidades Básicas de Saúde com seus procedimentos de menor complexidade tecnológica (equipamentos e aparelhos) e da mais alta complexidade de saber e prática humanos. Da atenção primária se vai à secundária (especialistas exames mais complexos, internações em clínicas básicas, como pediatria, clínica e cirurgia gerais, ginecologia e obstetrícia). Da secundária à terciária com profissionais e hospitais em áreas mais especializadas [...] se encontram os profissionais e hospitais superespecializados em uma única área, como os de cardiologia, neurologia, cirurgia plástica, etc (CARVALHO, 2013, p. 17).

O acesso dos usuários à atenção terciária é por meio de procura espontânea e busca ativa pelos profissionais da atenção básica de saúde, e de forma voluntária nas unidades de urgência e emergências das UPAs e hospitais de alta complexidade. Para tanto, a atenção básica é utilizada em situações não urgentes, ao contrário das UPAs e hospitais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007a).

2.2 DESFINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

Logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988 passou-se a evidenciar a correlação de forças entre dois projetos antagônicos: o da reforma sanitária, que defende a efetivação do SUS por meio da universalidade, integralidade e equidade do acesso aos serviços de saúde, e o movimento neoliberal de contrarreforma que atende aos interesses do capital através de medidas reducionistas como o desfinanciamento dos recursos à saúde e a valorização do setor privado em prol do pagamento da dívida pública (SILVA; BATISTA; SANTOS, 2017). Perante estes dois projetos o Estado tem se voltado a garantir o mínimo aos que não podem pagar, transferido ao setor privado a responsabilidade pelo desenvolvimento econômico e social. Nessa perspectiva, a proposta de política de saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída gradativamente.

Ao longo dos anos, tem se intensificado o ataque à política de saúde e no ano de 2016 foi aprovada a Emenda Constitucional n. 95, que limita durante 20 anos os gastos públicos, o que deverá causar uma série de retrocessos diante de um quadro de precarização e insuficiência de serviços públicos ofertados à população brasileira. Cabe destacar, o princípio da equidade na alocação dos recursos públicos e o afastamento do princípio da integralidade (SILVA; BATISTA; SANTOS, 2017).

2.3 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO

A Judicialização é um fenômeno mundial por meio dos quais importantes questões políticas, sociais e morais são resolvidas pelo Poder Judiciário, ao invés de serem resolvidas pelo poder Executivo ou Legislativo (MANSUR, 2017). A proliferação das demandas relacionadas aos direitos sociais, sobretudo as relacionadas à saúde, e à relevância da questão tem sido tema recorrente em diversos estudos (PAIXÃO, 2019; PAULI, 2018; STIVAL; GIRÃO, 2016).

A interferência judicial é realizada por meio de todos os órgãos que compõem o judiciário, como por exemplo: advogados, juízes, defensores públicos e promotores (PAULA; SILVA; BITTAR, 2019). A representação pode ser por meio da advocacia privada, quando o usuário contrata o serviço de forma particular, ou por meio do acesso à Defensoria Pública, que possui como principal critério para atendimento a hipossuficiência, ambas com abertura do poder judiciário para as demandas individuais e coletivas.

Toda a decisão judicial deve ser fundamentada legalmente com elementos essenciais para a tomada de decisão. Nesse sentido, os direitos estabelecidos na Constituição são apreciados com neutralidade e de forma democrática pelo judiciário, em consonância com os princípios constitucionais (GOMES *et al.*, 2014).

A Constituição Federal representou uma mudança significativa na relação Estado e Sociedade Civil, assegurando a saúde como direito fundamental a todo cidadão e garantindo o espaço de participação e de controle social à sociedade civil (BUCCI; DUARTE, 2017). Dessa forma, o direito à saúde tem sido utilizado como fundamento para milhares de ações judiciais que tramitam nos tribunais brasileiros. Dados trazidos por Schulze (2018) referentes a este fenômeno indicam

um número que supera um milhão e quinhentos mil processos judiciais relacionados ao Direito à Saúde.

Há autores como Ribeiro e Queiroz (2019) que defendem o aumento da intervenção do judiciário como consequência da consciência política e de cidadania da sociedade, diante da dificuldade dos poderes executivo e legislativo de cumprirem os seus papéis.

A judicialização da saúde foi assim denominada com o início do fenômeno jurídico-social, quando o poder judiciário passou a ser acionado em busca da efetivação de um direito relacionado a bens e serviços da saúde (PAULI, 2018), havendo a transferência de decisões sobre a saúde para juízes e tribunais de maneira acentuada (MORO; MORO; RANDOW; ZOCRATTO, 2019).

Muitos autores, como Paula, Silva e Bittar (2019) reconhecem em seus estudos a judicialização no Brasil como um fenômeno crescente. Tal repercussão, nos últimos tempos, tem tomado frequentemente espaço nas discussões jurídico-doutrinárias, devido às diversas e crescentes demandas dos usuários ao judiciário em busca da efetivação do seu direito. Outra vertente mais recente desse problema, em que o poder judiciário também tem sido solicitado a opinar é a judicialização da saúde suplementar, quando os planos de saúde são demandados pelas prestações de serviços (BUCCI; DUARTE, 2017).

As demandas judiciais envolvendo questões de direito à saúde tem envolvido cada vez mais os agentes públicos com pedidos de fornecimento de insumos e serviços. Entretanto, muitas das ações são abertas sem se tentar o acesso de forma administrativa. De modo que a gestão pública só fica ciente da situação quando é intimada a cumprir a liminar ou de concessão de tutela de urgência (JULIANO, 2018). Em paralelo, o Código de Processo Civil (CPC), no Art. 300, preconiza que “a tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo” (TAVARES, 2019, p. 179).

A tutela de urgência é concedida sempre que houver elementos que comprovem a probabilidade e perigo de dano ou risco. Neste caso, a decisão proferida no processo há que ser com fundamentação mais profunda, cercada de argumentos que respaldam a decisão da autoridade (TAVARES, 2019).

