



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA – CAV
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

LUANA VANESSA DA SILVA SANTANA

**CARACTERIZAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE, EM PERNAMBUCO.**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA – CAV
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

LUANA VANESSA DA SILVA SANTANA

**CARACTERIZAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE, EM PERNAMBUCO.**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Ana Lúcia A. da Silva
Coorientador: Roseane Lemos

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2018

Catálogo na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Fernanda Bernardo Ferreira, CRB4-2165

- S231c Santana, Luana Vanessa da Silva.
Caracterização da Judicialização da Saúde no Sistema Único de Saúde, em Pernambuco. / Luana Vanessa da Silva Santana. - Vitória de Santo Antão, 2018.
41 folhas: fig., graf.; tab.
- Orientadora: Ana Lúcia Andrade da Silva.
Coorientadora: Roseane Lemos
TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2018.
1. Judicialização da Saúde. 2. Sistema Único de Saúde- Pernambuco. 3. Ensino. I. Silva, Ana Lúcia Andrade da (Orientadora). II. Lemos, Roseane (Coorientadora). III. Título.

614 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-106/2018

LUANA VANESSA DA SILVA SANTANA

CARACTERIZAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE,
EM PERNAMBUCO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, da
Universidade Federal de Pernambuco, Centro
Acadêmico de Vitória, como requisito para
obtenção do título de Bacharel em Saúde
Coletiva.

Aprovado em: 17/07/2018

Prof^o. Dr^a. Ana Lúcia Andrade da Silva (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr^a. Livia Teixeira de Souza Maia
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. Fabiana Oliveira Silva e Souza
Universidade Federal de Pernambuco

A Deus por ter me dado o privilégio de chegar até aqui;

A minha família, que se fazem como base em minha vida;

Ao meu noivo, peça fundamental na minha construção rumo ao futuro;

A Bruna Pimentel; Edilma Santos e Franciele Santos, por tornarem essa experiência mais
suave.

E aos mestres da Graduação pela troca e entrega a cada aula.

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo a quem me fez forte nessa jornada. Ele, que me deu de sua graça e me capacitou para que eu chegasse até aqui; que me guardou em todas essas idas e vindas; que sempre me deu motivos para não desistir. A Deus.

Agradeço a cada membro de minha família, todos particularmente contribuíram e contribuem para meu crescimento e formação pessoal. A vocês, todo o meu amor.

Ao meu noivo, por nunca esgotar as frases "Você vai conseguir, você supera", elas me fizeram forte em todas as situações.

As minhas amigas de graduação que me fizeram muito bem nessa caminhada. Por todas as risadas, choros, gritos, tapas, beijos, conquistas, altos e baixos. A vocês Bruna Pimentel; Edilma Santos; Franciele Francisca; Iris Santos; Josineide Duarte e Valéria Valdenice.

Aos meus professores, por toda contribuição, conhecimento e entrega.

Agradeço a minha orientadora pela força, pela dedicação e por sempre me mostrar que eu posso melhorar e ir além. Pelas mensagens fora de hora com resposta, pelas ligações. Pelo cuidado e zelo.

De mim, apenas gratidão.

RESUMO

Introdução: A judicialização da saúde é compreendida como ferramenta social, sendo um espaço vasto e amplo de reclame de bens e serviços garantidos por direito. O fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários. Em meio a sua complexidade e às dificuldades de construção de um sistema nacional de caráter universal em um país heterogêneo e desigual, persistem desafios relacionados aos problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro. **Objetivo:** Caracterizar a judicialização da saúde no estado de Pernambuco, em 2016. **Metodologia:** Foi desenvolvido um estudo descritivo de abordagem quantitativa. A descrição do perfil dos processos foi realizada segundo sexo e residência. Para a caracterização das ações foram definidas as seguintes categorias e sub categorias: (i) *Bem demandado*: Alimento; Equipamento; Insumos; Medicamentos; e Procedimentos; (ii) *Grupo CID 10*; e (iii) *Unidade demandante*. **Resultados:** Foram registradas 2.562 ações judiciais no Estado. Dessas, (42,7%) originou-se de residentes da I GERES que é formada por municípios desenvolvidos. Em relação ao sexo dos, a maioria foram do sexo feminino (37,5%), destaca-se o alto percentual de sexo ignorado (26,3%). Identificou-se que as maiores das ações referiram-se a medicamentos (64,4%) e (27,9%) no tratamento das neoplasias. Das ações movidas contra o Estado no ano 95% delas foram deferidas em favor do requerente. **Conclusão:** A judicialização da saúde pode se configurar como mecanismo de reivindicação do direito à saúde estando a serviço do usuário, mas pode ser direcionada ao mercado, ao consumo ao direito individual, ferindo o princípio da equidade.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Judicialização da Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The judicialization of health is understood as a social tool, being a vast and wide space for claiming goods and services guaranteed by law. The phenomenon involves political, social, ethical and sanitary aspects. In the midst of its complexity and the difficulties of building a national system of universal character in a heterogeneous and unequal country, challenges remain related to the structural problems of the Brazilian health system. Objective: To characterize the judicialization of health in the state of Pernambuco, in 2016.

Methodology: A descriptive study of quantitative approach was developed. The profile of the processes was described according to sex and residence. For the characterization of the actions the following categories and sub categories were defined: (i) Well demanded: Food; Equipment; Inputs; Medicines; and Procedures; (ii) CID Group 10 and the applicant unit.

Results: 2,562 lawsuits were registered in the State. Of these, (42.7%) originated from residents of I GERES which is formed by developed municipalities. Regarding the sex of the patients, the majority were female (37.5%), the high percentage of sex ignored (26.3%) stands out. It was identified that most of the actions referred to medications (64.4%) and (27.9%) in the treatment of neoplasias. Of the actions brought against the State in the year 95% of them were deferred in favor of the applicant. **Conclusion:** The thematic can be configured as a mechanism for claiming the right to health being at the service of the user, but can be directed to the market, to consumption to the individual right, violating the principle of equity.

keywords: Right to Health. Health Judicialization. Health Unic System.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 A concepção do Sistema Único de Saúde: Caracterização e historicidade.....	10
2.2 O financiamento do SUS: dilemas e desafios para a garantia da universalidade	12
2.3 Direito à Saúde e Direito Sanitário.....	13
2.4 O fenômeno da judicialização da Saúde.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo Geral	16
3.2Objetivos Específicos.....	16
4 ARTIGO.....	17
REFERÊNCIAS.....	32
ANEXO A – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA.....	34
ANEXO B – RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PERNAMBUCANOS SEGUNDO GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE	40

1 INTRODUÇÃO

O SUS foi criado como um sistema federativo com participação dos três níveis de governo mediante a realização de serviços universais e gratuitos, tendo a descentralização como diretriz básica e com uma gestão compartilhada entre os gestores. Através das comissões intergestoras, instituiu-se o mecanismo constitucional de controle público, através de conferências e de conselhos e de instituições de apoio, como o Ministério Público (MENDES, 2013).

A Constituição Federal de 1988, tomando como eixo principal um princípio igualitário e o compromisso público com essa garantia, estabeleceu os princípios e diretrizes para uma completa reorganização do Sistema de Saúde. O texto constitucional fundou uma nova ordem social no país, e no campo da saúde, pautando-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (MENICUCCI, 2009).

Em meio a sua complexidade e às dificuldades de construção de um sistema nacional de caráter universal em um país heterogêneo e desigual, persistem desafios relacionados ao enfrentamento de problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro. Entre eles, destacam-se a fragmentação das políticas, as limitações no financiamento, as distorções nas relações público-privadas e as marcantes desigualdades em saúde (MACHADO, 2011).

