

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Nathalia Letícia Souza Oliveira Espíndula

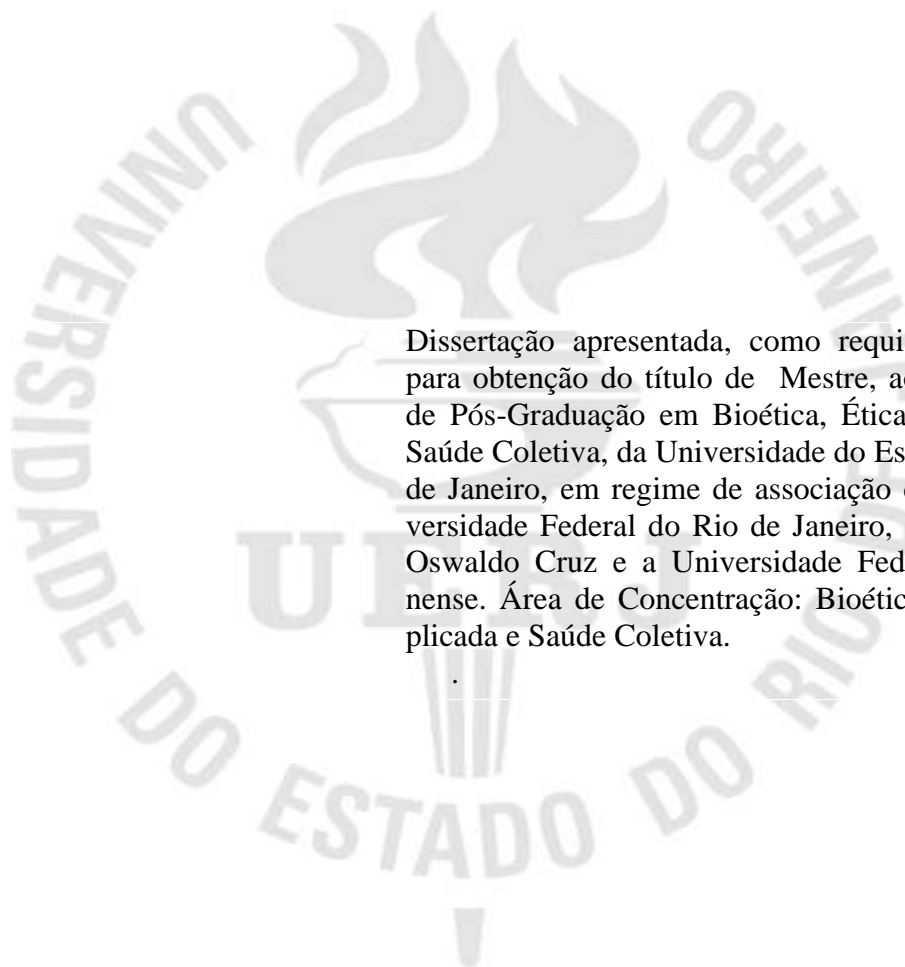
**Judicialização do direito à saúde na encefalopatia crônica não progressiva
no Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2023

Nathalia Letícia Souza Oliveira Espíndula

**Judicialização do direito à saúde na encefalopatia crônica não progressiva
no Rio de Janeiro**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. Área de Concentração: Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dra Eloá Carneiro Carvalho

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

E77 Espíndula, Nathalia Letícia Souza Oliveira
Judicialização do direito à saúde na encefalopatia crônica não progressiva no Rio de Janeiro / Nathalia Letícia Souza Oliveira Espíndula.– 2023.
108 f.

Orientadora: Eloá Carneiro Carvalho

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense.

1. Judicialização da saúde - Rio de Janeiro -Teses. 2. Direito à saúde - Teses. 3. Sistema Único de Saúde - Teses. 4. Bioética – Teses. 5. Políticas públicas – Teses. 6. Encefalopatia crônica – Teses. I. Carvalho, Eloá Carneiro. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 351.94:61(815.3)

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Nathalia Letícia Souza Oliveira Espíndula

Judicialização do direito à saúde na encefalopatia crônica não progressiva no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. Área de Concentração: Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em: 27 de abril de 2023.

Banca Examinadora:

Prof^ª Dra. Eloá Carneiro Carvalho (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof^ª Dra. Cristiane Maria Amorim Costa
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof^ª Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação ao Rafael Espíndula, meu marido, em quem encontrei apoio e incentivo durante toda a elaboração da pesquisa. Você foi essencial para essa conquista.

AGRADECIMENTOS

Certamente ao fim dessa jornada existe um cansaço, mas há também grande contentamento e emoção com o resultado alcançado.

Foram momentos de dedicação, de busca pelo conhecimento não só para a construção da dissertação, porém também em todas as disciplinas cursadas pelo Programa de Pós – Graduação em Bioética, Ética Aplica e Saúde Coletiva – PPGBIOS.

Agradeço profundamente a minha orientadora Prof.^a Dra Eloá Carneiro Carvalho que esteve sempre atenta às minhas angustias e também ter contribuído para a construção desta pesquisa.

A minha família que sempre me dá incentivo para continuar.

Ao Eterno que sempre será meu guia.

RESUMO

ESPÍNDULA, Nathalia Letícia Souza Oliveira. **Judicialização do direito à saúde na encefalopatia crônica não progressiva no Rio de Janeiro**. 2023. 108 f. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação, em regime de associação Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal Fluminense e da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado na implementação de políticas econômicas e sociais que visem à redução de agravos na saúde da população. Nesse sentido, foi estabelecido o dever do Estado na formulação de políticas públicas para a garantia da provisão e da manutenção do acesso à saúde gratuita a todos que dela necessitem. Entretanto, observa-se no Brasil uma crescente demanda da judicialização do direito à saúde, a qual se configura pela necessidade de recorrer ao Poder Judiciário para garantir o cumprimento deste direito. Nesta perspectiva, o presente estudo delineou como objetivo geral analisar os processos judiciais relacionados ao tratamento por especialidade dos pacientes com encefalopatia crônica não progressiva. E como objetivos específicos caracterizar o perfil dos sujeitos envolvidos nas demandas judiciais relativas às pessoas com o diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, identificar as razões que levaram às demandas judiciais da saúde relativas às pessoas como diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, descrever o desfecho das demandas judiciais relacionadas à assistência em saúde dos indivíduos com encefalopatia crônica não progressiva, explicitar o momento que a decisão atendeu ao pedido da demanda judicial, identificar as possíveis violações aos princípios do SUS e bioéticos nas demandas judiciais em análise. Trata-se de uma pesquisa documental realizada em base de dados secundários, com uma abordagem analítica, descritiva e retrospectiva em que se analisaram os processos judiciais de inteiro teor do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Como resultado da pesquisa foram analisados 30 processos judiciais relativos ao tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva. Dentre os principais achados, averigou-se que a distribuição da amostra por sexo era majoritariamente masculina. Dentre os locais de residência dos demandantes havia diferentes municípios do Estado do Rio de Janeiro, entre eles Campos dos Goytacazes, Itaperuna, Rio das Ostras, São João da Barra, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Teresópolis, Carmo, Casimiro de Abreu, Duque de Caxias, Iguaba Grande, Itaboraí, Itaguaí, Paracambi, Sapacuaia e Saquarema. Se constatou que 60% dos demandantes em questão possuíam algum outro diagnóstico além da encefalopatia crônica não progressiva. Em relação à distribuição dos serviços requeridos verificou-se que 67% deles estão disponíveis no SUS. Finalmente, notou-se que em 76% dos processos analisados houve violações nos princípios do SUS e nos princípios da Bioética sob a perspectiva de Beauchamp e Childress. Por derradeiro, concluiu-se que a judicialização da saúde é uma forma efetiva de exercer a cidadania na atualidade diante da omissão do Poder Executivo e Legislativo frente às demandas sociais sobre a saúde. Nota-se também que é preciso repensar o cuidado em saúde da pessoa com deficiência com encefalopatia crônica não progressiva e isso só será possível através da elaboração de novas políticas públicas para essa população.

Palavras-chave: Direito à saúde. Judicialização da saúde. Sistema Único de Saúde. Paralisia cerebral. Acesso ao tratamento.

ABSTRACT

ESPÍNDULA, Nathalia Letícia Souza Oliveira. **Judicialization of the right to health in chronic non-progressive encephalopathy in Rio de Janeiro**. 2023. 108 f. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação, em regime de associação Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal Fluminense e da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

The Brazilian Federal Constitution of 1988 established health as a right for all and a duty of the State in the implementation of economic and social policies aimed at reducing health problems for the population. In this sense, the State's duty was established in the formulation of public policies to guarantee the provision and maintenance of access to free healthcare for all who need it. However, in Brazil there is a growing demand for the judicialization of the right to health, which is configured by the need to resort to the Judiciary to guarantee the fulfillment of this right. specialty of patients with chronic non-progressive encephalopathy. And as specific objectives, to characterize the profile of the subjects involved in lawsuits related to people with a diagnosis of chronic non-progressive encephalopathy, to identify the reasons that led to the legal demands of health regarding people with a diagnosis of chronic non-progressive encephalopathy, to describe the outcome of the legal demands related to health care for individuals with chronic non-progressive encephalopathy, explain the moment that the decision met the request of the judicial demand, identify possible violations of the principles of the SUS and bioethics in the judicial demands under analysis. This is a documentary research carried out on a secondary data base, with an analytical, descriptive and retrospective approach in which the full content of judicial proceedings of the Court of Justice of Rio de Janeiro were analyzed. As a result of the research, 30 lawsuits related to the treatment by specialty for the person diagnosed with chronic non-progressive encephalopathy were analyzed. Among the main findings, it was found that the distribution of the sample by sex was mostly male. Among the places of residence of the plaintiffs were different municipalities in the State of Rio de Janeiro, including Campos dos Goytacazes, Itaperuna, Rio das Ostras, São João da Barra, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Teresópolis, Carmo, Casimiro de Abreu, Duque from Caxias, Iguaba Grande, Itaboraí, Itaguaí, Paracambi, Sapacuaia and Saquarema. It was found that 60% of the applicants in question had a diagnosis other than chronic non-progressive encephalopathy. Regarding the distribution of required services, it was found that 67% of them are available in the SUS. Finally, it was noted that in 76% of the processes analyzed there were violations of the principles of the SUS and the principles of Bioethics from the perspective of Beauchamp and Childress. Lastly, it was concluded that the judicialization of health is an effective way of exercising citizenship today, given the omission of the Executive and Legislative branches in relation to social demands on health. It is also noted that it is necessary to rethink the health care of people with disabilities with chronic non-progressive encephalopathy and this will only be possible through the development of new public policies for this population.