Nesse sentido, Pauli (2018) investigou a interação entre os sistemas jurídicos e políticos através do arcabouço legal e infralegal utilizado pelos autores,

réus e juízes, em processo de solicitação de medicamentos, insumos e internações nos anos de 2012 e 2013. Segundo Pauli (2018, p. 310):

Na amostra de 299 processos apuraram-se que 58,7% solicitavam medicamentos, 24% insumos para a saúde e 17,3% internações. Na fundamentação legal, os autores utilizaram portarias do Ministério da Saúde, bem como as Constituições Federal e Estadual, além da Lei n. 8.080/90. Na contestação, o réu utilizou-se de resoluções da Comissão Intergestora Bipartite e portarias do Ministério da Saúde, entre outros. Os ministrados fundamentaram suas decisões na mesma legislação utilizada pelos autores e réus, não utilizando normas infralegais. Conclusão: os profissionais da área jurídica utilizam basicamente a Constituição e normas legais, desprezando-se o arcabouço infralegal, onde já está inserida a política pública .

Na rede de serviços de saúde do SUS o fluxo para a obtenção de insumo ou tratamento, como regra geral, é da seguinte forma: o paciente tem que ser atendido na rede pública de saúde e após receber a prescrição e ou laudo do profissional referente ao insumo ou tratamento de que necessita, deve solicitar por meio de protocolo à Secretaria da Saúde do Município e ou do Estado, sendo necessário aguardar o retorno, que pode ser positivo ou negativo. Contudo, quando há a negativa, os usuários podem buscar a justiça como uma possibilidade para a obtenção (SILVA; SCHULMAN, 2017).

Segundo Silva e Schulman (2017, p. 292), "Em outros termos, estruturou-se sistema em que a via judicial torna-se caminho tão natural quanto indispensável diante de qualquer negativa, não importando sua natureza ou pertinência".

Diante das deficiências e falhas do Estado em garantir as condições mínimas de saúde, o judiciário tem mantido sua intervenção, que possivelmente será aumentada, visto que o Supremo Tribunal Federal não se manter indiferente (PAULA; SILVA; BITTAR, 2019).

Em outros termos, estruturou-se sistema em que a via judicial torna-se caminho tão natural quanto indispensável diante de qualquer negativa, não importando sua natureza ou pertinência.

Dentro desse quadro, Gomes *et al.* (2014) versam sobre a realização do número expressivo de decisões judiciais e o alto percentual de cobertura de procedimentos do SUS para os procedimentos judicializados como internações, cirurgias, tratamento entre outros. Em seu estudo identificaram que o principal

objeto do processo não era o procedimento, mas a garantia do acesso ao atendimento, dificultado pela ausência de vagas e outros fatores administrativos.

Apesar de a judicialização ser um meio legítimo de acesso às ações e serviços de saúde, quando utilizada de forma indevida, acaba por gerar impacto na organização e no orçamento público. Exemplo disso é o resultado da pesquisa feito por Gomes *et al.*, (2014, p. 34) onde o Estado figurou como réu em 100% das ações.

[...] o crescimento desordenado das ações judiciais nos últimos anos, à medida que impõe gastos inesperados aos orçamentos municipais, estaduais e ao federal, causa grande impacto à gestão do SUS, podendo resultar em agravamento das iniquidades (GOMES *et al.*, 2014, p. 32).

Nesse contexto, pesquisadores como Stival e Girão (2016) chamam atenção para o aumento das concessões de demandas individuais, valorizando o direito de poucos, em detrimento da maioria. Uma vez que a transferência de recursos públicos, que deveria ser utilizado por um grande número de pessoas, acaba sendo destinada a um número reduzido de cidadãos. Fato este que fere o direito da equidade.

[...] a judicialização da saúde passou a privilegiar o direito individual daqueles que alcançam o sistema judiciário, muitas vezes em detrimento do coletivo e desconsiderando o caráter coletivo do sistema. O fato é que, ao deferir qualquer insumo de saúde não incorporado ao sistema público, estar-se-á privilegiando um indivíduo em detrimento de todos aqueles que estejam na exata situação deste, ferindo os princípios norteadores do SUS, em especial o princípio da universalidade (CARLI; NAUNDORF, 2019, p. 116).

Daí a pertinência de alguns pesquisadores que defendem as diferentes formas e estratégias utilizadas para a redução da judicialização, baseada na busca de maior racionalidade na relação entre os vários atores institucionais envolvidos: Poder Público, Poder Judiciário, usuários do sistema de saúde, operadores do sistema de justiça, entre outros.

2.4 (DES) JUDICIALIZAÇÃO: A POSSIBILIDADE POR MEIO DA MEDIAÇÃO

Apesar da crescente demanda ao judiciário, nem todos consideram que o processo judicial é o meio mais adequado para se debater as ineficiências do

SUS. Alguns estudiosos sugerem a necessidade de interação e união de esforços entre os poderes, sem excluir a intervenção do judiciário para resolver não só demandas específicas ou pontuais, mas problemas do sistema de saúde como um todo (PAULA; SILVA; BITTAR, 2019). Já Silva e Schulman (2017) apontam sobre o estabelecimento de soluções a serem aplicadas nas diversas situações em que a mesma matéria jurídica é discutida.

Partindo do exame da legislação, jurisprudência e doutrina que foram analisadas por Silva e Schulman (2017), o trajeto usual dos pedidos de medicamentos no SUS, enfatizando as solicitações fora da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), enquanto única resposta às negativas é a propositura de ações judiciais.

Com relação ao exposto, Pauli (2018) defende que o protocolo do SUS é importante para a padronização, atualização, segurança dos diagnósticos e tratamentos. E não pode ser tomado como um rol taxativo ao acesso a saúde, uma vez que o tratamento depende do quadro específico de cada paciente (SILVA; SCHULMAN, 2017).

Devido ao crescente volume de demandas judiciais no âmbito da saúde, adotou-se em alguns estados e municípios do Brasil medidas extrajudiciais para “desjudicializar” a saúde. Exemplo disso é a constituição de “câmaras de mediação”, compostas por equipes multiprofissionais que tem o objetivo de analisar os processos judiciais que envolvem a saúde fora dos protocolos clínicos e terapêuticos do SUS (SILVA; SCHULMAN, 2017).

As câmaras extrajudiciais de mediação funcionam antes das demandas judiciais e se baseiam no diálogo entre diferentes instâncias como a Defensoria Pública, Ministério Público, Secretaria da Saúde e Núcleos de Apoio Técnicos dos Tribunais, que compõem a rede de atendimento, cujo objetivo é ampliar as vias não judiciais, facilitar o acesso, reduzir gastos não destinados ao tratamento e o aprimoramento da saúde pública (SILVA; SCHULMAN, 2017).