Nesse contexto de desafios, tem crescido no país, o fenômeno relacionado à garantia das ações e serviços de saúde por meio de mandatos judiciais. No contexto democrático contemporâneo, a judicialização da saúde expressa reivindicações de cidadãos e instituições, para a garantia e promoção dos direitos de cidadania que foram assegurados na Constituição Federal. O fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos (PEPE et al., 2010).

Esse processo crescente de forma vertiginosa, vem impondo debates e reflexões entre os gestores e as autoridades judiciárias buscando-se encontrar uma alternativa que possa, de fato, ser a forma democrática pela qual o cidadão faz valer um direito seu que esteja sendo descumprido pelas autoridades públicas (VIEIRA, 2013).

Considerando que a judicialização representa uma luta entre o entendimento do cidadão sobre o que lhe deve ser garantido e o Estado lhe concede de maneira insatisfatória, que em alguma medida ocorrem falhas e ou lacunas na prestação das ações e serviços de saúde, no SUS. Entretanto, muitos interesses se misturam com as

verdadeiras necessidades da população, o presente estudo buscará responder a seguinte questão: como caracteriza-se a judicialização da saúde no estado de Pernambuco e quais as suas repercussões para o Sistema Público de Saúde?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Concepção do Sistema Único de Saúde: caracterização e historicidade

No Brasil, o direito à saúde se desenvolveu, no século XX, em um cenário de contradições e interesses que passaram do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, chegando ao projeto neoliberal, nos anos 1980 (MENDES et al., 2011). Sua origem é caracterizada pela dicotomia entre saúde pública e assistência à saúde, passando necessariamente, pela filantropia, mais precisamente, pela intervenção religiosa. Em simultâneo eram desenvolvidas algumas ações de combate a epidemias, como as ações de vacinação e saneamento básico, por parte do Estado (CARVALHO, 2013).

Fruto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído com base na seguridade social, o SUS é concebido, incluindo todos os cidadãos na área de abrangência da prestação de serviços de saúde. Atribuindo ao Estado o dever de cumprir o que passa a ser um direito de qualquer cidadão brasileiro. Inicia-se assim, um processo de construção de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo pautado na universalização, integralidade e equidade do cuidado. Embora, setorial, a implantação do SUS representa uma das mais importantes reformas do Estado brasileiro (MENDES, 2013; PAIVA, 2014).

A validação do Sistema se deu através da lei 8.080 de 1990, onde deixa por responsabilidade do Estado a garantia da saúde mediante políticas públicas e econômicas. Trazendo requisitos que conversam com a prevenção, promoção e reabilitação da saúde da população; afirmando a importância e necessidade do cuidar antes do adoecimento, visando à redução dos índices de morbidade. Assim, possibilita que os serviços prestados pelo Sistema sejam regidos de acordo com diretrizes e princípios já estabelecidos perante a lei (BRASIL, 1990).

O artigo 198 da Constituição Federal designa que o SUS é constituído por uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada. As redes de Atenção baseiam-se na afirmação de que as necessidades de saúde da população não se dão de forma uniforme e que não estão delimitadas categoricamente no mesmo espaço e no mesmo tempo, e exigem uma atenção diferenciada. Com essa necessidade as redes de atenção define as unidades por nível de atenção e as distribui estratégica e geograficamente, garantindo assim a hierarquização e regionalização dos serviços (BRASIL, 1988; KUSCHNIR et al., 2010).

O SUS é a expressão mais acabada do esforço do nosso país de garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde que necessitam para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. Embora saibamos que os bons indicadores de saúde dependem de um conjunto de políticas econômicas e sociais mais amplas (emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação, segurança etc.), é inquestionável a importância de uma política de saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos. (DENIZI, 2012).

Os princípios finalísticos da organização do SUS são desenvolvidos mediante as diretrizes estratégicas da constituição 198 na intenção de oferecer o acesso a toda população mediante a sua necessidade de saúde, afirmando a imprescindibilidade de um sistema universal, equitativo e integral.

A universalidade é um processo de expansão de serviços por cobertura que tem a intenção de dar mais acessibilidade à população, e assim como a equidade que trata desigualmente os desiguais na intenção de garantir um cuidado mais justo, a universalidade também tem um sentido de justiça. (BRASIL, 1990; TEIXEIRA, 2011).

A afirmação necessária da equidade profere uma aproximação à integralidade do cuidado, que vem como diretriz da Constituição Federal junto à descentralização de serviços e a participação da comunidade nas decisões e programas de saúde. Para a integralidade, o cuidado em saúde deve ser observado mediante aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Ou seja, o sujeito deve ser cuidado no sentido completo mediante a sua totalidade.

Para que seja possível desenvolver as ações de cuidado é preciso delimitar as responsabilidades no Sistema. A proposta de descentralização como diretriz compete a transferência do poder de decisão sobre a política de saúde do nível central para os locais- do nível federal aos estados e municípios. Delimitando suas responsabilidades no seu território e com o nível central. (BRASIL, 1988; TEIXEIRA, 2011).

A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre as distintas esferas de governo – nacional, estadual e municipal. Assim, cabe aos gestores setoriais papel fundamental na

concretização dos princípios e das diretrizes da reforma sanitária brasileira. (SOUZA; NATALE, 2016).

Após toda a luta por um Sistema universal e igualitário que valorizasse as políticas públicas mediante as necessidades de saúde. Instituiu-se um sistema de Seguridade Social, que através dos impostos é financiado pela sociedade, por repasses de recursos provenientes da união, dos Estados, Distrito Federal e Municípios. A Constituição garante também o espaço da iniciativa privada na oferta de tecnologias e serviços, essa participação se dá de forma complementar ao SUS, quando sua oferta for insuficiente à necessidade. (BRASIL, 1990).

2.2 O financiamento do SUS: dilemas e desafios para a garantia da universalidade

Num retrato histórico a constituição de 1988 marcou de forma positiva pela redemocratização e trouxe consigo a seguridade social integrando a saúde, a previdência e a assistência. O artigo 195 afirma que a seguridade terá seu financiamento proveniente da sociedade direta e indiretamente- afirmado pela lei e mediante a recursos procedentes dos orçamentos da União, dos Estados, Distrito Federal e Município. Em 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional 29 ficou estabelecido o vínculo dos recursos das três esferas de governo no financiamento do SUS, a regulamentação dos impostos, e, foi ressaltada a função dos Conselhos de Saúde no controle e fiscalização. (BRASIL , 1988; MENDES, 2009).

A lei complementar 141 estabelece os percentuais dos Municípios, Estados e União de acordo com a sua arrecadação para financiamento do Sistema. Os Municípios e Distritos com investimento de 15% , Estados 12% e a União com um montante não inferior a 15%. (BRASIL, 2015)

O campo da saúde enfrenta grandes problemas em seu financiamento mesmo antes da criação do SUS, mas essa dificuldade acarreta numa contrariedade aos princípios que o Sistema estabelece, burocratizando o acesso às ações e serviços. Os reflexos das primeiras investidas contra a saúde aconteceram a partir de 1989 e 1990; em 1993 a lei que determinava os repasses para a saúde num percentual de 15,5% foi descumprido e em detrimento dessa situação o Ministério da Saúde viu a necessidade de solicitar empréstimo ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). No total foram solicitados três empréstimos junto ao FAT. (MARQUES, 2005).

A administração dos recursos para a saúde baseada na alocação dos recursos destinado a saúde é uma das maiores dificuldades do Sistema, uma vez que o recurso para o investimento na saúde é finito, e as necessidades são infinitas e dão um proporção absurda as demandas. O Estado não tem recurso o suficiente para atender integralmente os seus princípios. (MENDES, 2009).