Keywords: Right to health. Health Judicialization. Unified Health System. Cerebral palsy. Access to treatment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Classificação da encefalopatia crônica não progressiva da infância, de acordo com a topografia acometida.....	30
Figura 2 -	Exemplificação do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa.....	31
Figura 3 -	Mapa do estado do Rio de Janeiro dividido em regiões de saúde.....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Processos judiciais com a demanda para tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021.....	50
Quadro 2-	Fundamentos da contestação para a não concessão do Método Therasuit, nos processos judiciais de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021.....	53
Quadro 3-	Número, ano de distribuição e data do desfecho dos processos judiciais de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro de 2016 a Maio de 2021.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição por sexo dos sujeitos envolvidos nas demandas para tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva judiciais, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021.....	50
Tabela 2 -	Distribuição por local de residência dos autores dos processos de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021.....	51
Tabela 3 -	Frequência dos diagnósticos elencados nos processos judiciais de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021.....	51
Tabela 4 -	Frequência dos diagnósticos elencados nos processos judiciais de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021.....	52
Tabela 5 -	Distribuição dos tratamentos solicitados nos processos judiciais de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021.....	52
Tabela 6 -	Frequência das razões recursais utilizadas pelos entes federados nos processos judiciais de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021.....	54
Tabela 7 -	Distribuição das justificativas utilizadas pelos autores para a concessão do direito à saúde requerido, nos processos judiciais de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CDPD	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CF	Constituição Federal
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EC	Emenda Constitucional
ECNP	Encefalopatia Crônica Não Progressiva
GMFCS	Sistema de Classificação da Função Motora Grossa
STF	Supremo Tribunal Federal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
RCL	Receita Corrente Líquida
SNC	Sistema Nervosa Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapia Ocupacional

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	REFERENCIAL TEÓRICO	18
1.1	Contextualizando o sistema de saúde antes da reforma sanitária	18
1.2	Reforma Sanitária Brasileira	21
1.3	Princípio da Dignidade da Pessoa Humana	23
1.4	O Mínimo Existencial e a Reserva do Possível	25
1.4.1	<u>Mínimo Existencial</u>	24
1.4.2	<u>Reserva do Possível</u>	26
1.4.3	<u>Mínimo existencial versus a reserva do possível</u>	26
1.5	Pessoa com deficiência – encefalopatia crônica não progressiva	27
1.6	Fenômeno da judicialização do direito à saúde	31
1.7	Determinantes sociais da saúde e acesso à justiça	36
1.8	O Poder Judiciário e seus limites de atuação	37
1.9	Ativismo Judicial e Judicialização	40
1.10	Contextualização da saúde no Estado do Rio de Janeiro	42
2	PERCURSO METODOLÓGICO	45
2.1	Tipo de estudo	45
2.2	Local de pesquisa	46
2.3	Critérios de inclusão e exclusão	46
2.4	Amostra	46
2.5	Procedimentos éticos do estudo	47
2.6	Instrumento para a coleta de dados	47
2.7	Tratamento e análise dos dados	48
3	RESULTADOS	49
4	DISCUSSÃO	59
	CONCLUSÃO	88
	REFERÊNCIAS	91
	GLOSSÁRIO	102
	APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados	103
	APÊNDICE B – Tabelas para organização dos dados	104

INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil, antes da criação e implementação do Sistema Único da Saúde (SUS), não era considerada como um direito universal para todos os brasileiros, se limitava a ações diante de endemias ou exclusivamente para o cidadão com vínculo empregatício comprovado em carteira de trabalho (PAIM, 2009).

Esse período foi marcado pela divisão desigual da sociedade entre ricos e indigentes. Os ricos tinham condições financeiras de arcar com o próprio atendimento de saúde e os com vínculo empregatício formal acessavam os serviços de saúde ofertados pela previdência pública. Já os ditos indigentes, àqueles sem vínculo com emprego formal, buscavam a caridade ou os programas seletivos de saúde pública para o atendimento eventual (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

No ano de 1988 foi promulgada a 8ª Constituição Federal brasileira (CF), nomeando novos parâmetros a serem seguidos pelo Estado no escopo da saúde pública (BRASIL, 1988).

A garantia de saúde passa a ser compreendida pela inter-relação entre determinantes sociais como a alimentação, a educação, a moradia, a previdência social, a segurança, o emprego, o lazer, etc (BRASIL, 1988). Para tanto, a Constituição estabeleceu o dever do Estado na formulação de políticas públicas para a garantia da provisão e da manutenção do acesso à saúde gratuita a todos que dela necessitem, sem discriminação (BRASIL, 1988). Isso pode ser compreendido a partir do artigo 196 que declara:

“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, p. 118, 1988).

Para que esse direito seja usufruído pelos cidadãos foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, a partir de 1988 toda a população brasileira passou a ter acesso aos serviços de saúde através do SUS (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019), considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo, com serviços desde o atendimento ambulatorial até os mais complexos, como as cirurgias (NASCIMENTO; PACHECO, 2020).

O SUS é constituído por serviços e ações administradas nos três níveis de governo: o municipal, o estadual e o federal e ainda conta com os serviços privados para a sua complementação. No artigo 198 da Constituição Federal é declarado que o SUS é um conjunto de serviços públicos integrados que deve ser organizado de maneira hierarquizada e regionali-

zada através de três pilares: a descentralização, onde cada nível de governo tem sua direção única; atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, o SUS é guiado pelos princípios doutrinários, ou seja, aqueles que expressam a ideologia do sistema de saúde, a saber: a universalidade, a integralidade e a equidade. Além de ter também os princípios organizacionais que determinam o modo de operacionalização do SUS, sendo eles: a hierarquização, a regionalização, a participação popular e a descentralização (BRASIL, 1988).

Em relação aos princípios doutrinários, a universalidade determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação têm o direito ao acesso às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

A integralidade possui um caráter polissêmico, pois considera a pessoa como um todo, garantindo que todas as suas necessidades sejam sanadas. Como também, que a oferta de serviços de saúde deve ocorrer de maneira contínua e articulada, a fim de garantir ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1988).

O princípio de equidade tem como premissa reduzir as disparidades sociais presentes no país. Para tanto, reconhece as necessidades individuais e de grupos sociais minoritários e oferece serviços de saúde como meio para reduzir as injustiças sociais (BRASIL, 1988).

O pleno exercício do SUS se deu em 1990, após a criação da lei 8.080, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e tem como objetivo definir as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços (BRASIL, 1990).

A partir disso, outras leis do SUS foram publicadas, todas com o objetivo de regulamentar o que foi disposto na Constituição de 1988 (BRASIL, 1990). Entretanto, por mais que o SUS seja um serviço implementado e consolidado no Brasil, se faz necessário fiscalizá-lo e qualificá-lo a fim de garantir seu funcionamento em benefício da população.

Além do direito universal à saúde, a CF de 1988 traz muitas novidades, tais como o Estado democrático brasileiro, novos moldes políticos, administrativos, institucionais e os direitos sociais (BRASIL, 1988).

Os direitos sociais são divididos em três esferas: fundamentais, sociais e econômicas. Percebe-se uma expansão dos direitos sociais com destaque ao que é expresso em relação à saúde como direito salvaguardado a todo cidadão e dever do Estado amparar a todos sem qualquer discriminação (ANJOS et al. 2021; DE CARVALHO et al. 2020).

Nessa esteira, o SUS é considerado uma vitória na história da democracia, visto que assegura direitos sociais à população. Contudo, ainda há muito a se fazer na sua implementação, pois existem fragilidades no sistema acarretando prejuízos à população (ANJOS et al.,

2021).

Nessa lógica, ressalta-se que historicamente o SUS é marcado pelos desafios impostos pelo financiamento público adequado para garantir o direito à saúde. No texto da CF de 1988 é disposto que o financiamento do SUS seria realizado pelo orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios e outras fontes (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019). Contudo, só no ano 2000 com a Emenda Constitucional (EC) nº 29 é que foi acordada a obrigação das três esferas do governo no financiamento do SUS e determinadas as fontes estáveis na tentativa de evitar crises. Nesse momento, os Estados passaram a ter a obrigação de aplicar a porcentagem mínima de 12% de sua receita de impostos, os municípios 15% e a União o valor aplicado no ano anterior com correção pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

No ano de 2015, a EC nº 86 determinou a obrigatoriedade da execução das emendas parlamentares individuais e instituiu que os recursos federais mínimos para a saúde começariam a ser calculados com base na Receita Corrente Líquida (RCL) da União, começando por 13,2% em 2016, para alcançar 15% em 2020 (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

Portanto, a EC nº 29 determina o início da vinculação orçamentária da saúde, contribuindo para o aumento dos recursos aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), que em 2000 tinha 2,9% do PIB, em 2017 aumentou para 4,1% do PIB. Este ocorrido foi em consequência da vinculação das receitas municipais e estaduais, que anteriormente se concentravam apenas na União (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

Todavia, o fato é que o SUS nunca possuiu o nível de financiamento compatível para os sistemas universais e que conseguisse garantir os princípios estabelecidos na Constituição de 1988 (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

No Brasil, o gasto em saúde fica por volta de 8% do PIB, sendo metade composto por gastos privados. Evidências internacionais apontam que para a universalização dos sistemas de saúde se deve comprometer gastos públicos iguais ou superiores a 70% para o setor, mas o Brasil se posiciona mais de 20 pontos abaixo do esperado (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

Nesse sentido, observa-se no atual cenário da saúde no Brasil uma crescente demanda de ações judiciais contra o Estado (LIMA; MALUF, 2018). Essa demanda é denominada judicialização do direito à saúde e se configura pela necessidade de recorrer ao Poder Judiciário para garantir o acesso a tratamentos, medicamentos e leitos anteriormente negados.

O fenômeno da judicialização da saúde também está presente no acesso a tratamentos por especialidade de pessoas com deficiência, devido à dificuldade de acesso aos bens e servi-

ços de saúde, sendo, portanto, importante refletir sobre o atendimento à pessoa com deficiência no SUS e seus impactos sociais.

O relatório mundial sobre deficiência realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais de 1 bilhão de pessoas possui alguma forma de deficiência, algo em torno dos 15% da população mundial baseado no censo de 2010. Pontua que o número de pessoas com alguma deficiência tende a crescer em consequência do envelhecimento da população, tendo em vista a elevação das condições crônicas de saúde associadas à deficiência, a exemplo, a diabetes, as doenças cardiovasculares e as doenças mentais (OMS, 2012).

A Organização das Nações Unidas (ONU), na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), realizada em 2006, em seu artigo 1º define o que é deficiência, como segue:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU, p.16, 2006).

Tal definição demonstra que a pessoa com deficiência se depara com barreiras incapacitantes em variadas esferas, ou seja, tais barreiras estão na elaboração de políticas públicas ineficazes para essa população; barreiras atitudinais que são perspectivas excludentes à pessoa com deficiência que parte de uma ótica individual, estrutural e social; barreiras ambientais que negligenciam a participação social (BRASIL, 2007).

Nessa perspectiva, se evidencia que a deficiência é uma interação entre pessoas com deficiência e as barreiras que impedem a ampla participação social destes sujeitos na sociedade nas mesmas condições que os demais (BRASIL, 2007).

A encefalopatia crônica não progressiva é a deficiência mais comum na infância, possuindo a prevalência de 2,1 casos para 1000 nascidos vivos (PEREIRA, 2018). Ocorre devido a lesões no cérebro ainda imaturo, ocasionando alterações neurológicas que afetam o desenvolvimento infantil tanto nos aspectos sensório-motores quanto cognitivos. O quadro clínico engloba um grupo heterogêneo de condições clínicas que demonstram a disfunção motora central sendo percebidas alterações no tônus, na postura e nos movimentos (PEREIRA, 2018).