Apesar da apresentação de várias estratégias para a redução do número de judicialização, identificou-se nos resultados de algumas pesquisas feitas por Ribeiro e Queiroz (2019) tímida mudança na forma de resolução das demandas de saúde, com apego as velhas formas de decidir, sem a troca de saberes multidisciplinar que a questão exige.

3 METODOLOGIA

3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado na unidade da emergência do HSL/PUCRS, que atende pacientes de todo o Brasil por meio do SUS, convênios e particulares.

O HSL/PUCRS é um hospital geral, escola, de cunho filantrópico, localizado na Zona Leste de Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Tem 580 leitos operacionais, sendo que 60% destes de custeio público e 40% privados, com custeio particular. O hospital é referência internacional na cirurgia para epilepsia e referência nacional no serviço de ortopedia e traumatologia, cirurgia de transplante renal e cirurgia bariátrica e metabólica. Possui a recertificação em nível três de excelência pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e Certificação Internacional *Qmentum Diamond*.

O acesso dos usuários à emergência do hospital ocorre por meio de demanda espontânea e via regulação quando transferência de outro serviço de saúde. (HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS, 2020).

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa constituiu-se em um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa (PRODANOV; FREITAS, 2013). Foi realizado levantamento por meio de análise documental do (1) perfil sociodemográfico dos pacientes que ingressam na emergência adulto por meio de determinação judicial (idade, sexo, procedência, patologia); e das (2) características da ação judicial (Comarca de origem, autor, réu, valor da ação, o convênio estabelecido com o hospital: SUS ou particular, as decisões judiciais e os prazos para o seu cumprimento).

3.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

A população/amostra do estudo é composta por todos os pacientes adultos que ingressaram no serviço de emergência adulto do HSL/PUCRS por meio de

determinação judicial no período de 20 de junho de 2018 a 20 de junho de 2019. Foram excluídas do estudo quatro determinações judiciais, devido os usuários terem idade inferior a 18 anos.

3.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram coletados e analisados em duas etapas distintas:

Primeira etapa: Os dados foram extraídos do ofício de determinação judicial e do prontuário eletrônico (contido na plataforma *SOUL MV*) do paciente que ingressou por meio de determinação judicial na emergência adulto do HSL/PUCRS, identificados e armazenados no instrumento de coleta, planilha. Os dados não encontrados nos documentos analisados foram identificados e expressos nas tabelas como “não informado” para cada variável.

Segunda etapa: os dados coletados foram analisados por meio de análise exploratória descritiva, utilizando medidas de frequência e distribuição, considerando o tipo de variável descritiva (nominal ou ordinal) ou numérica (discreta e contínua).

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Considerando as disposições legais e éticas contidas nas Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa em Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n. 466/12), o projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde (CEPS) da Escola de Saúde Pública (ESP).

Os dados coletados e analisados serão mantidos em sigilo e em hipótese alguma será permitido qualquer tipo de informação referente à identidade dos participantes desta pesquisa conforme o critério de privacidade e confidencialidade.

Os benefícios deste estudo estão relacionados ao aprofundamento da análise da judicialização no serviço de emergência adulto do HSL/PUCRS, com vistas a ampliar o conhecimento a respeito do tema de forma a instrumentalizar o debate com os usuários do serviço e assim qualificar os processos de trabalho.

Os riscos previstos no estudo são mínimos. Foi assegurado o anonimato e sigilo dos dados utilizados na pesquisa, devido tratar-se de dados não abertos à sociedade. Foram usadas ferramentas seguras durante o processo de execução do projeto. O estudo iniciou somente após a autorização do gestor da instituição e aprovação pelos Comitês de Ética pertinentes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 RESULTADOS

Durante o período de coleta dos dados, identificou-se que 43 pacientes ingressaram na emergência do HSL/PUCRS por meio de determinação judicial. Destes 51% eram do sexo feminino e 49% do sexo masculino; 18,6% tinham entre 18 - 29 anos de idade; 48,9 % entre 30 - 59 anos de idade e 32,5% acima de 60 anos de idade. Todos eram provenientes de municípios localizados no Estado do Rio Grande do Sul/RS. Com relação à renda, a maioria (81,4%) recebia entre um a três salários mínimos. Não foram encontradas informações referentes à renda para o restante dos pacientes (18,6%).

As características das determinações judiciais encontram-se na Tabela 1. Foi observado que a maioria dos processos analisados possui como autor do processo o próprio paciente ou um familiar, sendo os réus o Estado e/ou o Município. Em quase todas as ações se apurou a determinação de custeio para estes por meio de ofício endereçado à Secretaria da Saúde do Município ou do Estado.

Para representá-los, os autores buscaram como alternativa, majoritariamente, a Defensoria Pública do Estado (Tabela 1). Nesse sentido, pode-se concluir que a maior parte dos usuários tem renda familiar de até três salários mínimos, tendo em vista que o principal critério definidor da condição da necessidade de assistência jurídica gratuita é a hipossuficiência. Fato evidenciado nas ações, onde constavam os comprovantes de hipossuficiência dos usuários.

Quanto aos bens e procedimentos solicitados pelos autores dos processos, percebe-se nas ações que houve um predomínio de 79% dos deferimentos contemplando um grupo de demandas a serem cumpridas pelo réu: remoção, avaliação, internação e tratamento cirúrgico hospitalar (Tabela 1), sendo que o procedimento “transferência” apareceu em mais de um grupo.

Em relação ao prazo para o cumprimento das ações foram utilizados os seguintes termos na determinação judicial: urgente, 15 dias e 20 dias, sendo a maioria 62,7% considerada urgente. Embora haja diferenças referentes aos

prazos para atendimento das solicitações nas ações judiciais, evidenciou-se que o cumprimento da ação ocorre imediatamente após o deferimento do magistrado. Assim, depois da decisão do juiz é expedida uma liminar constando o prazo para o cumprimento da ação pelo réu, que é cumprida logo após o seu recebimento. Inclusive, a maioria das ações foi cumprida na mesma data do despacho ou no dia seguinte.

Notou-se que os autores se utilizam de laudo médico para embasar as ações e em geral é do médico que está assistindo o usuário. Quanto à fundamentação legal, os autores utilizaram portarias da Constituição Federal, Estadual, além da Lei n. 8.080/90.