Para um Sistema pautado na abrangência de ações e serviços que garantam direitos naturais e positivos à população, o SUS dispõe de leis; decretos; princípios e diretrizes que comprometem-se com sua organização e afirmação. O decreto 7.580 de 2011 que baseia-se na lei 8.080 institui as regiões de saúde no intuito de integrar os conjuntos de municípios possibilitando assim a execução de ações e serviços de saúde planejados e organizados de acordo com a necessidade daquela região. No Decreto 7.580 institui a RENAME e a RENASES, tornando explícito o conjunto de ações oferecidas para garantir a integralidade da assistência no atendimento do usuário em sua porta de entrada e a relação de medicamentos essenciais que é atualizada e indicada para o tratamento de doenças e prevenção inclusos no SUS. (BRASIL, 2011).

Na medida em que a garantia do acesso se mostra como o principal objetivo do SUS é tido também como um grande desafio para o Sistema. Por isso, a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, de agosto de 2008, apronta-se para fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde. Deliberando então a implantação da Política em todas as unidades federadas e organizando-se três dimensões que atuam de forma integrada. A regulação de Sistemas de Saúde; da Atenção e do Acesso à assistência. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011)

O arcabouço geral do Sistema compõe o que a população necessita para trabalhar a sua necessidade, mas requer um melhor planejamento e investimento para a concretização das leis e decretos que garantam universalização do direito. (DENIZI, 2012).

2.3 Direito à saúde e o Direito Sanitário

Para ter-se a saúde como garantia de um direito fundamental, o Estado tem um papel indispensável. Dessa forma as políticas públicas de saúde atuam como estratégia Estatal para essa organização de acesso. O direito sanitário é um campo de atuação que em seu arcabouço contém princípios e diretrizes que se conectam ao direito a saúde. Para tal,

normas e leis são estabelecidas. Portanto é dado ao Estado o dever não apenas promover saúde aos cidadãos, como também de protegê-los de possíveis agravos à saúde pública. Assim a “mão” do Estado gere as ofertas de serviços; os fluxos produtivos e atenta-se para garantia dos princípios da saúde pública. (GANDOLFI, 2006).

Consequentemente, com base nos princípios constitucionais, foram criadas diversas outras normas jurídicas (leis, decretos, portarias, resoluções, etc.) implementando o sistema jurídico que trata e busca implementar a saúde no Brasil, devidamente apoiada em um Sistema Jurídico especializado que busca uma melhor organização jurídica das bases determinadas pela Constituição Federal para o tema saúde. (CARDOSO, 2014, p. 110).

Sendo o Direito Sanitário composto de normas jurídicas, lhes é dada autonomia para regular e reger a sociedade em busca do direito essencial à saúde. Sugerindo até ações e comportamentos sociais que apontam para a promoção, proteção e recuperação no quesito saúde e assim direciona a sociedade a participar da formalização do direito à saúde. Desenvolvendo-se, apesar das dimensões que a oferta pública e privada vem oferecendo. (DALLARI, 2003).

2.4 O Fenômeno da Judicialização da Saúde

A judicialização da Saúde surgiu com a crescente da democracia e participação da sociedade na exigência de direitos que garantidos constitucionalmente, falharam em sua execução. São reivindicações pela vigoração de políticas públicas e validação de direitos sociais e sanitários. (CASTRO, 2016).

As primeiras causas judiciais pela ausência do direito à saúde de forma integral tiveram início nos anos 90, onde pessoas portadoras do HIV/Aids lutavam judicialmente por medicamentos e procedimentos médicos. Essa reivindicação baseava-se nos princípios ofertados pelo Sistema Único de Saúde, sob a responsabilidade conjunta da União, Estados e Municípios. (VENTURA, 2010).

Nesse sentido, a judicialização apresenta-se como um assunto de grande relevância e que está tomando grandes proporções no decorrer dos anos. Visto como uma questão que necessita de atenção, as ações judiciais para obtenção do direito à saúde vêm dividindo as opiniões entre os escritores; gestores; profissionais do direito; profissionais da saúde e usuários, por sua crescente e frequentes causas de demandas com alto valor de custeio e outras desnecessárias ao judiciário (GOMES et al., 2014).

A judicialização da saúde é definida por um espaço vasto e amplo de reclame de bens e serviços garantidos por direito. São exigências por insumos; medicamentos; assistência; leitos e outras demandas que envolvem aspectos políticos, sociais éticos e sanitários, sendo resguardadas pelo princípio do direito à saúde. Pode ser caracterizada também como ferramenta social no processo de democratização quando se propõe a colaborar com a afirmação dos direitos sociais. Nessa perspectiva, o poder Judiciário tem a função de interpretar a constituição e as leis mediante a situação e dá o seu veredito final. (VENTURA, 2010; DINIZ, 2014).

Mas, no entanto, por haver evidências e argumentos que se divergem quando se analisa os impactos da judicialização do direito à saúde. Essas crescentes demandas judiciais têm deixado especialistas e gestores da saúde em alerta. Por um lado, todo o processo histórico de luta por afirmação do direito está associado a inclusão social; consciência cidadã; disseminação de novas informações e consciência de justiça, o que ocorre pela burocratização que ainda há no Sistema e pelas debilidades no acesso à bens e serviços. Mas por outro lado, se não houver critérios de análise quanto à viabilidade da demanda e avaliação orçamentária do que fora demandado o judiciário pode interferir indevidamente nas políticas públicas. (FLEURY, 2012; DINIZ, 2014).

Essa ferramenta social que se caracteriza como instrumento de alerta frente às necessidades coletiva/individual, em detrimento de uma falha na universalidade ou na integralidade da atenção à saúde, pode ser sentida também por seu frequente crescimento que de forma desordenada impõe custos inesperados aos orçamentos públicos; municipais, estaduais ou federal. Como consequência a gestão do Sistema sofre grande impacto e torna até o planejamento ineficaz pelo agravamento das iniquidades. (CASTRO et al., 2014).

O destaque desse crescente são as solicitações medicamentosas, baseadas em prescrições de urgência. Algumas solicitações de medicamento levadas ao judiciário já estão alternativamente disponíveis pelo SUS na RENAME, mas em outros casos o medicamento é de difícil acesso ao gestor da saúde. Quer seja pelo seu alto valor de custeio, ou por ser medicamentos experimentais ainda não autorizados ou de eficácia duvidosa para o investimento. (DINIZ, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral: Caracterizar a judicialização da saúde no Sistema Público de Saúde, no estado de Pernambuco, em 2016.

3.2 Objetivos Específicos:

- a) Descrever os processos judiciais impetrados contra o Sistema Único de Saúde, segundo perfil dos demandantes em Pernambuco, no ano de 2016;
- b) Analisar a distribuição espacial das ações judiciais no estado em 2016;
- c) Caracterizar a judicialização segundo os bens de saúde demandados e Grupo de Diagnóstico CID 10 e unidade demandante;
- d) Identificar o direcionamento das ações judiciais impetradas contra o Sistema Único de Saúde do estado de Pernambuco, em 2016.

4 ARTIGO

O presente trabalho está apresentado no formato de artigo requerido pela Revista Baiana de Saúde Pública, cujas normas para submissão de artigos se encontram em anexo A.

CARACTERIZAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, EM PERNAMBUCO, EM 2016.