A motivação para pesquisar o fenômeno da judicialização da saúde na perspectiva de demandas judiciais acerca de pacientes com paralisia cerebral, surgiu pela minha experiência prática no campo da neuropediatria enquanto terapeuta ocupacional. Minha prática clínica

ainda é breve, e acontece em clínica particular. Observo no contexto geral famílias partindo para as demandas judiciais a fim de conseguir atendimento para a habilitação e reabilitação do paciente.

A partir do exposto, trago a justificativa fundamentada no campo científico.

Como dito anteriormente, há um elevado número de pessoas com algum tipo de deficiência (OMS, 2012). Contudo, não existem estudos estatísticos suficientes voltados para a pessoa com deficiência, o que acarreta na não formulação e implementação de políticas públicas para essa população (BOWONIUK WIEGAND; LEAL DE MEIRELLES, 2019).

O Brasil é um país fortemente marcado pelos processos de desigualdade social, por isso se torna importante repensar o acesso ao direito à saúde de pessoas com deficiência (BOWONIUK WIEGAND; LEAL DE MEIRELLES, 2019).

Nota-se que o processo de inclusão das pessoas com deficiência acontece de maneira gradual e deve-se reconhecer que essa população por muitos anos ficou desassistida. Logo, a elaboração de políticas públicas se faz necessário para a garantia dos direitos constitucionais (BRASIL, 2012).

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) é um marco no resguardo dos direitos sociais. Essa lei assegura e promove a igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais pela pessoa com deficiência, visando a inclusão social e cidadania. Corroborando para o acesso à saúde como direito fundamental e determinando a acessibilidade em todos os locais e serviços (BRASIL, 2015).

Também é importante lembrar que em 2002 foi publicada a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, esta política do Ministério da Saúde estabelece como propósitos gerais:

proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências (BRASIL, p. 1, 2002).

Contudo, por mais que haja um movimento político para assegurar o acesso à saúde, ainda observa-se desvantagens vivenciadas pelas pessoas com deficiência ao acesso ao SUS, o que as leva muitas vezes a recorrerem ao poder judiciário na tentativa de conseguir o que lhes foi negado.

Dessa forma, esse estudo se justifica porque apresenta relevância social e política, pois tangente na defesa do direito ao acesso à saúde, na formulação e implementação de políticas públicas e na compreensão da complexidade implícita no processo de judicialização.

Este é um debate técnico-científico, humanístico, político e filosófico importante, mas

que, no plano das relações sociais concretas que se produzem no cotidiano, não resolve de imediato e traz como problema as seguintes questões: o que as pessoas com deficiência, em especial as com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, fazem quando não têm acesso à saúde? Se a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, o que fazer quando não se tem acesso a ela?

A fim de responder as questões levantadas foram elencados os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

Analisar os processos judiciais relacionados ao tratamento por especialidade dos pacientes com encefalopatia crônica não progressiva atendidos pelo SUS.

Objetivos específicos:

- 1) Caracterizar o perfil dos sujeitos envolvidos nas demandas judiciais relativas às pessoas com o diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva;
- 2) Identificar as razões que levaram às demandas judiciais da saúde relativas às pessoas com o diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva;
- 3) Descrever o desfecho das demandas judiciais relacionadas à assistência em saúde dos indivíduos com encefalopatia crônica não progressiva;
- 4) Explicitar o momento que a decisão atendeu o pedido da demanda judicial;
- 5) Identificar as possíveis violações aos princípios do SUS e bioéticos nas demandas judiciais em análise.

A partir desse contexto, destaca-se que este trabalho traz como contribuição uma reflexão de base científica sobre a judicialização realizada por pessoas com encefalopatia crônica não progressiva, a fim de assegurar seu direito à saúde. Para tanto discutiu-se até que ponto a judicialização é um problema na gestão ou uma solução imediata na garantia dos direitos constitucionais como reflexo do exercício da cidadania.

A base teórico-conceitual deste estudo foi ancorada no princípio da dignidade da pessoa humana. E o pressuposto teórico defendido foi que a judicialização se dá quando há omissão do executivo e do legislativo no que tange o direito à saúde das pessoas com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, principalmente em relação à universalidade do acesso e à integralidade no atendimento.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Contextualizando o sistema de saúde antes da reforma sanitária

O sistema de saúde se caracteriza por um conjunto de agências e agentes com o objetivo de garantir a saúde aos cidadãos. As instituições e os profissionais da saúde formam o sistema de saúde. As agências são instituições públicas ou privadas, governamentais ou não que visam a promoção, a proteção e a reabilitação dos usuários. Os agentes são os profissionais ou trabalhadores da área (PAIM, 2015).

Atualmente, a grande parte dos profissionais de saúde no Brasil tem dupla vinculação estando inseridos tanto no setor público quanto no privado, isso acarreta consequências para a gestão do sistema público de saúde, pois se nota a intenção de reprodução da lógica privada no sistema público, onde há a cobrança de procedimentos por preço tabelado ou fixado pelo mercado (PAIM, 2015).

Há de se observar que em todos os sistemas de saúde do mundo ocorrem problemas para a implementação e gerenciamento. Os serviços se relacionam com o tipo de proteção social adotado pelos países. Nesse sentido, existem três tipos que se destacam, a saber: a seguridade social, o seguro social e a assistência (PAIM, 2015).

O seguro social (ou meritocrático) tem como características: ser universal; serviços garantidos aos contribuintes da previdência social; controlado pelo Estado. Esse modelo pode ser observado na Alemanha, França e Suíça (PAIM, 2015).

A seguridade social tem como delimitações seu caráter universal; vinculação à condição de cidadão; financiamento através das contribuições e impostos. E pode ser encontrado na Inglaterra, no Canadá, em Cuba e na Suécia (PAIM, 2015).

A assistência (ou residual) atende àqueles que comprovadamente vivem em condição de pobreza; o mercado é responsável pelo o atendimento à saúde; o Estado não tem livre interferência sobre as ações. Esse modelo de assistência é estabelecido nos Estados Unidos (PAIM, 2015).

O Brasil, na década de 1920, adotou um sistema de proteção social baseado no seguro social tendo representação inicial pelas caixas de aposentadorias e pensões, posteriormente substituídos pelos institutos (PAIM, 2015). Mais adiante, em 1988, a Constituição Federal

optou pelo sistema de seguridade social, neste modelo, a saúde é livre à iniciativa privada, observando que seu financiamento não é majoritariamente público (PAIM, 2015).

No Brasil, após a proclamação da república as ações de saúde passaram a ser competência dos estados. Contudo, notadamente se observava a omissão pública frente ao dever de resguardar aos seus cidadãos o acesso à saúde (PAIM, 2015).

Historicamente, no período denominado como a República Velha (1889 – 1930), se tinha a concepção liberal na qual o Estado intervia somente quando o indivíduo ou a iniciativa privada não conseguia a resolutividade da situação de saúde (PAIM, 2015). Nesse período, havia um desarranjo quanto à delimitação das competências das organizações sanitárias, suas atuações eram estagnadas e pouco assertivas, onde se notava que diferentes serviços tinham o mesmo objetivo e trabalho. Isso acarretou no desperdício de recursos financeiros como também na não resolutividade dos problemas de saúde (PAIM, 2015). Este modelo de serviço construído ao longo do século XX fragmentava as ações de saúde pública e as de assistência médico-hospitalar (PAIM, 2015).

No início do século XX, houve um surto de epidemias de febre amarela, peste e varíola, gerando uma repercussão negativa na economia agroexportadora, este fato propiciou o investimento do poder público no saneamento dos portos, na adoção de medidas sanitárias, no combate a vetores e na vacinação obrigatória (PAIM, 2015).

Em 1910, ocorreu um movimento pela alteração da organização sanitária brasileira sendo coordenado por médicos e autoridades políticas e sanitárias, este cenário contribuiu para uma mudança na saúde pública brasileira, tendo como desdobramento mais à frente a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP e a organização de uma estrutura de serviços em áreas rurais (PAIM, 2015).

Vale lembrar que as campanhas de vacinação eram episódicas com foco em doenças específicas. Neste período não existia o Ministério da Saúde e as ações de saúde não tinham um caráter social. O órgão que coordenava a saúde pública tinha vínculo com o Ministério da Justiça e Negócios Interiores (PAIM, 2015).

Na segunda década do século XX, alguns movimentos foram feitos sobre os serviços médicos de empresas. Em São Paulo as empresas passaram a descontar 2% dos salários para serviços médicos. Na década seguinte houve a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP por Carlos Chagas, que passou a ser responsável pela profilaxia, propaganda sanitária, saneamento, higiene industrial, vigilância sanitária e controle de endemias. A previdência social surge neste momento, através das caixas de aposentadorias e pensões (Caps) e

após a aprovação da Lei Elói Chaves (1923) o acesso à assistência médica passou a ser assegurada aos trabalhadores com vínculo a essas caixas de aposentadorias (PAIM, 2015).

O desenvolvimento do sistema público de saúde caminhou em passos curtos, a proposta idealizada por Carlos Chagas abarcava a higiene industrial, mas sem considerar a saúde do trabalhador. A saúde ocupacional ou a saúde do trabalhador foi implantada apenas em 1930 com a criação do Ministério do Trabalho. Para tanto, considera-se que desde o início do século XX existem três subsistemas de saúde no Brasil: a saúde pública, a medicina do trabalho e a medicina previdenciária (PAIM, 2015).

Existia no Brasil, neste modelo de assistência, um alto número de instituições e organizações – públicas ou privadas. As prestadoras de serviços abrangiam a mesma clientela levando a não assistência a milhões de pessoas excluídas e com serviços de baixa qualidade. O sistema de saúde era descrito em seis características: “insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente e ineficaz” (PAIM, p. 24, 2015).

O período da ditadura militar que teve início em 1964 e perdurou nos próximos 15 anos revela o caos instalado na saúde pública brasileira, sendo expressado pelo aumento considerável da mortalidade infantil por causas evitáveis associadas à desnutrição e à falta de saneamento básico (MATHIAS, 2018).

Em 1975, observava-se certo esforço da organização da saúde pública. Nesse ano, foi sancionada a lei nº 6.229 que criava o Sistema Nacional de Saúde definindo as competências atribuídas aos órgãos competentes. E foram implantados programas para a atenção em saúde em áreas rurais e o Sistema de Vigilância Epidemiológica (Lei nº 6.259/75) foi instituído separado da Vigilância Sanitária. Também ocorreu a criação de programas em outras áreas como na saúde materno-infantil e no locus da medicina previdenciária sendo criado em 1977 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com seus demais desdobramentos (PAIM, 2015).

Segundo Mathias (2018), um mito a ser esclarecido é a ideia de que todos os que possuíam a carteira assinada necessariamente faziam uso da previdência. Isto porque por mais que a classe média possuísse a carteira assinada e pudesse fazer uso da medicina previdenciária, ela optava por pagar pelos serviços de saúde, ou seja, a classe média não era atendida pelo setor público. A parcela da população que realmente dependia da medicina previdenciária era os pobres com salários baixos. Em dados, 56% da população recebia um salário mínimo ou menos, 19% entre um e dois salários mínimos (MATHIAS, 2018).