Tabela1 – Perfil das determinações judiciais dos pacientes que ingressaram na emergência do HSL/PUCRS de 20/06/2018 – 20/06/19

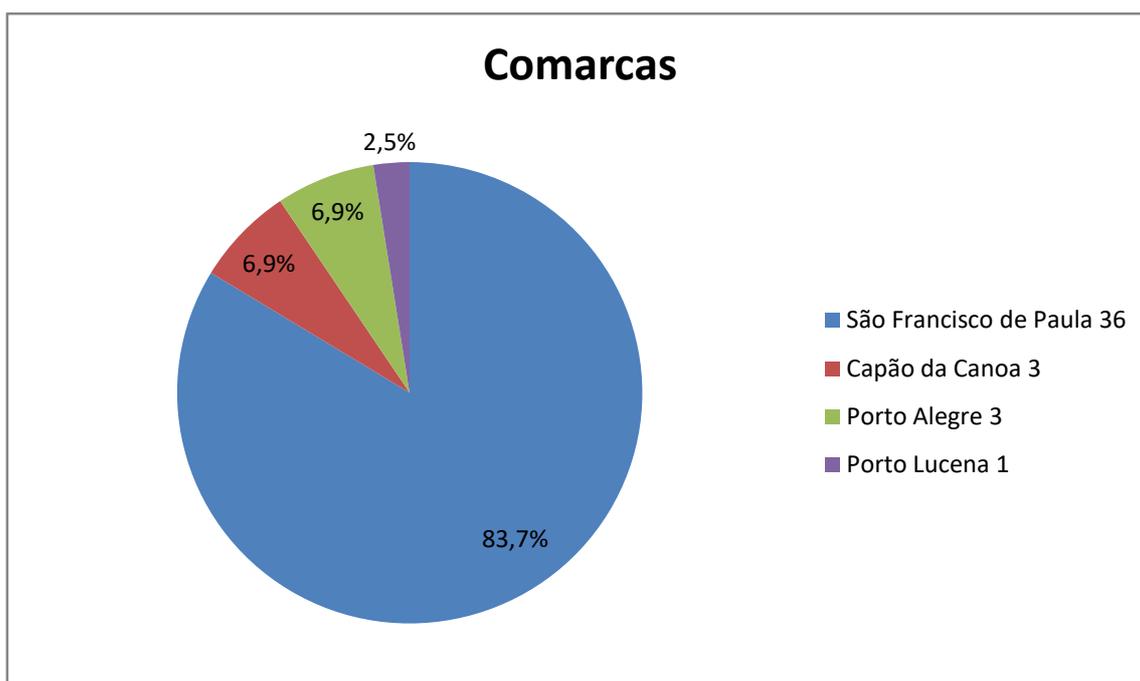
Variável	N	%
Autor da ação		
Familiar	39	91,0
Paciente	2	4,5
Não informado	2	4,5
Total	43	100
Representação		
Defensoria Pública	35	81,4
Advogado particular	1	2,3
Ministério Público	1	2,3
Não informado	6	14,0
Total	43	100
Procedimentos deferidos		
Transferência, avaliação, internação e tratamento cirúrgico hospitalar	34	79,0
Transferência, tratamento	5	11,5
Transferência	2	4,5
Internação	1	2,5
Avaliação, tratamento	1	2,5
Total	43	100
Critério de Emergência		
Urgência	27	62,7
20 dias	13	30,2
15 dias	2	4,6
Não informado	1	2,5

Total	43	100
Réu da ação		
Estado e outros	24	55,8
Município e outros	16	37,2
Não informado	3	7,0
Total	43	100

Fonte: Produzido pela autora (2019). Dados da pesquisa.

Ao analisar as determinações judiciais durante o período do estudo, identificou-se que eram provenientes de quatro Comarcas do RS, sendo a maior parte do município de São Francisco de Paula, conforme apresentação na Figura 1.

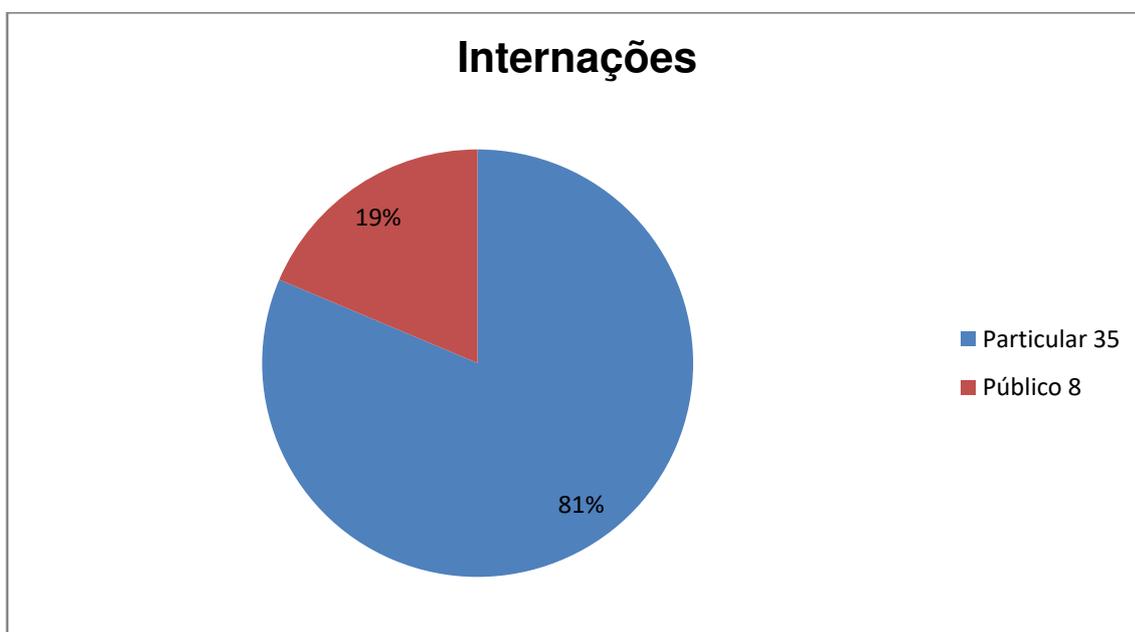
Figura 1 – Determinações judiciais recebidas por Comarca do RS, no período de 20/06/2018 a 20/06/2019.



Fonte: Produzido pela autora (2020).

A maioria dos pacientes pesquisados foram internados no HSL/PUCRS em leito de custeio particular, por não haver vaga nos leitos destinados à rede pública. As frequências encontram-se na Figura 2.

Figura 2 – Número de internações de custeio público e particular no período de 20/06/2018 a 20/06/ 2019.