Luana Vanessa da Silva Santana¹

Ana Lucia Andrade da Silva²

¹Discente da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. R. Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE, 55608-680. E-mail: lunakettily@hotmail.com

²Professora Doutora da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. R. Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE, 55608-680. E-mail: anadasilva78@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: A judicialização da saúde é compreendida como ferramenta social, sendo um espaço vasto e amplo de reclame de bens e serviços garantidos por direito. O fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários. Em meio a sua complexidade e às dificuldades de construção de um sistema nacional de caráter universal em um país heterogêneo e desigual, persistem desafios relacionados aos problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro. **Objetivo:** Caracterizar a judicialização da saúde no estado de Pernambuco, em 2016. **Metodologia:** Foi desenvolvido um estudo descritivo de abordagem quantitativa. A descrição do perfil dos processos foi realizada segundo sexo e residência. Para a caracterização das ações foram definidas as seguintes categorias e sub categorias: (i) *Bem demandado*: Alimento; Equipamento; Insumos; Medicamentos; e Procedimentos; (ii) *Grupo CID 10*; e (iii) *Unidade demandante*. **Resultados:** Foram registradas 2.562 ações judiciais no Estado. Dessas, (42,7%) originou-se de residentes da I GERES que é formada por municípios desenvolvidos. Em relação ao sexo dos, a maioria foram do sexo feminino (37,5%), destaca-se o alto percentual de sexo ignorado (26,3%). Identificou-se que as maiorias das ações referiram-se a medicamentos (64,4%) e (27,9%) no tratamento das neoplasias. Das ações movidas contra o Estado no ano 95% delas foram deferidas em favor do requerente. **Conclusão:** A judicialização da saúde pode se configurar como mecanismo de reivindicação do direito à saúde estando a serviço do usuário, mas pode ser direcionada ao mercado, ao consumo ao direito individual, ferindo o princípio da equidade na medida em que o acesso aos serviços judiciários.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Judicialização da Saúde; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

O SUS foi criado como um sistema federativo com participação dos três níveis de governo mediante a realização de serviços universais e gratuitos, tendo a descentralização como diretriz básica e com uma gestão compartilhada entre os gestores. Através das comissões intergestoras, instituiu-se o mecanismo constitucional de controle público, através de conferências e de conselhos e de instituições de apoio, como o Ministério Público¹.

A Constituição Federal de 1988, tomando como eixo principal um princípio igualitário e o compromisso público com essa garantia, estabeleceu os princípios e diretrizes para uma completa reorganização do Sistema de Saúde. O texto constitucional fundou uma nova ordem social no país, e no campo da saúde, pautando-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade².

Em meio a sua complexidade e às dificuldades de construção de um sistema nacional de caráter universal em um país heterogêneo e desigual, persistem desafios relacionados ao enfrentamento de problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro. Entre eles, destacam-se a fragmentação das políticas, as limitações no financiamento, as distorções nas relações público-privadas e as marcantes desigualdades em saúde³.

Nesse contexto de desafios, tem crescido no país, o fenômeno relacionado à garantia das ações e serviços de saúde por meio de mandatos judiciais. No contexto democrático contemporâneo, a judicialização da saúde expressa reivindicações de cidadãos e instituições, para a garantia e promoção dos direitos de cidadania que foram assegurados na Constituição Federal. O fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos⁴.

Esse processo crescente de forma vertiginosa, vem impondo debates e reflexões entre os gestores e as autoridades judiciárias buscando-se encontrar uma alternativa que possa, de fato, ser a forma democrática pela qual o cidadão faz valer um direito seu que esteja sendo descumprido pelas autoridades públicas⁵.

Considerando que a judicialização representa uma luta entre o entendimento do cidadão sobre o que lhe deve ser garantido e o Estado lhe concede de maneira insatisfatória, que em alguma medida ocorrem falhas e ou lacunas na prestação das ações e serviços de saúde, no SUS. Entretanto, muitos interesses se misturam com as

verdadeiras necessidades da população, o presente estudo se propôs a caracterizar a judicialização da saúde no Sistema Único de Saúde em Pernambuco.

MÉTODO

Para caracterizar a Judicialização da saúde, foi desenvolvido um estudo descritivo, de corte transversal, a partir da abordagem quantitativa, utilizando-se os dados do banco do Núcleo de Judicialização da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (NAJ).

Foram analisadas todas as ações judiciais impetradas no âmbito da gestão pública de saúde no estado de Pernambuco, e registradas no NAJ em 2016.

A Descrição do perfil dos processos e decisões judiciais reivindicadas ao Sistema Único de Saúde de Pernambuco foi realizada segundo sexo e GERES de residência (os municípios de residência foram distribuídos entre as doze Gerências Regionais de Saúde do estado de Pernambuco) (Anexo b).

A análise da distribuição espacial das ações judiciais registradas foi realizada a partir da distribuição do número de absoluto de ações por município, considerando o seguinte intervalo: 0; 1 a 20; 21 a 50; 51 a 100; 100 a 544.

Para a caracterização das ações foram definidas as seguintes categorias e sub categorias: (i) *Bem demandado*: Alimento (constituída das demandas por gêneros alimentícios como leites, suplementos); Equipamento (referiu-se aos instrumentos de saúde, tais como cilindros de oxigênio, aparelhos para aferição de pressão, glicosímetros, órteses, próteses); Insumos (agregou os objetos relacionados a materiais médicos hospitalares, seringas, agulhas, fraldas, gases, gel, tiras de HGT); Medicamentos; e Procedimentos (considerado o conjunto de ações no âmbito do cuidado à saúde); (ii) *Grupo CID 10* (considerou-se os grupos de diagnóstico da décima Codificação Internacional de Doenças) e *Unidade demandante* (Unidade ou serviço de saúde de origem da demanda).

O direcionamento das decisões judiciais disse respeito ao quantitativo de decisões favoráveis e desfavoráveis ao Sistema Público de Saúde.

Por fim foram apresentadas a quantidade de ações impetradas segundo os meses do ano de 2016.

Os dados foram analisados utilizando o Software *Excel* e todas as informações foram apresentadas, segundo frequências absolutas e relativas, no formato de tabelas e gráficos.

RESULTADOS

No ano de 2016 foram registradas 2.562 ações judiciais no Núcleo de Judicialização da Secretaria Estadual de Saúde, dessas a maioria (42,7%) originou-se de residentes da I GERES, seguida pela IV (6,9%) e VII (5,0%), enquanto que a menor proporção adveio dos munícipes da IX GERES (0,6%). Em relação ao sexo dos demandantes, a maioria foi do sexo feminino (37,5%), destaca-se o alto percentual de sexo ignorado (26,3%) entre as ações registradas (tabela 1).

Em 2016, em 39 dos 185 municípios pernambucanos não originaram-se demandas judiciais. Nas cidades de Recife, Jaboatão dos Guararapes e Petrolina identificou-se um quantitativo de ações representando 43,9% do total de processos no ano de 2016, no estado (Figura 1).

Na tabela 2, identificou-se que a maioria das ações pleiteadas pelos usuários referiram-se a medicamentos (64,4%) e procedimentos de saúde (19,9%), e a minoria a equipamentos (3,9%) e alimentos (4,3%). Em 37,9% das ações demandadas não houve o registro do diagnóstico relacionado à necessidade de saúde do usuário requerente. Entre as ações que apresentaram diagnóstico, as maiores proporções foram as neoplasias (27,9%), as doenças neurológicas (9,4%) e os agravos (9,1%) e doença cardiovasculares (6,5%). Com relação às unidades de onde originaram-se as ações, em 34,4% não houve o registro. Entre as registradas, 58,5% adveio de hospitais, seguidas dos consultórios particulares (15,2%) e das secretarias municipais de saúde (9,8%).

A análise do quantitativo de ações segundo os meses do ano, demonstrou que em agosto (12,5%) e setembro (11,4%) foram registradas as maiores proporções de ações, enquanto em março (6,4%) e janeiro (6,5%) identificou-se os menores registros (Gráfico 1).

Nos resultados das ações judiciais impetradas contra o sistema público de saúde em 2016, em Pernambuco, 95% foi deferido em favor do requerente (Gráfico 2).