As desigualdades sociais e econômicas não foram superadas entre 1930 a 1980 mesmo com os esforços pela modernização capitalista, período marcado pela “industrialização em

segmentos estratégicos, no geral regimes autoritários, e escassa redistribuição social” (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, p. 144, 2017).

A política de saúde, neste período, tinha por direcionamento atuar no controle de doenças específicas; e dar assistência médica previdenciária aos trabalhadores com vinculação ao mercado formal urbano. Logo, nota-se também que grande parte da população não era assistida pela política de saúde vigente; o modelo de atenção era ineficaz e o setor privado prestava serviços para o Estado (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017). Este cenário contribuiu para insatisfações populares levando ao processo da reforma sanitária brasileira.

1.2 Reforma Sanitária Brasileira

Frente a um momento de grandes problemas sanitários e na democracia brasileira surge um movimento da sociedade civil em defesa da democracia, dos direitos sociais e para a implantação do SUS que culminou com a Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2015).

A Reforma Sanitária Brasileira ocorreu na segunda metade da década de 1970 tendo por direcionamento a defesa da democratização da saúde e a reestruturação dos seus serviços (PAIM, 2015; LINS; GUIMARÃES, 2016). O debate sobre a reforma do Estado se iniciou por partidos políticos de esquerda, visando mudanças na reconfiguração teórica e prática da política brasileira, adentrando em temas como a cidadania e a institucionalidade democrática, objetivando o fortalecimento das políticas públicas e a constituição das bases de um Estado do Bem-estar Social (FLEURY, 2009).

Esse movimento pela redemocratização da saúde teve a representação da sociedade civil, estudantil, instituições, profissionais da saúde e de pesquisadores. Segundo Lins e Guimarães (2016) estes segmentos tiveram papéis importantes na construção do movimento social. Os estudantes lideravam as discussões sobre a saúde comunitária. O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), considerado fundamental neste processo, tinha como papel a divulgação e a articulação com outros movimentos sociais. Os profissionais de saúde dirigiam as discussões sobre o desenho social durante o regime militar. A academia com seu campo de atuação na docência e pesquisa fornecia suporte teórico para as discussões (PAIM, 2015).

Em 1979, o Cebes apresentou o documento intitulado “A questão democrática na área da saúde” no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos

Deputados a qual expôs a proposta para a implantação do SUS, sendo justificado e fundamentado em princípios e diretrizes (PAIM, p. 25, 2015).

Em 1985, ao fim do regime militar, a Reforma Sanitária Brasileira conquistou três vitórias importantes em três vias estratégicas. A via parlamentar deliberou o direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e criou o SUS. A via técnico-constitucional constituiu um conjunto de políticas e programas de saúde. A via sociocomunitária assegurou a participação social através de conselhos e conferências de saúde (SOUZA et al., 2019).

Mais a frente, no ano de 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), sendo presidida por Sérgio Arouca, uma das personalidades mais importantes e emblemáticas da Reforma Sanitária Brasileira. A Conferência foi dirigida a partir de três pontos norteadores: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento, marcando a história da saúde no Brasil pelo fato de ter sido a primeira CNS aberta à sociedade civil e por seu relatório final inspirar o capítulo “Saúde” da Constituição Federal e mais tarde como desdobramento contribuir para a elaboração das Leis Orgânicas da Saúde - leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (PAIM, 2015; LINS; GUIMARÃES, 2016).

Segundo Fleury (2009), a Constituição Federal de 1988 marca uma mudança no modo de operação da proteção social brasileira. A seguridade social passa a avistar a universalização da cidadania, não mais limitando suas ações aos setores inseridos no mercado formal e atenua as regras quanto a contribuições e benefícios. Este modelo se fundamenta nos princípios de justiça social, logo os benefícios são ofertados àqueles que necessitam. Por conseguinte, a Reforma Sanitária Brasileira garantiu constitucionalmente o direito universal à saúde e institucionalizou o Sistema Único de Saúde (FLEURY, 2009).

1.3 Princípio da Dignidade da Pessoa Humana

A ideia de dignidade surgiu antes do século XX, e anteriormente não tinha relação com os direitos humanos ou fundamentais. Há duas linhas de diferenciação, o sentido pré-moderno e o sentido contemporâneo (FRIAS; LOPES, 2015).

O sentido pré-moderno de dignidade surgiu na Roma Antiga perpetuando até o surgimento do Estado Liberal, esta ideia se relacionava com o *status* social e a integridade moral (FRIAS; LOPES, 2015).

O sentido etimológico da palavra grega, dignidade, deriva do latim *dignitas*, que enuncia características da nobreza, demonstrando a autodeterminação, o poder, a superioridade (SILVA, 2010). Portanto, era uma ferramenta de classificação das classes sociais entre pessoas superiores e inferiores. Nem todos que constituíam a sociedade da época se enquadravam como sujeitos dignos (FRIAS; LOPES, 2015).

Já o sentido contemporâneo de dignidade tem 3 marcos fundamentais: (1) o marco religioso, resultado da tradição judaico-cristã; (2) o marco filosófico, tradição ligada ao Iluminismo; e (3) o marco histórico, a Segunda Guerra Mundial (FRIAS; LOPES, 2015).

O marco religioso se estabeleceu com a justificativa de que os seres humanos foram criados à imagem e semelhança de Deus (FRIAS; LOPES, 2015).

O marco filosófico fundamentado pelo filósofo Immanuel Kant no século XVIII, compreende o ser humano como detentor de autonomia, não sujeito a vontade exterior e que não se reduz às suas inclinações, mas que seu agir está baseado na razão e no dever (FRIAS; LOPES, 2015).

E por fim, o marco histórico, onde a dignidade da pessoa humana passa a ser pontuada em diversos documentos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - PIDESC (1976) e pelas constituições de Itália (1947, art. 3º), Alemanha (1949, art. 1º), Portugal (1976, art. 1º), Espanha (1978, art. 10), Grécia (1975, art. 7º), Peru (1979, art. 1º), Chile (1980), Paraguai (1992, art. 1º), Bélgica (após a revisão de 1994, art. 23), Venezuela (1999, art. 3º) e dentre outros documentos oficiais; com o objetivo de que os crimes de guerra fascistas e nazistas não voltem a ocorrer (FRIAS; LOPES, 2015).

Os marcos contemporâneos denotam que a dignidade é atribuída aos seres da espécie humana (FRIAS; LOPES, 2015), sendo assim, a dignidade da pessoa humana é assegurada a todos os indivíduos pelo fato de terem nascido com vida e sem a necessidade de adição de uma condição específica, é algo inerente à vida humana. Este princípio assegura os direitos humanos à sociedade, considerando que nenhuma vida humana deveria ser passível a viver em condições inapropriadas (JUNIOR; BRUGNARA, 2017).

Segundo Sarlet (2007 apud PEDUZZI, p. 17, 2009), a dignidade da pessoa humana tem a seguinte concepção:

“Temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa

tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos”

Para tanto, todo cidadão é detentor de igual consideração pelo Estado e comunidade, sendo igualitário seus direitos e deveres fundamentais que lhe dêem garantias de uma vida digna. Segundo Frias e Lopes (2015), a discussão sobre o princípio da dignidade humana tem um lugar de destaque no discurso jurídico contemporâneo.

Aquino (2016) pontua que o conceito não é pronto e nem definitivo. O primeiro aspecto a ser considerado é que seu labor histórico contribui para a identificação de quais cenários, tempos e condições podem favorecer ou dificultar “aquilo que torna a vida e convivência projetos de nossa perpétua humanização e aperfeiçoamento daquelas conquistas indispensáveis à manutenção do viver e conviver: Democracia, Respeito, Tolerância, Ética, Direito, Pluralidade de Culturas, entre outros (p.73)”.

O segundo aspecto a ser mencionado correlaciona-se com o sentido relacional e jurídico da Dignidade: o reconhecimento. Sem o reconhecimento, torna-se incapaz de manter a responsabilidade quanto ao cuidado da vida e de assegurar os Direitos Humanos Fundamentais, sendo estes, gerenciados por planos internacionais e nacionais, que visam a estabilidade e organização das relações humanas, e também a proteção de todas as vidas (AQUINO, 2016).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, consagra o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), sendo um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito (VAZ; REIS, 2007; JUNIOR; BRUGNARA, 2017).

O princípio da dignidade da pessoa humana aponta para os direitos fundamentais, que são os direitos positivados na Constituição Federal brasileira. Logo, o direito à vida, à saúde, à educação, à moradia e etc., são direitos a todos os cidadãos independente de sexo, classe social ou qualquer outro adjetivo (JUNIOR; BRUGNARA, 2017).

Os ordenamentos do sistema jurídico brasileiro devem estar em concordância com o princípio da dignidade da pessoa humana, caso contrário vão contra os direitos fundamentais e assim devem ser considerados inconstitucionais (JUNIOR; BRUGNARA, 2017).

1.4 O Mínimo Existencial e a Reserva do Possível

1.4.1 Mínimo Existencial

A construção dessa dogmática constitucional assegurando a dignidade da vida humana, teve sua origem no direito germânico com a elaboração da Lei Fundamental de 1949 (SARLET; ROSA, 2015). Nessa esteira, o conceito de mínimo existencial está relacionado ao de dignidade humana, sendo coexistentes um pelo outro (CASTRO, 2016). É caracterizado pelo mínimo que um cidadão necessita para se viver uma vida digna (SARLET; ROSA, 2015).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 elencou de forma extensiva uma lista de direitos fundamentais sociais e a compreensão sobre a necessidade de um mínimo essencial para se efetivar a dignidade humana ocorreu de forma bastante significativa (SARLET; ROSA, 2015).

São, portanto, garantias mínimas necessárias, prestadas ou protegidas, de caráter positivo e negativo, sem as quais o direito não se efetiva. Seu caráter negativo está relacionado com o fato de se receber proteção contra as ações do Estado e de terceiros. O caráter positivo se relaciona com as prestações estatais (CASTRO, 2016).

Para Ricardo Lobo Torres, o mínimo existencial compreende o direito à saúde, à educação, à moradia e outros, ou seja, aqueles que são fundamentais (CASTRO, 2016).

Sem o mínimo necessário à existência cessa a possibilidade de sobrevivência do homem e desaparecem as condições iniciais de liberdade. A dignidade humana e as condições materiais da existência não podem retroceder aquém de um mínimo (TORRES, p. 36, 2009 apud CASTRO, p. 22, 2016).

O autor ainda destaca que o mínimo existencial não tem uma conjuntura determinada, já que deve englobar qualquer direito que seja essencial. Logo, seu conteúdo e sua forma variam e foca-se mais em qualidade do que em quantidade (CASTRO, 2016).

1.4.2 Reserva do Possível

A Teoria da Reserva do Possível surgiu em um julgamento de 18 de Julho de 1972, pelo Tribunal Constitucional Federal Alemão. Tratava-se da decisão BverfGe 33, 303 (*numerusclausus*), que julgou dois casos concretos, apresentados pelos Tribunais Administrativos de Hamburg e da Baviera para regular a capacidade de admissão de novos alunos para a graduação em medicina humana nas universidades das duas cidades nos anos de 1969 e 1970 (FALSARELLA, 2016).