Fonte: Produzido pela autora (2020).

Dentre as 43 determinações judiciais, observou-se uma grande diversidade de condições de saúde, assim, de modo a possibilitar a análise, estas foram agrupadas e divididas pela especialidade responsável por acompanhar o paciente no período da internação. Durante a análise, constatou-se que as patologias com maior incidência foram as neoplasias, seguidas das doenças do sistema osteomuscular, aparelho circulatório e respiratório (Tabela 2).

Tabela 2 – Especialidades que atenderam os pacientes que ingressaram no HSL/PUCRS via determinação judicial no período de 20/06/2018 – 20/06/2019

Especialidade Médica	N	n %
Oncologia	11	26,0
Traumatologia	8	18,6
Pneumologia	5	11,6
Vascular	5	11,6
Neurologia	3	6,9
Nefrologia	3	6,9
Gastroenterologia	2	4,6
Dermatologia	2	4,6
Medicina interna UTI	1	2,3
Urologia	1	2,3
Cirurgia	1	2,3
Proctologia	1	2,3
Total	43	100

Fonte: Produzido pela autora (2019)

Por fim, calculou-se o custo médio de cada ação judicial movida para internação no HSL/PUCRS, sendo encontrado o valor de R\$ 9.001, 91 (nove mil, um real e noventa e um centavos).

4.2 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados apresentam uma visão geral sobre os pacientes que ingressaram no serviço de emergência adulto do HSL/PUCRS por meio de determinação judicial no período de 20 de junho de 2018 a 20 de junho de 2019, bem como sobre as características das ações judiciais atendidas.

Verificou-se com o estudo que todos os pacientes que ingressaram no HSL/PUCRS solicitaram intervenção judicial com o objetivo de ter acesso ao tratamento em um hospital de alta complexidade. Destes, 95% dos casos foram solicitações de procedimentos de transferência, pois os pacientes já se encontravam internados em um serviço de saúde de média complexidade, haviam sido registrados pelo médico assistente no Sistema Integrado de Gerenciamento

de Internações (Gerint)¹ e aguardavam a transferência para um hospital público de maior complexidade, devido à necessidade de o paciente ser avaliado por um profissional especializado, pela complexidade do quadro de saúde e ou precisar fazer exames de alta tecnologia para a definição do diagnóstico.

Após o registro no Gerint cabe ao setor de Regulação Assistencial à Saúde intermediar a demanda e o acesso dos usuários aos serviços de saúde, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais previamente definidos, conforme referência e contra referência municipal e intermunicipal aos serviços especializados, de diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Todos os pacientes registrados no Gerint são analisados pela equipe da Central de Regulação do Estado que avalia o critério de urgência e realiza a busca do leito a partir de contato feito com os serviços de referência. Não é possível definir um tempo médio de espera para a transferência, em geral varia muito, pois depende de cada situação e diversos fatores implicados no processo. Sobretudo, quando há critério de iminente urgência, é priorizada a transferência.

Nesse sentido, ao analisar as características das determinações judiciais dos pacientes que ingressaram na unidade da emergência, identificou-se que nos laudos médicos estava registrada a necessidade de transferência para um hospital de alta complexidade, devido a urgência, caso gravíssimo e/ou risco de vida. Estes laudos também embasaram as ações judiciais e os mesmos termos foram utilizados pelo magistrado ao determinar o cumprimento das ações. Cabe relatar que mesmo quando o prazo determinado foi de 15 e 20 dias, ainda continha junto o termo urgente como prazo para o cumprimento. Assim, sendo cumprido quase que imediatamente após o recebimento da determinação judicial.

Nessa lógica, ficou claro que, quando o médico assistente utiliza o termo urgente, quanto à necessidade de um tratamento, transferência, entre outros, por exemplo, o paciente e familiar consideram uma emergente necessidade de saúde e devido o receio do agravamento da situação ajuízam ação quando não conseguem o acesso imediato. Nestes casos, observa-se o quanto é fundamental a comunicação entre os atores e setores envolvidos nos processos.

¹ Sistema desenvolvido pela Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre – Procempa, para a Secretaria Municipal da Saúde - SMS, onde são cadastradas por meio de conexão da internet as solicitações de internações pelos hospitais que necessitam de transferência para seus pacientes.

É possível afirmar, a partir do aprofundamento da análise, que as razões que levaram os autores a reivindicar o acesso à assistência à saúde, por via judicial, foram em decorrência do tempo de espera para acessar um leito de internação em instituição de alta complexidade ou a fim de agilizar o processo de transferência por acreditarem que o paciente não teria condições de aguardar o leito, devido ao médico com quem o paciente estava em acompanhamento atestar que havia risco de vida e a necessidade urgente de transferência.

Nesse sentido, alguns estudiosos como Ribeiro e Queiroz (2019) demonstram que boa parte das demandas judiciais que visam a obtenção de tratamentos medicamentosos e hospitalares são para patologias que já possuem protocolos estabelecidos no SUS, e, por isso, em muitos casos, não seria necessário judicializar o acesso. Da mesma forma, observou-se que a intervenção do judiciário não foi solicitada pelo autor, devido à negativa do SUS em prover o tratamento ou leito de internação, e sim, a fim de garantir o acesso à internação em tempo hábil dado que havia uma dificuldade para acessá-lo pela ausência de vagas ou por outros fatores administrativos desconhecidos.

Em estudo realizado no Estado de Minas Gerais, por Gomes *et al.* (2014), constatou-se que o procedimento mais judicializado no período de 1999 a 2009 foi a internação. Ressaltou ainda o alto percentual de cobertura pelo SUS para os procedimentos judicializados (64,9%), somando com este as internações, cirurgias, exames e tratamento fora de domicílio (28,7%), alcançando uma cobertura de 93,6%.

Paula; Silva e Bittar (2019) constataram em suas pesquisas falhas do sistema de saúde, como a grande burocratização, alta demanda, demora na prestação de serviços; relacionando-as com as deficiências e carência de investimento do sistema de saúde brasileiro. Estes problemas contribuiriam diretamente para o aumento das judicializações, segundo os autores. Para evidenciar suas conclusões, os autores utilizaram em seu estudo os dados do Tribunal de Contas da União (TCU) que apontam que 64% dos hospitais públicos estão sempre superlotados e faltam trabalhadores na saúde, sobretudo médicos, principalmente no interior.