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo identificaram 2.562 demandas judiciais impetradas contra a gestão estadual do SUS no estado de Pernambuco. O maior número de

processos judiciais em saúde esteve concentrado na capital e grandes centros como Jaboatão, Petrolina e Olinda. Cenário que aponta para diferenciais de acesso aos serviços judiciários, relacionados ao município de residência.

Achados semelhantes foram identificados por NUNES (2016), em Fortaleza, onde o maior quantitativo de ações judiciais se originaram de áreas valorizadas e habitadas pela população de classe social mais elevada da cidade⁶.

A maior concentração de demandas judiciais por usuários residentes na capital e grandes centros pode estar relacionada ao maior acesso das classes econômicas mais privilegiadas aos serviços jurídicos, interferindo assim no princípio da equidade do SUS^{6,7}.

Nessa pesquisa identificou-se uma elevada proporção de sexo ignorado, o que por um lado compromete a análise, mas por outro revela que o registro das informações relacionadas às ações judiciais merecem atenção, no sentido de qualificar as informações e subsidiar análises, acompanhamento e monitoramento.

Contrariamente, um estudo realizado por Alberto no ano de 2012 em São Paulo analisou 23.003 registros de ações judiciais no Estado, onde 100% da variável sexo esteve preenchida, sendo as mulheres as maiores demandantes⁸. Situação semelhante foi verificada em Itaperuna com o registro por sexo em todas as demandas e solicitações realizadas em maioria pelas mulheres⁹.

Os resultados apontaram que o principal bem demandado nas ações foram os medicamentos, foram movidas 1.650 ações judiciais para obtenção de medicamentos, que em grande parte são disponibilizados no SUS através da RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

O mesmo foi identificado em Belo Horizonte, onde 16% dos medicamentos reivindicados estavam presentes na Relação de Medicamentos Essenciais e 10% eram componentes básicos¹⁰. No Estado do Pará, nos anos de 2011 a 2013 dos 107 tipos de medicamentos solicitados, 47 deles estão contemplados pela Assistência Farmacêutica e RENAME¹¹.

Assim como verificado em relação à variável sexo, a informação sobre o diagnóstico do paciente relacionado à demanda judicial apresentou um importante número de registros sem a informação. Entre as demandas com o registro da informação a maior proporção de ações esteve relacionada às neoplasias e doenças neurológicas.

Carneiro (2015) também identificou entre as ações judiciais no Pará ausência da informação relacionada ao diagnóstico do paciente em 31,9% dos casos listados e as neoplasias foram a causas mais prevalentes entre os processos judicializados¹¹.

Os resultados demonstraram que as maiorias das demandas Judiciais registradas no núcleo originaram-se dos hospitais, policlínicas e UPAs, seguidos dos consultórios particulares, demonstrando grande participação de usuários do setor privado da saúde, nas ações judiciais contra o Sistema Único de Saúde. Cenário que requer bastante atenção por parte do SUS, no sentido de debater o direcionamento da judicialização da saúde, como instrumento de garantia de direitos dos usuários no sentido do direito coletivo ou a serviço do mercado, do consumo, do direito individual.

Em Minas Gerais, 70,5% dos pacientes com demandas judiciais no Estado mantinham atendimento com o Sistema privado de Saúde¹⁰. Em outra análise feita no Estado do Rio de Janeiro a participação dos serviços privados foi em 10,5% das ações¹².

A judicialização da saúde inicialmente simbolizava um importante instrumento para a garantia do direito à saúde. Mas atualmente está exposta aos interesses econômicos de indústrias, das empresas privadas e dos profissionais liberais, o que compromete a intenção da ação¹³.

Identificou-se que entre os meses do ano de 2016, houve um maior quantitativo de ações nos meses de agosto e setembro e menores nos meses de janeiro e março, em Pernambuco. Os fatores envolvidos na flutuação do número de ações entre os meses não pode ser verificada por esse estudo, pesquisas futuras utilizando outras abordagens metodológicas podem se ocupar e esclarecer esse fato.

Os resultados demonstraram que em 95% das ações impetradas contra SUS foram deferidas.

O que corrobora com uma análise realizada ano de 2016 nos Estados de São Paulo; Rio de Janeiro; Minas gerais e Rio Grande do Sul, com 87% das demandas judiciais impetradas deferidas contra o SUS¹³. Nunes (2016) verificou na região Nordeste, 98,2% de ações deferidas contra o SUS a favor dos demandantes⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Judicialização da Saúde destaca-se como um tema recorrente; atual e de grande importância tanto para os que promovem a saúde, quanto para os usuários do

SUS. Esse estudo possibilitou identificar a ligação da saúde com outras áreas de abrangência, e concluir que a saúde se faz com o todo.

O grande quantitativo de dados ignorados e não informados, demonstraram a necessidade de maior organização no processo de registro das informações no setor responsável.

A judicialização da saúde pode se configurar como mecanismo de reivindicação do direito à saúde estando a serviço do usuário, mas pode ser direcionada ao mercado, ao consumo ao direito individual, ferindo o princípio da equidade na medida em que o acesso aos serviços judiciários e, portanto, à reivindicação dos direitos é maior para população de classes sociais mais elevadas, muitas vezes usuários do sistema privado de saúde.

O Sistema Único de Saúde poderia contar com estratégias de controle e fiscalização das ações, organizando equipes multidisciplinares formadas por profissionais da área da saúde e da justiça. A fim de analisar as demandas com base no que o SUS oferta sem comprometer a equidade.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.
2. MenicucciTMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.
3. Machado CV.Baptista TWF.Nogueira CO. Health policies in Brazil in the 2000: thenationalpriority agenda. *Cad. Saudepublica*, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.
4. Pepe VLE. Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.
5. Vieira, Denise Travassos et al. Judicialização da saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, 2013.
6. Nunes CFO, Júnior ANR. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. *Cad. Saúde Colet.*, 2016, Rio de Janeiro, 24 (2): 192-199.
7. Pepe VLE, Ventura M, Sant'ana JMB, Figueiredo TA, Souza VR, SimasL, et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.26 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2010.
8. Alberto FM. Análise das Características da Judicialização da Saúde no Estado de São Paulo. UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” Faculdade de Ciências e Letras Campus de Araraquara; 2012.
9. FolySLF, Matta LG, Shimoda E. Judicialização do acesso a medicamentos no Município de Itaperuna-RJ: perfil das demandas. *Sau. &Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.7, n.2, p.51.-68, 2016.
10. Machado MAA, Acurcio FA, Brandão CMR, Faleiros DR, Júnior AFG, Cherchiglia ML, et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011;45(3):590-8

11. Carneiro AMF. Ações Judiciais de Assistência à Saúde: Uma caracterização dos dados da Secretaria de Saúde do Pará-SESPA. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- São Paulo, 2015.
12. Messeder AM, Castro CGSO, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2):525-534, mar-abr, 2005
13. Vasconcelos FJLV, Dias MAS, Saraiva MJG, Silva MMS. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: Análise de Ações Judiciais Demandadas Na Comarca De Sobral, - V.16 n.02,p.06-13, Jul./Dez. - 2017
14. SÃO PAULO, Judicialização da saúde na prática Fatos e dados da realidade brasileira, Setembro de 2016.

Tabela 1 – Descrição das ações judiciais, segundo a Gerência Regional de Saúde de residência do usuário e sexo. Pernambuco, 2016.

	N	%
GERES RESIDÊNCIA DO DEMANDANTE		
I	1095	42,7
IV	177	6,9
VIII	129	5,0
II	75	2,9
V	73	2,8
III	66	2,6
XII	51	2,0
VI	41	1,6
X	30	1,2
IX	29	1,1
VI	29	1,1
II	19	0,7
XI	16	0,6
VII	14	0,5
VII	12	0,5
X	9	0,4
V	6	0,2
XI	1	0,0
NI	690	26,9
Total	2562	100,0
SEXO DO DEMANDANTE		
Feminino	962	37,5
Masculino	925	36,1
Não Informado	675	26,3
	2562	100,0

Figura 1 – Distribuição espacial das ações judiciais, segundo município de residência do demandante. Pernambuco, 2016.