Segundo Bander e Kalil (2020), a reserva do possível se caracteriza pela análise feita pelo Poder Público para a alocação de recursos públicos, sejam financeiros ou políticos, visto que respectivamente se avalia a disponibilidade do recurso nos cofres públicos, e as áreas e segmentos que receberão tal investimento. Há ainda a necessidade de se ajuizar as previsões normativas para a alocação de recursos públicos, considerando que existem situações em que o Estado possui capital, contudo não há previsão legislativa ou estabelecida na Lei de Responsabilidade Fiscal que justifique o despendimento de tal investimento.

Portanto, a reserva do possível observa se as decisões da Administração Pública que logrem para a efetivação dos direitos fundamentais e o uso do dinheiro público, considerando que algumas demandas sociais podem vir a acarretar prejuízos aos cofres públicos (BANDER; KALIL, 2020).

1.4.3 Mínimo existencial versus a reserva do possível

Segundo Bander e Kalil (2020), é dever do Estado garantir o mínimo necessário para a existência digna dos cidadãos, sem se fazer uso de métodos justificativos para o não cumprimento de ações assistenciais, mesmo sob a alegação de insuficiência orçamentária.

Entretanto, o Poder Público tem se fundamentado pelo princípio da reserva do possível para não executar a assistência prevista constitucionalmente, sob a alegação que ocorreria prejuízos ao orçamento público, podendo vir a afetar onerosamente toda a sociedade (BANDER; KALIL; 2020).

Não é permissivo que a reserva do possível desconsidere o mínimo existencial dos cidadãos, tendo por vista que este é compreendido como dever do Estado à promoção e à garantia de serviços e ações que assegurem uma vida digna, em concordância com os direitos determinados na Constituição Federal (BANDER; KALIL, 2020).

Quando a Administração Pública se opõem a garantir a saúde, a moradia, a educação, por exemplo, se omite em assegurar as condições para uma vida digna com o mínimo necessário (BANDER; KALIL, 2020).

1.5 Pessoa com deficiência – encefalopatia crônica não progressiva

Os estudos sobre a deficiência nos campos das ciências sociais e humanas iniciaram tardiamente. Mas, a discussão sobre o modelo social da deficiência levou a uma redefinição sobre o que é deficiência e o que é ser deficiente, antes, visto como algo fora do padrão da normalidade (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

Como forma de oprimir esse corpo dito anormal foi criado um neologismo, o *disablism*, sem tradução para a língua portuguesa. Esse neologismo entende que os impedimentos corporais devem ser oprimidos e discriminados (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

Segundo Gaudenzi e Ortega(2016), pessoas com deficiência foram definidas pelo pensamento ocidental por um longo período de tempo como seres:

inválidos, anormais, monstros ou degenerados e seus corpos eram entendidos misticamente como resultado da ira ou do milagre divinos. A anomalia, sobretudo a congênita, era vista como corporificação da ira dos deuses e o destino do sujeito era a morte imediata (GAUDENZI; ORTEGA, p. 3062-3063, 2016).

Partindo dessas considerações, o que podemos considerar como normal, o que nos faz estar dentro da normalidade ou da dita anormalidade?

A normalidade é compreendida como forma de ditar biomedicamente o padrão de funcionamento da espécie e uma condição moral para a produtividade e de regulação das normas sociais. Portanto, a compreensão sobre deficiência vai para além de um conceito biomédico, visto que delega sobre a opressão de um corpo com variações de funcionamento (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

No cenário social, percebe-se atitudes negativas e a violação de direitos em relação à esta população como, a negligência, a violência psicológica e física, a violência patrimonial, a violência sexual e a violência institucional (TORRES; CRUZ; CABRAL, 2021). Cabe pontuar que isto vem de uma construção social e ideológica sobre a deficiência ao longo da história e suas concepções. Há quatro concepções em relação à deficiência:

1. Concepção orgânica, que interpreta a deficiência como um atributo do indivíduo, considerando o desvio do padrão orgânico de normalidade ou presença de um mau funcionamento do organismo;
2. Concepção histórico-cultural, que entende a deficiência como sendo decorrente de uma disfunção biológica, a qual acarreta limitação e, como consequência, uma barreira social;
3. Concepção metafísica, que entende a relação entre a deficiência a causas espirituais, religiosas e/ou sobrenaturais, a partir de uma matriz espiritual;
4. Concepção psicossocial, que interpreta a deficiência como uma condição orgânica, associada a fatores ambientais, centrando a análise no sujeito (TORRES; CRUZ; CABRAL, p. 546-547, 2021).

Tais concepções têm íntima relação sobre a garantia dos direitos humanos das pessoas com deficiência e elas devem ser conhecidas e compreendidas para a implementação de ações de combate a vulnerabilidade social (TORRES; CRUZ; CABRAL, 2021).

A deficiência deve ser vista sob o olhar político para que haja a formulação de políticas públicas para este segmento social (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

No Brasil, segundo informações colhidas no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, cerca de 24% da população declarou possuir algum grau de deficiência no sistema motor, auditivo, visual ou algum grau de deficiência intelectual.

Dentre as deficiências apresentadas, há a encefalopatia crônica não progressiva mais conhecida como a paralisia cerebral.

Em 1843, a encefalopatia crônica não progressiva (ECNP) foi descrita pela primeira vez por William John Little, um ortopedista inglês, que se dedicou em estudar 47 crianças com quadro clínico de espasticidade, observou-se características adversas ao nascimento, como: (1) apresentação pélvica, (2) prematuridade, (3) dificuldade no trabalho de parto, (4) demora em chorar e respirar ao nascer, (5) convulsões e coma nas primeiras horas de vida. Esta terminologia foi proposta por Sigmund Freud em 1893, identificando três fatores causais (1) materno e congênito (pré natal), (2) perinatal, (3) pós natal (BRASIL, 2014).

É a causa mais comum de deficiência na primeira infância (PEREIRA, 2018).

A prevalência no Brasil é que cerca de 7 para cada 1000 nascidos vivos tenham o diagnóstico de ECNP (SILVA; ROMÃO; ANDRADE, 2019; CAMARGOS, 2012).

É caracterizada por grupo heterogêneo de síndromes clínicas não progressivas englobando alterações do movimento, do tônus muscular e da postura. Ocorre no processo de desenvolvimento do cérebro, ou seja, em um cérebro imaturo (MORAES; TEIXEIRA; SANTOS, 2019; PEREIRA, 2018; CAMARGOS, 2012).

Essa patologia acarreta também disfunções sensoriais, comunicativas, perceptuais, comportamentais e convulsões. Tais comprometimentos levam a dificuldades na realização de

atividades funcionais e atividades de vida diária (CAMARGOS, 2012).

Os distúrbios sensoriais, perceptivos e cognitivos associados podem envolver a visão, a audição, o tato, e a capacidade de interpretar as informações sensoriais e/ou cognitivas e pode ser como consequência de distúrbios primários, atribuídos a própria paralisia cerebral ou a distúrbios secundários, como consequência das limitações de atividades que restringem o aprendizado e o desenvolvimento de experiências sensório-perceptuais e cognitivas (BRASIL, p.9, 2014).

Há classificações para a ECNP de acordo com a área lesionada, portanto temos os tipos: espástico, discinético e atáxico.

A ECNP espástica ocorre quando há lesão no sistema piramidal, acarretando no aumento do tônus, aumento dos reflexos miotáticos, reflexo cutâneo plantar – sinal de Babinski (BRASIL, 2014).

Na ECNP discinética observa-se movimentação atípica ao iniciar movimentos voluntários desencadeando movimentos e posturas atípicas, distonia e coreoatetose. A lesão ocorre no sistema extrapiramidal. Principalmente nos núcleos da base (corpo estriado – striatum e globo pálido, substância negra e núcleo subtalâmico) (BRASIL, 2014).

A ECNP atáxica acontece devido a uma disfunção no cerebelo. É caracterizada por uma incoordenação de movimentos em consequência da dissinergia, apresenta marcha com a base de sustentação alargada e tremor intencional (BRASIL, 2014).

Há também a classificação de acordo com os locais do corpo atingidos, chamada de classificação topográfica, com as classificações a seguir:

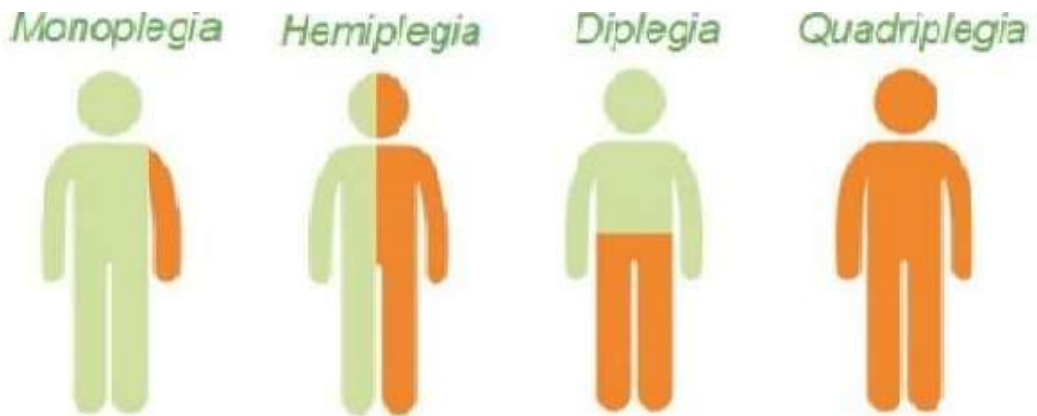
Monoplegia: é um acometimento de apenas um membro, ou seja, braço ou perna. É um tipo raro, pois frequentemente evolui para a hemiplegia (BRASIL, 2014).

Hemiplegia: ocorre em consequência a lesão unilateral, compromete apenas um hemi-corpo, direito ou esquerdo (BRASIL, 2014).

Diplegia: acometimento de membros inferiores mais importantes que em membros superiores (BRASIL, 2014).

Tetraplegia ou quadriplegia: atingem simultaneamente os quatro membros (BRASIL, 2014).

Figura 1 - Classificação da encefalopatia crônica não progressiva da infância, de acordo com a topografia acometida.