Nesse sentido é importante salientar o quadro de precarização e deficiência na oferta dos serviços públicos, devido à expansão da mercantilização dos serviços de saúde. Se antes tínhamos um cenário de subfinanciamento, com a

aprovação da EC n. 95/2016, hoje passamos a ter um cenário de desfinanciamento, ou seja, queda nos valores gastos pelo governo federal que, provavelmente, impactará no número de demandas judiciais para conseguir o acesso a tratamentos de saúde (SILVA; BATISTA; SANTOS, 2017).

Em contramão a este movimento, a Defensoria Pública tem atuado na perspectiva de viabilizar, através de assistência jurídica, o direito à saúde para as pessoas em condição de hipossuficiência econômica. Assim, é interessante observar que a maioria dos autores das ações deste estudo recorreu a Defensoria Pública do Estado enquanto representação para ajuizar a ação. O mesmo observou Pauli (2019) em estudo realizado entre os anos 2012 e 2013, na região Sul do Brasil, no qual 59,2% das demandas de saúde individuais foram iniciadas pela Defensoria Pública do Estado.

Outro aspecto importante refere-se à documentação solicitada ao demandante: o comprovante de hipossuficiência do usuário (renda de até três salários mínimos), sendo este o principal critério para o atendimento pela Defensoria Pública. Também o ofício que confirme sua inscrição no Gerint, laudo médico com CID e a indicação médica de três hospitais compatíveis com as necessidades do paciente a fim de instruir o magistrado.

O fato de solicitarem o comprovante de inscrição no Gerint faz sentido e vai ao encontro com o que pensa Pauli (2018, p.315), quando diz que: “o processo judicial só deveria ocorrer após negativa da prestação do serviço no sistema de saúde. Uma vez que o judiciário não pode ser a porta de entrada do sistema”. Ou seja, é uma maneira de identificar se o paciente está realmente aguardando leito pelo SUS e evitar que seja solicitado o leito particular em primeira instância.

Todos os processos são embasados na Constituição Federal Brasileira e Lei n. 8.080/90, referenciando o direito a saúde, intimamente ligado a vida e a obrigação do poder público quanto a sua promoção. Junto ainda é ressaltada a responsabilidade do Estado com relação à promoção da saúde, devido à saúde ser um direito constitucional.

No corpo do processo, ainda, é pautada a necessidade do custeio do tratamento por parte dos entes federados, visto a condição de pobreza do autor e beneficiário (renda de até três salários mínimos) para comprovar a situação de vulnerabilidade.

Apurou-se também neste estudo, ao analisar as determinações judiciais dos 43 pacientes que ingressaram no HSL/PUCRS, que a grande maioria (81%) teve toda a sua internação custeada de forma particular.

A internação particular é realizada somente após tentativa prévia de internação na rede pública, ou seja, se a vaga não for disponibilizada em prazo “razoável”, impõe-se pelo juiz o dever de internar o usuário em leito particular para a proteção do direito à saúde e à vida, prestigiando o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

A diferença entre a internação hospitalar em leitos públicos e a internação em leitos particulares é o custeio. O valor para internação, tratamento ou qualquer procedimento custeado de forma pública, é pago conforme o valor especificado no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP)² (BRASIL, [2020]). Já na internação particular o valor segue o definido pela instituição de saúde, sendo, de forma geral, valores superiores aos especificados no SIGTAP. Além disso, ainda há mais os custos de honorários médicos e o serviço de hotelaria. Para poder cobrar de forma particular, o hospital tem uma tabela própria e por meio da troca de informações de valores com outras instituições faz os ajustes ao longo do tempo.

Outro resultado desta pesquisa diz respeito ao réu da ação, sendo nominados enquanto réus o Município e outros ou o Estado e outros para custear as ações de internação hospitalar, cabendo ao Município, na maioria das vezes o transporte para a remoção do paciente e ao Estado os custos da internação em si. Nesse sentido, é importante destacar que com frequência o Estado é condenado como réu das ações pelo judiciário, tendo que fornecer medicamentos e ou tratamentos, muitas vezes sujeito até a multa diária caso não cumpra a determinação do juiz (STIVAL; GIRÃO, 2016).

No caso do Estado do Rio Grande do Sul, têm sido apresentados números preocupantes relacionados ao volume de recursos direcionados às determinações judiciais na área da saúde. Inclusive, no ano de 2018, chegou à ordem de 16% de toda a execução orçamentária da Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS), conforme dados internos do Fundo Estadual da Saúde, o equivalente a R\$ 436 milhões de reais (CARLI; NAUNDORF, 2019).

² Sistema de Gerenciamento de Tabelas de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS do Ministério da Saúde.

Nos últimos anos, as ações de saúde têm se multiplicado gradativamente e em muitos estados o judiciário tem interferido sobremaneira nos orçamentos e na administração da saúde pública para atender um reduzido número de pessoas que ao terem o seu direito de acesso a bens e serviços de saúde negado, ajuízam uma ação (RAQUEL; QUEIROZ, 2019).

Além disso, ainda há os gastos com o cumprimento das ações, recursos humanos, o custo dos processos, entre outros aparatos necessários para que o sistema na sua totalidade funcione. Exemplo disso, é que a média de custo para cada ação aberta com o objetivo de viabilizar a internação no HSL/PUCRS durante o período de 20 de junho de 2018 a 20 de junho de 2019, foi de R\$ 9.001,00. Nesse sentido, alguns autores afirmam que o Estado não produz recursos de forma ilimitada e altas quantias são gastas para atender as demandas judiciais. Estes recursos poderiam ser investidos no SUS e revertidos em ações e serviços para uma coletividade (STIVAL; GIRÃO, 2016). Mas ao contrário disso, o que se percebe é que os recursos destinados a esta área nunca são suficientes para o atendimento da crescente demanda.

Os orçamentos foram completamente dilacerados com a impossibilidade de previsão de valores a serem dispendidos com essas determinações provenientes da judicialização. Os custos dos processos são exorbitantes em todos os níveis, desde os valores dos próprios procedimentos de saúde até valores como multas por atraso, custas, honorários e demais despesas do processo (SILVA; SHULMAN, 2017, p. 296).

Tal fato tem gerado grande preocupação aos gestores públicos por terem que administrar os gastos orçamentários de forma imprevisível e com destinação individual.