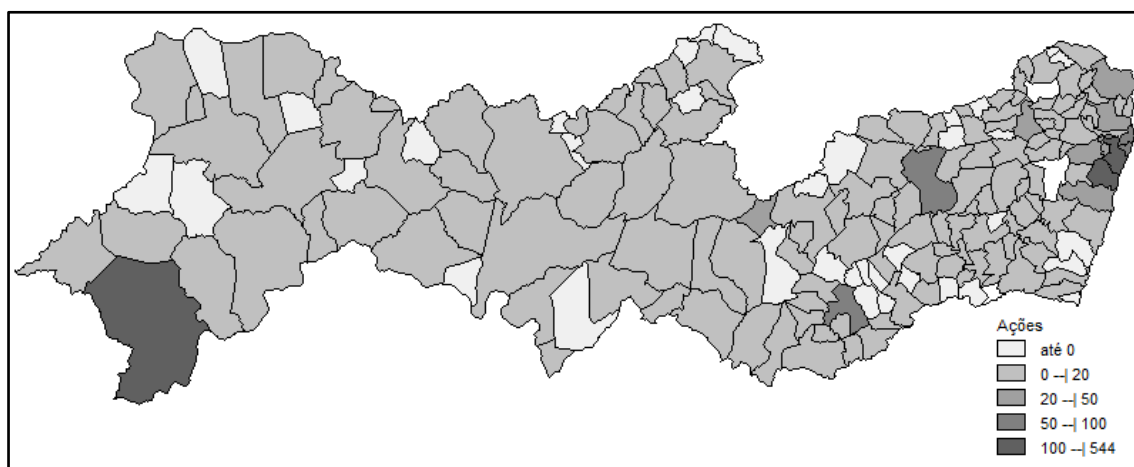


Tabela 2- Caracterização das ações judiciais segundo bem demandado, diagnóstico e unidade solicitante. Pernambuco, 2016.

	N	%
BEM DEMANDADO		
Alimento	109	4,3
Equipamento	101	3,9
Insumo	192	7,5
Medicamento	1650	64,4
Procedimento	510	19,9
	2562	100,0
GRUPO CID 10		
Não Informado	972	37,9
Informado	1590	62,1
Neoplasias	443	27,9
Doenças Neurológicas	158	9,9
Agravos	144	9,1
Doenças Cardiovasculares	103	6,5
Outros Distúrbios	100	6,3
Distúrbios Renais	99	6,2
Diabetes	98	6,2
Doenças Respiratórias	85	5,3
Doenças Gastrointestinais	81	5,1
Transtornos Mentais	78	4,9
Outros	66	4,2
Transtornos Hormonais	50	3,1
Nanismo	31	1,9
Transplantes	19	1,2
Outras Doenças	16	1,0
Mal Formação	13	0,8
HIV	6	0,4
	1590	100,0
UNIDADE DEMANDANTE		
Não Informado	882	34,4
Informado	1680	65,6
Hospital/Policlínica/UPA	983	58,5
Consultório Particular	255	15,2
Secretarias Municipais de Saúde	164	9,8
Unidade de Oncologia	104	6,2
Associações	61	3,6
Unidade de Nefrologia/Diálise	46	2,7
Outros	29	1,7
Hemocentro	22	1,3
Unidade Oftalmológica	16	1,0
	1680	100,0

Gráfico 1 – Distribuição das ações judiciais segundo os meses. Pernambuco, 2016.

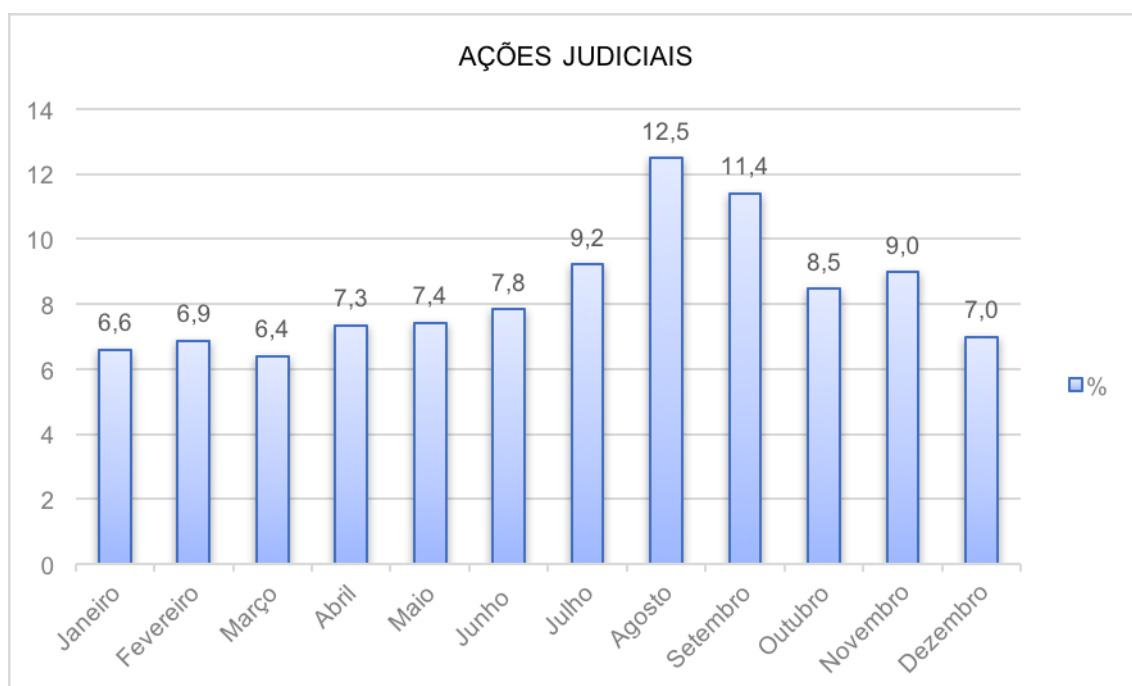
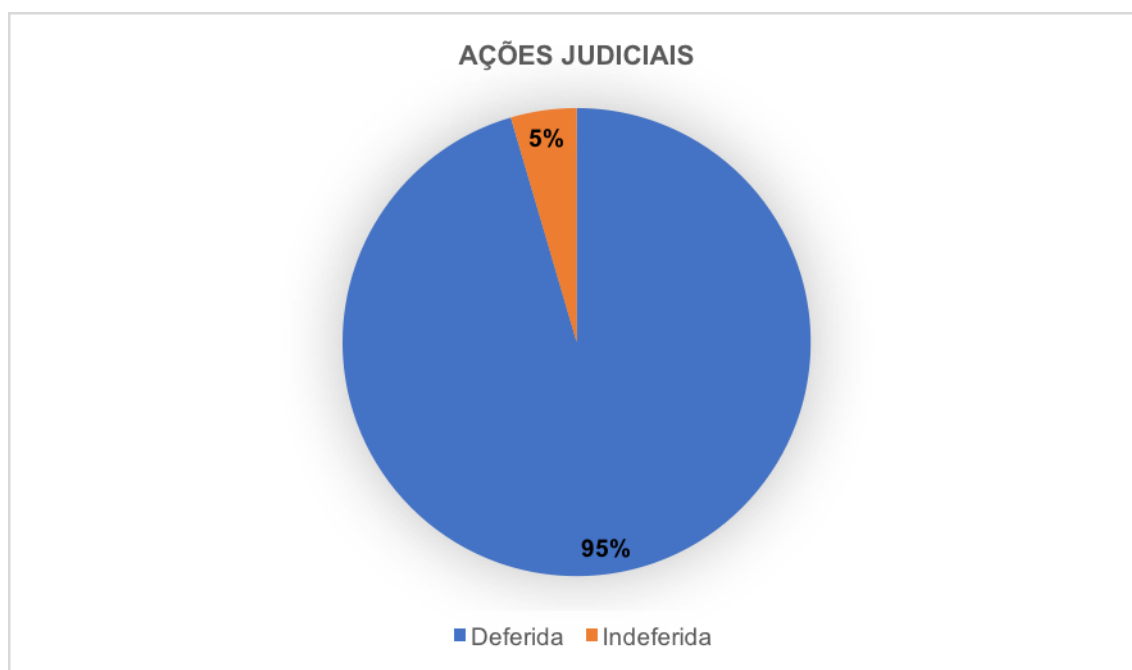


Gráfico 2-Distribuição das ações judiciais segundo direção da decisão. Pernambuco, 2016.



REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Decreto-lei Complementar 141 Guia prático para a Gestão Municipal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. **Decreto-lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- BRASIL. **Decreto-lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.580, de 11 de outubro de 2011**. Altera o Decreto nº 5.353, de 24 de janeiro de 2005, que dispõe sobre a competência, composição, funcionamento e estruturação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Industrial – CNDI. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CARDOSO NETO, Nic. O Direito Sanitário Brasileiro: Conceito, Princípios e a Interface com outros ramos da Ciência Jurídica. **Jurídica**, Blumenau, v. 18, n. 35, p.103-128, jan. 2014.
- CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p.7-26, 2013.
- CASTRO, G; et al. acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p., 31-43, jan, 2014.
- CASTRO, S. Judicialização da Saúde. **Rev. do Tribunal de Contas do estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, edição especial, p. 130-134, 2016
- DALLARI, Sueli Gandolfi. UMA NOVA DISCIPLINA: O Direito Sanitário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 22, p.327-334, mar. 1988.
- DINIZ, D. T.R.; PENALVA. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. Judicialização do acesso a medicamentos, **Ciênc. Saúde Coletiva**, Brasília, v. 19, n. 2, p., 591-598, 2014.
- FLEURY, S. A judicialização pode salvar o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun. 2012

- KUSCHNIR, R; CHORNY, A. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2307-2316, ago. 2010
- MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Health policies in Brazil in the 2000: thenationalpriority agenda. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.
- MARQUES, M. R. et. al. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 159-175, jan./jun. 2005.
- MENDES, A. et. al. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 14, n.3, p. 841-850, 2009.
- MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p.27-34, 2013.
- MENDES, Jussara Maria Rosa et al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p.331-344, ago. 2011.
- MENICUCCI, T. M. G.. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.
- PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-36, mar. 2014
- PEPE, V. L. E.; SCHRAMM, F. R. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.
- REIS, Denizi Oliveira.; ARAÚJO, Eliane Cardoso de.; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. **Curso de Especialização em Saúde da Família – Una-sus|unifesp**, São Paulo, v. 4, n. 1, p.1-18, abr. 2013.
- SOUZA, N. SUS: Princípios/Diretrizes, Regionalização e Gestão do SUS; 2016. Disponível em <http://blog.concursosdasaude.com.br/sus-principios-diretrizes-regionalizacao-e-gestao-do-sus/> acessado em 30/10/2017.
- VENTURA, M., et al. judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-99, 2010.
- VIEIRA, Denise Travassos et al. Judicialização da saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3419-342, 2013.

ANEXO A – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

INSTRUÇÕES GERAIS PARA SUBMISSÃO

Os trabalhos a serem apreciados pelos editores e revisores seguirão a ordem de submissão e deverão obedecer aos critérios de apresentação:

- a) As submissões são realizadas por meio do Sistema Eletrônico de Revista (SEER). Preenchimento dos Metadados são obrigatório, sem os quais o texto científico não seguirá para avaliação;
- b) O texto deve ser formatado em espaço 1,5, com margens de 2 cm, fonte Times New Roman, Tamanho 12, Página Padrão A4, numeradas no canto superior direito;
- c) As ilustrações, figuras, mapas ou fotografias serem anexados separado do texto original em Documentos Suplementares;
- d) O número máximo de autores por manuscrito científico é de seis (6).

METADADOS

1. Informar o título (com versão em inglês e espanhol), nome(s) do(s) autor(es), principal vinculação institucional de cada autor, órgão(s) financiador(es) e endereço postal e eletrônico de um dos autores para correspondência;

2. Anexar em Documento Original o texto completo: iniciar com o título, sem referência a autoria, e acrescentar o resumo de no máximo 250 palavras, com versão português, inglês(Abstract) e espanhol (Resumen). As palavras RESUMO, ABSTRACT E RESUMEN devem ser grafadas em negrito e com todas as letras em maiúsculas. Grafar corretamente: Palavras - chave, Keywords e Palavras - clave. Trabalhos em espanhol ou em inglês devem também apresentar resumo em português. Palavras - chave (3 a 5) extraídas do vocabulário DECS (Descritores em Ciências da Saúde / <http://decs.bvs.br>) para os resumos em português e do MESH (MedicalSubjectHeadings/ www.nlm.nih.gov/mesh) para os resumos em inglês. A 2ª, 3ª e 4ª palavras - chave devem ser escritas com letras minúsculas e separadas por ponto.

O título do trabalho contendo no máximo 15 palavras, sem referência à autoria e início do texto com parágrafos alinhados nas margens direita e esquerda, observando a sequência: introdução - conter justificativa e citar os objetivos no último parágrafo; material e métodos; resultados, discussão, conclusão ou considerações finais (opcional) e referências.

Preferencialmente, qualquer tipo de trabalho submetido (exceto artigo de revisão) deverá listar até 30 fontes.

As referências no corpo do texto deverão ser numeradas em sobrescrito, consecutivamente, na ordem em que forem mencionadas a primeira vez no texto.

As referências devem aparecer no final do trabalho, listadas pela ordem de citação, alinhadas apenas à esquerda da página, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos/ Vancouver), disponíveis em <http://www.icmje.org> ou <http://www.abec-editores.com.br>.

Quando os autores forem mais de seis (6), indicar apenas os seis primeiros, acrescentando a expressão et al.

Exemplos:

a) LIVRO Acha PN, Szyfres B. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. 2ª ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1989.

b) CAPÍTULO DE LIVRO Almeida JP, Rodriguez TM, Arellano JLP. Exantemas infecciosos infantiles. In: Arellano JLP, Blasco AC, Sánchez MC, García JEL, Rodríguez FM, Álvarez AM, editores. Guía de autoformación en enfermedades infecciosas. Madrid: Panamericana; 1996. p. 1155-68. c) ARTIGO Azevêdo ES, Fortuna CMM, Silva KMC, Sousa MGF, Machado MA, Lima AMVMD, et al. Spread and diversity of human populations in Bahia, Brazil. Human Biology. 1982;54:329-41. d) TESE E DISSERTAÇÃO Britto APCR. Infecção pelo HTLV-I/II no estado da Bahia [Dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 1997. e) RESUMO PUBLICADO EM ANAIS DE CONGRESSO Santos-Neto L, Muniz-Junqueira I, Tosta CE. Infecção por Plasmodium vivax não apresenta disfunção endotelial e aumento de fator de necrose tumoral- α (FNT- α) e interleucina-1 β (IL-1 β). In: Anais do 30º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Salvador, Bahia; 1994. p. 272. f) DOCUMENTOS EXTRAÍDOS DE ENDEREÇO DA INTERNET Autores ou sigla e/ou nome da instituição principal. Título do documento ou artigo. Extraído de [endereço eletrônico], acesso em [data].