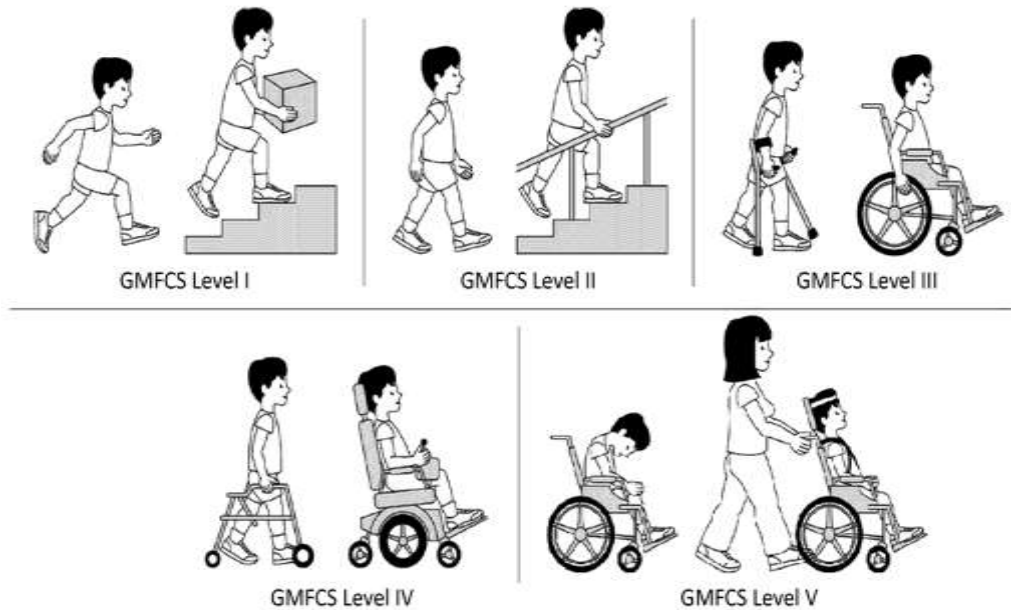


Diante da diversidade de quadros clínicos existem outros sistemas de classificação para a ECNP (BRASIL, 2014).

O *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS) - Sistema de classificação da função motora grossa é padronizado e visa diferenciar crianças e adolescentes em diferentes níveis de mobilidade funcional, devido à necessidade de se observar e classificar a severidade na disfunção do movimento (BRASIL, 2014).

O GMFCS observa o movimento iniciado de maneira voluntária, destacam-se o sentar, transferências e mobilidade, a classificação se subdivide em cinco níveis, o nível I corresponde à presença de mínima ou nenhuma disfunção com respeito à mobilidade comunitária, até o V, que corresponde à total dependência sendo necessário assistência para a mobilidade, ou seja, quanto mais elevado o nível da classificação mais prejudiciais são as disfunções acarretando diretamente na mobilidade funcional (BRASIL, 2014). Conforme apresentado na figura 2.

Figura 2 - Exemplificação do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa



Fonte: vidasaudavel. Einstein

Esses e outros sistemas de classificação oportunizam a famílias e profissionais que os pacientes com ECNP sejam melhores avaliados e classificados e assim prosseguir para a intervenção centrada no paciente e seus desafios.

Portanto, para o melhor desempenho nas atividades de vida diária e para proporcionar uma melhor qualidade de vida são empregadas diferentes vertentes de tratamentos baseados na necessidade do paciente frente ao seu grau de comprometimento (MORAES; TEIXEIRA; SANTOS, 2019).

1.6 Fenômeno da judicialização do direito à saúde

A Constituição Federal de 1988 estabelece o direito à saúde como um direito social e fundamental (artigo 6º, capítulo II, título II), em seu título sobre a ordem social traz elementos que definem princípios, fontes de custeio e estrutura do novo modelo de saúde (VILELA; MOLITERNO; SANTOS, 2018).

A Constituição de 1988 em seu conteúdo declara apenas as diretrizes orientadoras que organizam o sistema de saúde, não definindo especificamente um campo de sindicalização da

saúde. Desse modo, fica a cargo do Poder Legislativo e da administração pública, a elaboração de normas regulamentadoras (VILELA; MOLITERNO; SANTOS, 2018).

Em vista disso, a saúde é compreendida como um direito subjetivo e de aplicabilidade imediata, sendo passível de direito de ação na circunstância da falta de cumprimento do que é legalmente previsto pelo Poder Público. Logo, a partir da possibilidade de tutela jurisdicional, se tem vivenciado o fenômeno da judicialização da saúde, que visa assegurar via o Poder Judiciário o acesso a bens de saúde (VILELA; MOLITERNO; SANTOS, 2018).

É notável o crescimento da intervenção do Judiciário no SUS, sendo que esse fenômeno passa pelos diversos níveis de atenção à saúde ofertados pelo serviço (PAULA; SILVA; BITTAR, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde, o SUS, é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, suas ações e serviços englobam atendimentos ambulatoriais, transplante de órgãos, controle de fármacos, implementação de políticas de promoção da saúde etc (PAULA; SILVA; BITTAR, 2019).

Logo, a ação do Judiciário no SUS é extensa não se limitando a um único aspecto, mas englobando todos os serviços ofertados citados e até mesmo atos administrativos como, por exemplo, processos de licitação para aquisição de bens e serviços (PAULA; SILVA; BITTAR, 2019).

A intervenção judicial é efetuada por todos os órgãos do Judiciário, de acordo com o previsto no artigo 92 da Constituição Federal, ou seja, envolve desde o juiz de primeira instância até o Supremo Tribunal Federal (STF), órgão máximo do Judiciário. Sendo que o artigo 102 da Constituição Federal determina que o STF tem por responsabilidade dar a palavra final quanto à interpretação e aplicação dos dispositivos constitucionais (PAULA; SILVA; BITTAR, 2019).

Portanto, a interferência do Poder Judiciário no SUS se dá diante da circunstância de ameaça ao direito à saúde.

A fim de complementar o contexto apresentado, é importante ressaltar que o SUS passa por graves problemas de gestão pública, sendo fato reconhecido pelo STF (PAULA; SILVA; BITTAR, 2019).

O Recurso Extraordinário com Repercussão Geral 684.612/RJ apontou no Estado brasileiro a inexistência de condições satisfatórias na prestação do serviço de saúde, notadamente para as camadas sociais menos favorecidas (PAULA; SILVA; BITTAR, p.114, 2019).

Então, a intervenção judicial no SUS é fundamentada pelas falhas, má gestão, omissão e inércia do Estado na garantia de condições mínimas de saúde à sua população (PAULA; SILVA; BITTAR, 2019).

Há duas linhas de debate técnico científico sobre a judicialização da saúde e seus desdobramentos. A primeira considera que esse fenômeno não garante a efetivação do direito coletivo a saúde e com isso deveria ser evitado (VIEIRA, 2020). Busca se justificar na declaração de que a intervenção no SUS geraria aumento das iniquidades no acesso aos serviços de saúde, conferindo vantagem a grupos sociais com maior poder de reivindicação e que as necessidades individuais ou de grupos privilegiados seriam atendidos em detrimento de outros grupos sociais e indivíduos (VENTURA; SIMAS; PEPE; SCHRAMM, 2010).

Também defende que judicialização à saúde tem forte impacto na administração pública, como também no orçamento público e nas questões de equitatividade de direitos (PIMENTA; GONÇALVES JUNIOR, 2018).

A segunda defende que é uma ferramenta que favorece a ampliação da cidadania e o fortalecimento da democracia (VIEIRA, 2020).

Vieira (2020), pontua que as duas linhas de debate não se contrapõem necessariamente, visto que a judicialização é uma via que amplia os direitos sociais da população e corrobora para o fortalecimento da democracia. Entretanto, é preciso se ter a observância de como esse fenômeno vem ocorrendo e suas futuras repercussões, considerando que poderá gerar desigualdade acentuada no acesso a bens e a serviços de saúde para a população menos favorecida.

os perdedores são sempre os mesmos: os pretos e pardos, aqueles com menor escolaridade, mais pobres, com menor renda, menor acesso a serviços essenciais e menores possibilidades de vocalização de suas demandas (VIEIRA, p. 33, 2020).

Segundo Fleury (2011), o conceito de equidade em saúde se fundamenta no princípio ético da justiça distributiva e relacionado ao direito à saúde como garantia dos direitos humanos.

melhorar a saúde e a equidade na saúde como uma questão de justiça social implica a promoção, proteção e cumprimento dos direitos humanos, incluindo o direito à saúde (FLEURY, p. 47, 2011).

Para Fleury (2012), a partir da integração da saúde como um direito universal e dever do Estado, “a dimensão jurídica da cidadania passou a ser progressivamente incorporada ao

setor que antes se orientava apenas por pressupostos técnico científicos e administrativos, na forma de organização e oferta de serviços (p.159)”. Após a Constituição Federal de 1988 assegurar aos seus usuários a integralidade dos atendimentos do SUS se tornou argumento para que muitas das necessidades não atendidas pelo SUS se transformassem em demandas judiciais (FLEURY, 2012).

Diante disso, nota-se que a partir do momento em que a saúde passa a ser considerada como direito universal, não há mais a exigibilidade de pré requisitos para que seja usufruído, mas compete apenas da necessidade dos usuários e das condições oferecidas pelo Estado para que o direito à saúde seja exercido (FLEURY, 2012).

É fato que o SUS sobrevive em condições financeiras adversas, e essa circunstância acarreta nos prejuízos quanto à distribuição igualitária de serviços de qualidade. Certamente, a discordância entre o texto legal e a realidade do SUS que gera a chamada judicialização da política (FLEURY, 2012).

Fleury (2012) concorda que a judicialização da política representa o aumento da democracia e da inclusão social. Todavia, considera que esse fenômeno é fruto da inércia do Poder Legislativo em definir o seu arcabouço legal, e do Poder Executivo, em não pactuar normas ou parâmetros a fim de evitar a precarização das instituições estatais e não haver a responsabilização pela peregrinação dos usuários em busca de atendimento, a autora traz a expressão de contra-direito à saúde em referência a essa circunstância.

Segundo Fleury (2012), existem dois argumentos que defendem que a representação política feita pelo judiciário poderá afetar a democracia.

A discussão sobre a possibilidade de que o deslocamento dos conflitos desde a representação política para o judiciário comprometa a democracia está baseada em dois argumentos. Por um lado, está a separação de poderes como cláusula pétrea do funcionamento ideal do Governo; por outro, a suposição de que no Legislativo os conflitos possam ser transacionados, enquanto no Judiciário serão tratados por meio de uma sentença (RUIVO, 1994). Estes argumentos enfrentam forte oposição de outra corrente teórica, que vê como democratização a etapa atual, na qual a pluralidade de pontos de vista e a circularidade entre os poderes introduziram novos canais de comunicação e negociação (NEVES, 2012). Da mesma forma, vê na exigência de condições substantivas de exercício dos direitos a essência da democracia (FLEURY, p. 160, 2012).

Para Fleury (2012), atualmente, a judicialização da saúde é a maior aliada do SUS. A

ação dos poderes deve se orientar para equiparar as iniquidades sociais, o respeito, o reconhecimento das diferenças e visar a progressão no financiamento e a redistribuição de recursos .

Portanto, é evidente na prática que não se deve combater a judicialização à saúde, mas deve-se atentar para que não se torne mais uma via de iniquidade social, critério que sustenta o direito e a administração pública (FLEURY, 2012).

É factível a existência de uma estrutura hierarquizada entre a cotitularidade intrínseca aos direitos sociais e coletivos e a titularidade individual ou direito subjetivo público, que reduz o social ao reproduzir e amplificar as iniquidades (FLEURY, 2012).

Nesta esteira, apontamentos baseados na reserva do possível não devem ser considerados, pois nessa visão a democracia é inviabilizada, considerando que subordina os direitos sociais à lógica de acumulação financeira (FLEURY, 2012).