Importante referir que cada gestor tem o seu planejamento e um montante de recursos a ser alocado para a execução dos serviços de saúde, e conseqüentemente, com o aumento das ações judiciais seu planejamento acaba por sofrer constantes mudanças, devido à realocação de recursos financeiros (MORO; MORO; RANDOW; ZOCRATTO, 2019).

Nesse sentido, Paixão (2019) elucida com o seu estudo que os recursos públicos destinados a atender as ordens judiciais têm privilegiado o autor da ação e prejudicado a coletividade dependente da rede pública de saúde, uma vez que o

judiciário ao garantir as condições mínimas de saúde a um cidadão fortalece as iniquidades, pela ação se tratar do caso de um usuário em específico, sem analisar ou levar em conta o interesse de um coletivo. Prova disso é que o ajuizamento de uma ação de cunho individual não se estende aos demais usuários que se encontram nas mesmas condições e que também poderiam se beneficiar do objeto da demanda.

O que se tem evidenciado no cotidiano é que tal fenômeno tem promovido uma inversão na lógica dos princípios preconizados pelo SUS, uma vez que favorecem aqueles que têm maior possibilidade de veicular sua demanda judicialmente, em detrimento dos que não possuem ou desconhecem as vias de acesso por meio da justiça. Exemplo disso é que muitas pessoas desconhecem a própria Defensoria Pública.

Diante deste contexto, muitos estudiosos como Silva e Schulman (2017); Paula, Silva e Bittar (2019) tem analisado e explanado sobre mecanismos não judiciais de solução de conflito, como proposta de racionalização da judicialização da saúde, efetivar o direito a saúde dos usuários do sistema e com a intenção de melhorar os resultados para a política pública.

Nota-se uma busca por soluções que minimizem gastos e garantam o acesso dos usuários através de estratégias extrajudiciais. No Brasil, em alguns estados, já há alguns trabalhos envolvendo a interação entre os poderes ou equipe multiprofissional atuando nesse sentido e evidenciaram grande impacto na redução das ações ajuizadas.

Seguindo esta lógica, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem se preocupado e reconhecido a necessidade de atenção nessa temática e tem estimulado a criação e manutenção de comitês estaduais de saúde e a realização de audiências para discussão do tema (PAIXÃO, 2019). No entanto, ao analisar as decisões proferidas pelo judiciário de Pernambuco, Ribeiro e Queiroz (2019) identificaram tímida mudança na forma de resolução das demandas de saúde, devido ao “apego” as velhas formas de decidir e sem haver comunicação multidisciplinar que a questão exige.

Nesse aspecto, cabe mencionar que a partir da análise de dados, identificou-se nas determinações judiciais a ausência de informações a respeito de uma possível comunicação ou mediação entre o magistrado, operadores de direito, gestores, profissionais da saúde, entre outros atores envolvidos. Assim, é

possível prever ainda a inexistência de ações extrajudiciais em algumas comarcas, tendo em vista o número de judicializações num determinado tempo versus o número de habitantes dos municípios.

Pode-se constatar que pouco tem se avançado no sentido de formular e incorporar ações de atenção à saúde visando um caráter de universalidade e integralidade, inclusive o que se evidencia é a inexistência de um diálogo entre as demandas e as necessidades dos usuários.

Acredita-se que as propostas extrajudiciais, mesmo que por meio de comunicação formal ou informal entre os setores envolvidos se tornou premente, diante do quadro que se estrutura no país. Espera-se a construção de caminhos que envolvam conhecimentos de diferentes áreas para melhorar a efetividade das intervenções e aprimorar os serviços a serem prestados aos usuários do sistema de saúde

Apesar de essas estratégias terem sido criadas também para aumentar as condições de acesso, a universalização dos serviços de saúde promovida pelo Sistema Único de Saúde tem se mostrado frágil nas ações de inclusão de todos os usuários de forma equânime, principalmente na atividade de alta complexidade e alto custo.

Outra questão que chamou atenção quanto ao material analisado, foi que 26% dos pacientes, após avaliação médica no HSL/PUCRS, foram internados por suspeita de diagnóstico de câncer. Nessa perspectiva, em estudo sobre a judicialização da saúde em Minas Gerais feito por Campos Neto, Gonçalves e Andrade (2018), foram caracterizadas as ações judiciais contra o Estado entre 1999 e 2009. Foram identificadas 6.112 ações judiciais que demandavam diferentes tratamentos e equipamentos, sendo 568 ações referentes à reumatologia, 377 ações referentes à endocrinologia, 348 à psiquiatria, 336 à urologia e 277 à oncologia, que atuou enquanto prescritora na solicitação de medicamentos e procedimentos.

Neste período, chamam atenção os dados, pois em relação aos pacientes oncológicos, a Portaria n. 741, de 2005, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), preconiza sobre a regulação do acesso, da prestação de assistência especializada pela unidade de alta complexidade, serviço onde ocorre o diagnóstico definitivo e tratamento do paciente – o que pode justificar a solicitação de transferência para um hospital de alta complexidade. Entretanto, Ribeiro e Queiroz (2019)

esclarecem que a obtenção para o acesso ao tratamento, hipoteticamente, nesses casos, não poderia ser objeto de judicialização, uma vez que a obtenção do tratamento oncológico já possui protocolos estabelecidos pelo SUS.

Dentre os municípios que tiveram suas ações direcionadas ao HSL, identificou-se que 83,7% eram provenientes do município de São Francisco de Paula, localizado há 113 km de distância do município de Porto Alegre e com população estimada em 2018 de 21.633 habitantes.

São Francisco de Paula possui uma rede de atenção à saúde composta por serviços de baixa e média complexidade, sendo este último representado por um hospital público que é considerado pelos moradores do município o serviço de referência para atendimentos em caso de urgência ou emergência.

Em geral, em municípios que possuem unicamente os serviços de atenção primária e secundária, características similares a deste município, os usuários, quando necessário, acessam para atendimento o hospital de referência e são avaliados pelo médico assistente. Este avalia o quadro de saúde e quando identifica a necessidade de transferência para um serviço de alta complexidade, solicita por meio do Gerint. Para isso, o SUS está organizado em Redes de Atenção a Saúde - RAS que tem o objetivo de organizar os serviços de referência conforme as densidades tecnológicas.

No estudo identificou-se que a transição do cuidado para um serviço de alta complexidade tem sido um grande obstáculo para a efetivação da integralidade do sistema, visto que ao se analisar a segmentação da oferta de serviços de saúde do município, é possível afirmar que os usuários têm acesso à assistência de atenção básica e média complexidade, mas não a prestação de serviços de alta complexidade para a continuidade da atenção.