Exemplo: Comissão de Residência Médica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia. Regimento Interno da Coreme. Extraído de [<http://www.hupes.ufba.br/coreme>], acesso em [20 de setembro de 2001]. Não incluir nas Referências material não-publicado ou informação pessoal. Nestes casos, assinalar no texto: (i) Antunes Filho FF, Costa SD: dados não-publicados; ou (ii) Silva JA: comunicação pessoal, 1997. Todavia, se o trabalho citado foi aceito para publicação, incluí-lo entre as referências, citando os registros de identificação necessários (autores, título do

trabalho ou livro e periódico ou editora), seguido da expressão latina In press e o ano.

Quando o trabalho encaminhado para publicação tiver a forma de relato de investigação epidemiológica, relato de fato histórico, comunicação, resumo de trabalho final de curso de pós-graduação, relatórios técnicos, resenha bibliográfica e carta ao editor, o(s) autor(es) deve(m) utilizar linguagem objetiva e concisa, com informações introdutórias curtas e precisas,

delimitando o problema ou a questão objeto da investigação. Seguir as orientações para referências, ilustrações e tabelas.

As notas explicativas são permitidas, desde que em pequeno número, e devem ser ordenadas por letras minúsculas em sobrescrito.

3. Os agradecimentos, quando necessários, e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto científico deve ser anexado em Documentos Suplementar.

4. Documento Suplementar

TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS Obrigatoriamente, os arquivos das ilustrações (quadros, gráficos, fluxogramas, fotografias, organogramas etc.) e tabelas devem encaminhados em arquivo independentes; suas páginas não devem ser numeradas. Estes arquivos devem ser compatíveis com processador de texto “Word for Windows” (formatos: PICT, TIFF, GIF, BMP). O número de ilustrações e tabelas deve ser o menor possível. As ilustrações coloridas somente serão publicadas se a fonte de financiamento for especificada pelo autor. Na seção resultados, as ilustrações e tabelas devem ser numeradas com algarismos arábicos, por ordem de aparecimento no texto, e seu tipo e número destacados em negrito (e.g. “[...] na Tabela 2 as medidas [...]). No corpo das tabelas, não utilizar linhas verticais nem horizontais; os quadros devem ser fechados. Os títulos das ilustrações e tabelas devem ser objetivos, situar o leitor sobre o conteúdo e informar a abrangência geográfica e temporal dos dados, segundo Normas de Apresentação Tabular do IBGE (e.g.: Gráfico 2. Número de casos de AIDS por região geográfica – Brasil – 1986-1997).

Ilustrações e tabelas reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição após o título. **ÉTICA EM PESQUISA** Trabalho que resulte de pesquisa envolvendo seres humanos ou outros animais deve vir acompanhado de cópia escaneada de documento que ateste sua aprovação prévia por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), além da referência na seção Material e Métodos.

TEXTO CIENTÍFICO - ESTRUTURA

RESUMO São publicados resumos em português, espanhol e inglês. O Resumo deverá, obrigatoriamente, em ambos os estudos (qualitativo e/ou quantitativo), ser estruturado, isto é: ser subdividido com os seguintes itens: Introdução sobre o objeto do estudo, seguido do objetivo do estudo; Material e Métodos; Resultados; Conclusões e/ou Considerações Finais. O Resumo/Abstract deve ser escrito de forma clara e sucinta, utilizando-se espaço simples, sem parágrafo, contendo entre 200 e 250 palavras.

ESTRUTURA DO TEXTO

Título do trabalho contendo no máximo 15 palavras, sem referência à autoria e início do texto com parágrafos alinhados nas margens direita e esquerda (justificados). O artigo deve ser recorrido observando-se a sequência:

Introdução: Conter justificativa e citar os objetivos no último parágrafo;

Material e Métodos: Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada.

Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados: Devem ser apresentados em uma seqüência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão: A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Conclusão ou Considerações Finais: devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências: Qualquer tipo de trabalho encaminhado (exceto artigo de revisão) deverá listar até 30 fontes. As referências no corpo do texto deverão ser numeradas em sobrescrito, consecutivamente, na ordem em que forem mencionadas a primeira vez no texto. As notas explicativas são permitidas, desde que em pequeno número, e devem ser ordenadas por letras minúsculas em sobrescrito.

As referências devem aparecer no final do trabalho, listadas pela ordem de citação, alinhadas apenas à esquerda da página, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos/ Vancouver), disponíveis em <http://www.icmje.org> ou <http://www.abec-editores.com.br>.

Quando os autores forem mais de seis (6), indicar apenas os seis primeiros, acrescentando a expressão et al.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es). No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote) e outros, o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, sejam interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

Agradecimentos: Quando houver este item, deve ser reservado para citação de pessoas que prestaram ajuda técnica, mas que não foram caracterizadas como co-autoras, ou instituições financiadoras e de apoio de outros recursos.

COLABORADORES

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados;
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
3. Revisão e /ou Aprovação final da versão a ser publicada;
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

Julgamento: os artigos submetido à Revista será primeiramente apreciado pelo corpo de Editores Associados membros da RBSP nos seus aspectos gerais e normativos. Havendo alguma irregularidade será devolvido aos autores para correção. Não constatando irregularidades, será encaminhado aos consultores externos para apreciação especializada do conteúdo. Os pareceres dos consultores serão encaminhados aos respectivos autores para eventuais ajustes. Excepcionalmente, quando se tratar de assunto muito especializado, os autores poderão sugerir, à Editoria Executiva da Revista dois consultores com reconhecimento nacional ou internacional e que sejam externos às suas respectivas instituições.

Número Temático: um número temático geralmente contém as seguintes categorias de trabalhos científicos: (1) dez artigos inéditos sobre o assunto em seus mais diferentes aspectos, devendo-se observar os requisitos mínimos para descrever a metodologia utilizada; (2) algum texto de opinião que contemple o livre pensar de alguém importante da área e que tem domínio intelectual sobre o tema ou uma entrevista; (3) uma ou mais resenhas de livros sobre a questão; (4) relato de experiência, que apresente experiências inovadoras.

Modalidades

Os números temáticos atualmente entram na pauta pelas seguintes modalidades de demanda:

- Solicitação, em ofício, enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores), quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Solicitação, em ofício, po meio de dirigentes da instituição SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, a solicitação é avaliada em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista..
- Por Organização Interna dos próprios Editores-Chefe, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O que deve conter na Solicitação

O ofício deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do dirigente solicitante ou professor; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta sob a perspectiva dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez a dezesseis artigos propostos já com nomes dos autores; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema; (7) equipe da instituição responsável pela organização interna do número temático proposto, com discriminação do nome completo, e-mail e telefone.

Recomendações

Por decisão editorial, o máximo de artigos assinados por um mesmo autor no número temático não deve ultrapassar três a cinco, seja como primeiro autor.

Sugere-se fortemente aos organizadores do número temático que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais que trabalham sobre o tema. Nesses números se aceita colaboração em português, inglês e espanhol.

Observação: Para as edições temáticas, aceita-se colaboração de autores em outros idiomas

**ANEXO B – RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PERNAMBUCANOS SEGUNDO
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE.**

GERES	MUNICÍPIOS
I	Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão.
II	Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro, Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente do Lério, Vicência.
III	Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu.
IV	Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Felix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Uma, São Caetano, São Joaquim

	do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes.
V	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçados, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmerina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha.
VI	Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manarí, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa.
VII	Belém do São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova, Verdejante.
VIII	Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina, Santa Maria da Boa Vista.
IX	Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade.
X	Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Igaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira, Tuparetama.
XI	Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada, Triunfo.
XII	Goiana, Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, São Vicente Ferrer, Timbaúba.