Ademais, a União vem contribuindo cada vez menos para o SUS, este fator vai em contra-mão ao artigo 26 da Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969, que determina que os governos devem atuar para a progressão dos direitos econômicos, sociais e culturais. Entretanto, o que observa-se é a representação da União se torna cada vez mais reducionista (FLEURY, 2012).

Na mesma lógica, cabe destacar a Emenda Constitucional n. 95/2016, a qual acabou com direitos sociais e, entre os quais, está o direito à saúde, pois congelou o gasto público primário em 20 anos, medida sem precedente em nenhum país do capitalismo ocidental, o que revela um verdadeiro golpe no SUS (MENDES; CARNUT,2020).

A aprovação da EC 95 impôs por 20 anos um teto nos gastos primários do governo, estagnando os gastos sociais, o que logo nos primeiros anos aumentou as desigualdades sociais no Brasil (GAVA; SALLATI; 2022).

1.7 Determinantes sociais da saúde e acesso à justiça

Os debates sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) iniciaram no campo da medicina social ou saúde coletiva, visto que desde o século XIX se tinha a percepção sobre a forte relação entre as condições sociais e saúde (FLEURY, 2011).

No Brasil foi criada a Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS), a qual elaborou um relatório que demonstrava as numerosas iniquidades em saúde.

Essas iniquidades em saúde são intimamente correlacionadas a variáveis sócio-econômicas como a raça, nível de instrução acadêmica, ocupação, condições de vida e bem estar, redes de suporte, acesso a serviços públicos etc (FLEURY, 2011; GALVÃO et al., 2021).

Galvão et al., (2021) acrescentam que os DSS revelam uma visão ampliada sobre o processo de saúde-doença, pois abre espaço para discussões com outros saberes.

Segundo Pimenta e Gonçalves Junior (2018), “a pobreza, vulnerabilidade e exclusão social são conceitos socioeconômicos complexos e interligados (p.45)”.

O conceito de pobreza possui variadas dimensões associadas ao nível de renda. Objetivando sua melhor definição, a pobreza, é um conceito em termos absolutos, relativos e subjetivos, tais classificações se difundiram durante o século XX e são amplamente aceitos na atualidade (PIMENTA; GONÇALVES JUNIOR, 2018).

A pobreza absoluta se explica pela insuficiência de renda para o indivíduo garantir sua subsistência. De modo geral, a pobreza absoluta, caracteriza-se pelo não acesso à alimentação, água potável, saneamento básico, cuidados em saúde, habitação etc. Essas situações dependem tanto de rendimentos quanto do acesso aos serviços sociais (PIMENTA; GONÇALVES JUNIOR, 2018).

A pobreza relativa é o não acesso aos recursos que viabilizam viver com dignidade de acordo com costumes ordinários e demais atividades de determinada sociedade (PIMENTA; GONÇALVES JUNIOR, 2018).

Já a pobreza subjetiva, considera a forte influência de valores e normas culturais, levando em conta as representações da sociedade e/ou indivíduo sobre o que é ser pobre e quem são os pobres, ou seja, é a interpretação da situação social (PIMENTA; GONÇALVES JUNIOR, 2018).

Nesse contexto de desenvolvimento e consolidação de conceitos, século XX, surgiu a denominação de exclusão social, a qual significa que pessoas e grupos sociais não vivenciam um padrão de dignidade reconhecido à pessoa humana e estão em situação de pobreza (PIMENTA; GONÇALVES JUNIOR, 2018).

A vulnerabilidade social se refere àqueles que são expostos a situações de riscos e possuem a debilidade de reagir ou de se adaptar frente ao risco (PIMENTA; GONÇALVES JUNIOR, 2018).

As categorias pobreza e a exclusão social - e sua vulnerabilidade - foram elementos teóricos importantes na confecção da Constituição Federal de 1988, em especial na elaboração dos dispositivos relativos ao princípio da Dignidade da Pessoa Humana e aos Direitos Fundamentais, que têm lugar de destaque no discurso jurídico contem-

porâneo e são amplamente utilizados como base para decisões judiciais sobre os mais diversos assuntos (PIMENTA; GONÇALVES JUNIOR, p. 46, 2018).

A Constituição Federal em seu artigo 5º, inciso XXXV, estabelece o acesso ao poder judiciário, a democratização e a universalização do acesso à justiça. O mesmo artigo, no inciso LXXIV pontua que o Estado tem o dever de prestar assistência jurídica integral e gratuita aos que possuem insuficiência de recursos para provê-la (PIMENTA; GONÇALVES JUNIOR, 2018).

Desse modo, o benefício da gratuidade está correlacionado com o princípio de justiça, tendo como objetivo simplificar o acesso à justiça daqueles sem condições socioeconômicas. Logo, o benefício da gratuidade é uma ferramenta para o legislador evitar a exclusão social (PIMENTA; GONÇALVES JUNIOR, 2018).

O artigo 99 do atual Código de Processos Civis determina que para usufruir do benefício da assistência jurídica basta a autodeclaração de insuficiência de recursos (PIMENTA; GONÇALVES JUNIOR, 2018).

Art. 99. O pedido de gratuidade da justiça pode ser formulado na petição inicial, na contestação, na petição para ingresso de terceiro no processo ou em recurso (Lei nº 13.105 de 16 de Março de 2015).

1.8 O Poder Judiciário e seus limites de atuação

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve o papel essencial para a expansão do acesso à saúde no Brasil, todavia ainda nota-se que são necessários esforços para a concretização do direito à saúde de maneira ampla e irrestrita.

É evidente que o direito à saúde no Brasil vivencia incertezas ocasionadas pela ausência de políticas públicas gerando a insuficiência de tratamentos básicos de saúde (SOUZA, 2019).

Diante das omissões, o poder judiciário tem se tornado um protagonista na efetivação de políticas públicas, e, com isso, surge um debate paradoxal, o poder judiciário tem um papel essencial na concretização deste direito social? Ou estamos vivendo a era do excesso de justiça e afronta direta do princípio da separação dos poderes? (SOUZA, p. 45, 2019).

Se tratanto de políticas públicas uma informação essencial a se pontuar é a competên-

cia do Congresso Nacional aprovar ou reprovar o orçamento, a aplicação fica a cargo do Executivo, e o Legislativo junto com o Judiciário fiscalizam (SILVA; JORDÃO; CARVALHO, 2019).

A Separação dos Poderes é a “divisão de atribuições relacionadas às atividades estatais, desconcentrando todas as atribuições de um único ponto de emanção(SILVA; JORDÃO; CARVALHO, p. 228, 2019)”. A separação de poder se dá em parcelas e esferas de competências, atualmente, soma-se ao que é denominado sistema de freios e contrapesos, onde cada competência de poder fiscaliza os demais (SILVA; JORDÃO; CARVALHO, 2019).

No Brasil considerando o caput do art. 24 da CF de 1988 foi adotada a Separação de Poderes em três esferas: Executivo, Legislativo e Judiciário (SILVA; JORDÃO; CARVALHO, 2019).

O constituinte de 1988 estabeleceu a separação de poderes como cláusula pétreia, consistindo num de seus mais preciosos pontos, de modo que a interpretação constitucional e o agir da Administração não podem se orientar a interferir na independência de cada um dos poderes (SILVA; JORDÃO; CARVALHO, p. 229, 2019).

Assim sendo, o Judiciário estaria atravessando os limites de suas competências institucionais quando faz o controle de políticas públicas?

Para Tassinari (2012) o Judiciário toma para si o protagonismo que não lhe foi concedido pela Constituição de 1988, usurpando a competência do Executivo e do Legislativo, tendo isso por resultado imediato o ferimento da Separação dos Poderes.

Em contraponto, Barroso considera que o Judiciário ocupa um espaço onde os direitos não foram concretizados (SILVA; JORDÃO; CARVALHO, 2019).

Avila e Melo (2018) compreendem a judicialização pelo protagonismo do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas; isso ocorre pela multiplicidade de determinações judiciais para a garantia do acesso individual ou coletivo aos bens jurídicos que utilizam a verba pública.

Pontuam ainda que nessa prática o Judiciário vem se intrometendo em questões políticas e afetando os outros poderes (legislativo e executivo), e isso se relaciona com o fenômeno denominado por “neoconstitucionalismo” ou “pós-positivismo” (ÁVILA; MELO, 2018).

O Ministro Luís Roberto Barroso defende que as principais causas para o fenômeno da judicialização se encontram “no processo de redemocratização do país com o novo paradigma constitucional de 1988, pela constitucionalização de uma série de direitos, como os sociais, e o sistema brasileiro de controle da constitucionalidade (ÁVILA; MELO, p. 94, 2018)”.

Barroso, anteriormente a assumir o cargo de Ministro do STF, já defendia a avaliação de qual Poder estaria mais apto nas discussões que envolvessem complexidades técnico-científicas (ÁVILA; MELO, 2018), nesta direção, considera:

exemplo emblemático nessa matéria tem sido o setor de saúde. Ao lado de intervenções necessárias e meritorias, tem havido uma profusão de decisões extravagantes ou emocionais em matéria de medicamentos e terapias, que põe em risco a própria continuidade das políticas públicas de saúde, desorganizando a atividade administrativa e comprometendo a alocação de recursos públicos (ÁVILA, MELO, p. 94, 2018).

Em uma avaliação da judicialização da saúde podem ser observados dois pontos. O ponto positivo é que há a mobilização da sociedade civil e de instituições legitimadas para a defesa coletiva e a promoção de políticas públicas pelo Poder Público. Em contrapartida, nota-se que pacientes, profissionais e a indústria utilizam o acesso imediato ao judiciário sem considerar as políticas públicas, lesionando o orçamento público e acarretando em prejuízo ao interesse público (ÁVILA; MELO, 2018).

As críticas evidenciam as injustiças distributivas que as decisões judiciais deflagram no orçamento público, visto que não há legitimidade democrática do Judiciário e o conhecimento técnico é falho. Observa-se a inconsistência na tomada de decisões correlacionando com os protocolos da medicina baseada em evidências, pois o juiz pode vir a conduzir o orçamento público a tratamentos não comprovados cientificamente ou mesmo a tratamentos experimentais (ÁVILA; MELO, 2018).

As autoras consideram que na questão do direito à saúde, utilizando como exemplo, a reestruturação administrativa no combate ao HIV de 1990, o Judiciário “tem condições de efetivamente contribuir na delimitação da extensão desse direito (p. 99). Mas, em relação aos conhecimentos técnico-científicos necessitará de auxílio de órgãos técnicos para a elucidação da natureza e da necessidade de terapêuticas específicas (ÁVILA; MELO, 2018).

“ Não se trata de retirar do Judiciário a capacidade para certas decisões, mas de forçá-lo a reconhecer que a tomada de certas decisões requer a integração de outros atores mais capazes para o processo de decisão (ÁVILA; MELO, p. 99, 2018) “.

Para tanto, ao se observar a complexidade inerente à judicialização da saúde é evidente a necessidade de conhecimentos técnicos e específicos, que conduzam a aplicação da discricionariedade técnica dos órgãos decisórios responsáveis pelo desenho e implementação das políticas públicas na garantia para acesso ao SUS de forma integral, universal e igualitário (ÁVILA; MELO, 2018).