Nessa direção, a dificuldade de integração e articulação entre os vários níveis de atenção do sistema estão sendo insuficientes para garantir a continuidade do cuidado e a resolutividade à população assistida no município de São Francisco de Paula que depende, em grande medida, de exames e avaliações com especialistas para definir diagnósticos e tratamentos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O constante aumento das ações judiciais evidenciadas no HSL/PUCRS é um indicador que não se pode ser menosprezado, tendo em vista o aumento considerável de demandas por internações e procedimentos em hospital de alta complexidade. Nessa perspectiva, é inevitável também considerar a importância das judicializações como um sinalizador de avaliação das necessidades individuais e coletivas de saúde.

Os resultados encontrados permitem inferir que os usuários têm dificuldade quanto ao acesso a tratamento em hospital de alta complexidade em função da falta de vagas ofertadas pelo SUS. Assim, precisam recorrer à intervenção judicial, munidos de documentação que comprove a necessidade, para garantir o acesso no tempo desejado

O tempo para que seja fornecida a vaga pela Central de Regulação é bastante variável, sendo mais um fator que interfere no acesso dos usuários ao tratamento. Acredita-se que isso ocorre devido à lotação nos serviços públicos de alta complexidade e/ou pela falta de informações a respeito do quadro de saúde do paciente quando é preenchido o Gerint. Os dados obtidos com o estudo podem ser indicadores da necessidade de reprogramação do número de leitos, de intensificação de gerenciamento dos existentes e, principalmente, de investimentos nas políticas de saúde que assegurem a eficácia da assistência ao usuário.

Nesse sentido, a aproximação dos entes é fundamental, o diálogo entre os gestores facilita a alteração gradual das políticas públicas. Além disso, estas interfaces permitem compreender e enfrentar melhor as origens do problema, inclusive em repensar as ações governamentais.

A partir das análises realizadas e da determinação de pontos-chaves que determinam o acesso dos usuários ao tratamento em hospital de alta complexidade, podem ser pensadas ações relacionadas aos processos de trabalho dos serviços envolvidos em nível de gestão. Nesse sentido, sugere-se que seja realizado um estudo junto com o gestor da saúde, prescritores e representantes do judiciário dos locais de onde as ações são frequentes, para então serem propostas capacitações e pensem em ações conjuntas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília, DF: Senado Federal, 2016.

BRASIL. **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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Gerenciamento de Tabelas de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em: 11 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005.** Definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html. Acesso em: 08 mar. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS):** estrutura, princípios e como funciona. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 10 maio 2019.

BUCCI, M. P. D; DUARTE, C. S. **A judicialização da Saúde:** a visão do poder executivo. São Paulo: Saraiva, 2017.

CAMPOS NETO, O. H. C; GONÇALVES, L. O. G; ANDRADE, E. G. A judicialização da saúde na percepção dos médicos prescritores. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 165-176, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005009103&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 07 jun. 2019.

CARLI, D. P; NAUNDORF, B. A aplicação do princípio da solidariedade na judicialização da saúde a partir dos princípios do SUS, da fixação de entendimento pelo STF e da trajetória do Rio Grande do Sul. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 8, n. 3, p. 112-130, jul./set. 2019.

CARVALHO, G. A saúde pública. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência média e alta complexidade no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2007a. (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, v. 9).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007b. (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, v. 1).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Regulação em Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011. (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, v. 10)

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015. (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, v. 1).

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R. de; MELLO, A. L. S. F. de; DRAGO, L. C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, p. 1-8, jan./fev. 2013.

GOMES *et al.* Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 31-43, jan. 2014.

HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. **Quem somos**. Porto Alegre, [2020?]. Disponível em: <https://www.hospitalsaolucas.pucrs.br/quem-somos/>. Acesso em:

LEITE, I. C.; BASTOS, P. R. H. de O. Judicialização da saúde: aspectos legais e impactos orçamentários. **Argum**, Vitória, v. 10, p. 102-117, jan./abr. 2018.

MANSUR, S. L. O Fenômeno da judicialização na sociedade contemporânea: breves apontamentos sobre o termo "judicialização", frequentemente citado em informativos do STF e STJ. **JusBrasil**, [s. l., 2019]. Disponível em: <https://samealuz.jusbrasil.com.br/artigos/389418859/o-fenomeno-da-judicializacao-na-sociedade-contemporanea>. Acesso em: 04 mar. 2020.

MARQUES, A.; ROCHA, C.; ASENSI, F; MONNERAT, D. Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 33, n. 95, p. 217-230, jan./abr., 2019.

MORO, C. C. D.; MORO, L. D.; RANDOW, R.; ZOCRATTO, K. B. F. Judicialização da Saúde: propostas de racionalização. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 8, n. 1, p. 119 -140, jan./mar., 2019.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS: Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em:

http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 mar. 2020.

PAIXÃO, L. S. D. P. Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2167-2172, 2019.

PAULA, C. E. A; SILVA, A. P. da; BITTAR, C. M. L. Expansão do Poder Judicial no Sistema Único de Saúde. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. 1-9, jan./mar. 2019.

PAULI, L. T. S. Judicialização da política pública de saúde: interação entre o sistema político e o sistema jurídico na Região Sul do Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 310-317, jan./mar. 2018.

PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: ASPEUR, 2013.

RIBEIRO, C. de S. G; QUEIROZ, C. C. W. Breve panorama da judicialização da saúde no Brasil e os reflexos dos julgamentos dos recursos repetitivos pelos Tribunais Superiores. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 8, n. 3, p. 102-111, jul./set., 2019

SCHULZE, J. C. Direito à saúde e a judicialização do impossível. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org.). **Coletânea Direito a Saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2018.

SILVA, A. B.; SCHULMAN, G. (Des) judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 290-300, 2017.

SILVA, A. C.; BATISTA, J. H. S; SANTOS, W. C. M. Desmonte e sucateamento do SUS: o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil. In: SEMINÁRIO FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 7., 2017, Maceió. **Anais [...]** Maceió: UFA, 2017.

STIVAL, S. L. M; GIRÃO, F. A judicialização da saúde: breves comentários. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 5, n. 2, abr./jun., 2016.

TAVARES, L. M. C. As tutelas da judicialização da saúde e a medicina baseada em evidência. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 8, n. 3, p. 178-185, jul./set., 2019.

REDESCOLA