Silva, Jordão e Carvalho (2019) afirmam que o Poder Judiciário vem desempenhando

um papel de guardião da Constituição através de atividades visuais. E que a partir da percepção de alguns casos concretos é verificado que é legítimo e necessário o controle de políticas públicas pelo Judiciário, visto a inércia dos outros poderes.

1.9 Ativismo Judicial e Judicialização

Segundo Barroso (2008), ativismo judicial e judicialização são primos, mas suas origens são diferentes. As causas imediatas em que foram geradas eram diferentes.

O ativismo judicial se manifesta sendo mais proativo com a interpretação da Constituição e colaborando com a ampliação do seu alcance (BARROSO, 2008; CONTI, 2022). Se insere quando há a retração do Poder Legislativo, em um movimento de afastamento entre a classe política e a sociedade civil, prejudicando que as demandas sociais sejam efetivamente atendidas (BARROSO, 2008).

Está relacionado com a participação mais ampla e incisiva do Judiciário para a efetivação dos valores e fins constitucionais, com maior entremetimento na área de atuação dos dois outros poderes (BARROSO, 2008, CONTI, 2022).

A postura ativista se manifesta por meio de diferentes condutas, que incluem: a) a aplicação direta da Constituição a situações não expressamente contempladas em seu texto e independentemente de manifestação do legislador ordinário; b) a declaração de inconstitucionalidade de atos normativos emanados do legislador, com base em critérios menos rígidos que os de patente e ostensiva violação da Constituição; c) a imposição de condutas ou de abstenções ao Poder Público, notadamente em matéria de políticas públicas (BARROSO, p. 26, 2008).

Conti (2022) cita Thamy Pogrebinski ao discutir que o juiz ativista é aquele que faz uso do seu poder para a contestação de decisões tomadas pelos outros poderes e assim promove políticas públicas negligenciando princípios como o da coerência e da segurança jurídica da sua atividade.

Do ponto de vista conceitual, Oliveira Neto (2016) descreve que observa no ativismo judicial um despreço à norma já estabelecida, onde a compreensão pela norma constitucional apropriada é substituída pelo “sentimento” do julgador.

Conti (2022) afirma que o julgador impõe sua decisão e gera instabilidade institucional. Para tanto, o ativismo judicial é entendido como um mal para o desenvolvimento democrático, pois pressiona incertezas as decisões judiciais e retira a legitimidade popular e dos outros poderes.

A judicialização significa que questões de grande impacto político ou social estão sendo solucionadas pelo Poder Judiciário, e não mais como tradicionalmente ocorre pelo Poder Executivo e pelo Congresso Nacional (BARROSO, 2008).

A judicialização estabelece a transferência de poder para juízes e tribunais, havendo mudança na linguagem, na argumentação e no modo da participação da sociedade. As causas da judicialização são variadas, e em algumas situações demonstram uma tendência mundial e em outras expressam o modelo institucional brasileiro (BARROSO, 2008).

Para Conti (2022) a judicialização da política é resultado de processo histórico que se originou do constitucionalismo democrático e possui muitos fatores, sendo o primeiro, a centralidade e sua força normativa, o que possibilita modificações da atuação da jurisdição constitucional, logo o Poder Judiciário é o ator principal na tomada de decisões estratégicas em relação a temas que na tradição eram reservadas à esfera deliberativa da política.

O Judiciário é visto pelos atores políticos como o local adequado para enfrentar questões políticas que geraria um debate mais entusiasmado (CONTI, 2022).

Nesta mesma direção, Barroso (2008) lista as causas para a difusão da judicialização da política. A primeira causa da judicialização foi a redemocratização do país a partir da promulgação da CF de 1988. Nas últimas décadas houve a recuperação das garantias da magistratura, e assim o Judiciário não é mais apenas um departamento técnico especializado, mas se transformou em um poder político. Logo, se vê que a redemocratização serviu para fortalecer e expandir o Poder Judiciário, como também ampliou a demanda por justiça no Brasil (BARROSO, 2008; CONTI, 2022).

A segunda causa foi a constitucionalização abrangente, que elencou para a Constituição inúmeras matérias que anteriormente eram deixadas para processo político majoritário e para a legislação ordinária (BARROSO, 2008; CONTI, 2022).

Barroso considera que:

A Carta brasileira é analítica, ambiciosa, desconfiada do legislador. Como intuitivo, constitucionalizar uma matéria significa transformar Política em Direito. Na medida em que uma questão – seja um direito individual, uma prestação estatal ou um fim público – é disciplinada em uma norma constitucional, ela se transforma, potencial-

mente, em uma pretensão jurídica, que pode ser formulada sob a forma de ação judicial. Por exemplo: se a Constituição assegura o direito de acesso ao ensino fundamental ou ao meio-ambiente equilibrado, é possível judicializar a exigência desses dois direitos, levando ao Judiciário o debate sobre ações concretas ou políticas públicas praticadas nessas duas áreas (BARROSO, p. 24, 2008).

A última causa da judicialização é o sistema brasileiro de controle de constitucionalidade. Considerado como híbrido ou eclético, utiliza dois sistemas diferentes: o americano e o europeu (BARROSO, 2008; CONTI, 2022).

O americano considera que qualquer juiz ou tribunal pode não aplicar uma lei, em um caso concreto que tenha sido submetido, caso o julgue inconstitucional. O europeu tem por perspectiva o controle por ação direta, possibilitando que dadas matérias sejam levadas em tese e de imediato ao STF (BARROSO, 2008).

Diante disso, o direito de propositura amplo, previsto no art. 103, estabelece que entidades públicas ou privadas, as sociedades de classe nacionais e as confederações sindicais podem ajuizar ações diretas. Portanto, tanto questões políticas ou com relevância moral podem ser alçadas ao STF (BARROSO, 2008).

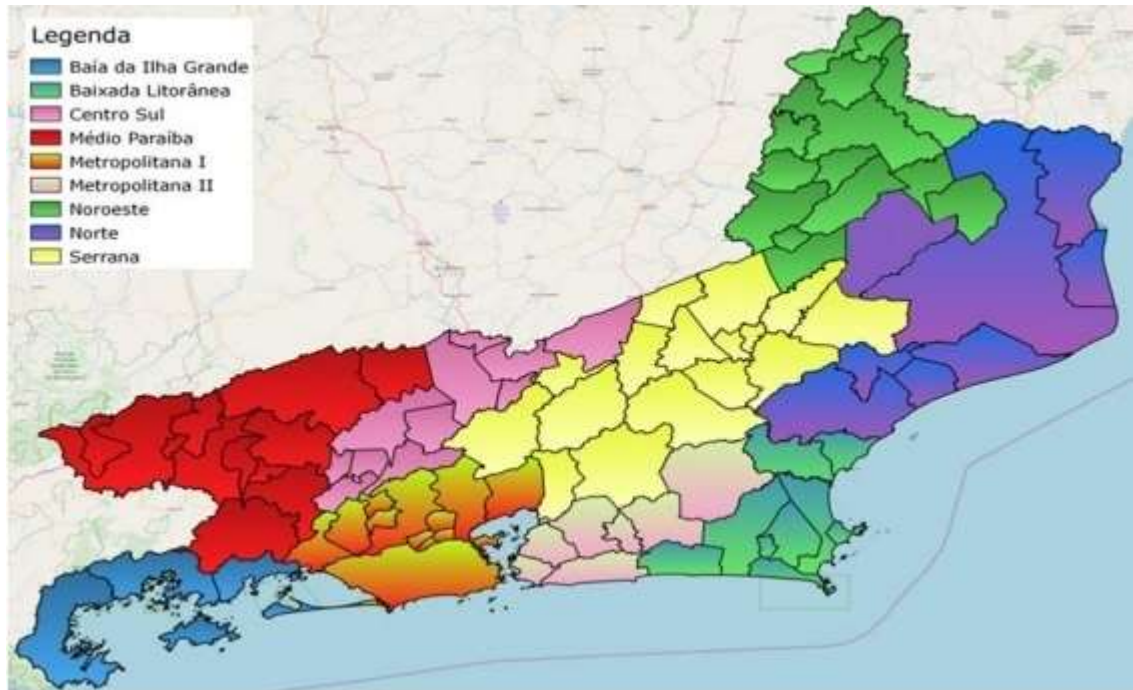
Segundo Conti (2022) a judicialização da política é a transferência de competências devido à necessidade do Poder Judiciário suprir situações em que os demais poderes se esquivaram, já o ativismo judicial é a atuação subjetiva e sem coerência na interpretação das normas com o objetivo de gerar um direito.

1.10 Contextualização da saúde no Estado do Rio de Janeiro

O estado do Rio de Janeiro está localizado na região Sudeste do Brasil e segundo dados do IBGE estima-se que a população é de 17 mil habitantes.

O estado possui 92 municípios com diferentes contextos socioeconômicos e territoriais, sendo organizados em regiões administrativas de planejamento e nove regiões de saúde, compondo a base territorial para as Redes de Atenção à Saúde - RAS (SES/RJ, 2020).

Figura 3 - Mapa do estado do Rio de Janeiro dividido em regiões de saúde



Fonte: SES/RJ

De acordo com o Plano Estadual de Saúde (2020-2023) existe uma ocupação destoante do estado do Rio de Janeiro, possuindo maior concentração nas regiões Metropolitanas I e II. As regiões Noroeste, Norte e Baía da Ilha Grande possuem menor ocupação, com a população mais isolada e sem muita articulação, resultando em repercussões na atenção em saúde, perfis demográficos e de morbimortalidade. Há o entendimento que a distribuição não regular dos serviços de saúde e dos equipamentos urbanos, e outras influências como o crescimento desordenado de favelas, a destruição ambiental, o desemprego e a exclusão social estão presentes quando verificamos as desigualdades acerca da infraestrutura dos serviços de saneamento. Para tanto, as condições socioeconômicas regionais têm forte correlação diretamente ou indiretamente no adoecimento e morte, pois não só apenas aumentam as possibilidades de riscos e vulnerabilidades, todavia implica no acesso aos recursos preventivos e curativos de saúde (SES/RJ, 2020).

Dito isso, sabe-se que a descentralização e a municipalização são cruciais para a organização e construção do SUS, mas há de se considerar que é um desafio aos gestores públicos se atentar as características particulares de cada município. Verifica-se constantemente que municípios com uma melhor estrutura nos seus serviços acabam por serem sobrecarregados pela população de municípios menores (SES/RJ, 2020).

Na busca por modificar este cenário social nos serviços de saúde foi estabelecida a organização da Rede de Atenção à Saúde – RAS (SES/RJ, 2020).

Na RAS as ações e serviços são definidos segundo densidades tecnológicas singulares, transitando do nível de menor densidade (atenção primária à saúde), ao de densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde/média complexidade) e até o de maior densidade (atenção terciária à saúde/alta complexidade), sendo incorporados através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Visando, deste modo, para além da economia dos fundos orçamentários, a integralidade, a promoção, a proteção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação da saúde (SES/RJ, 2020).

Na caracterização da rede deve haver a promoção da educação permanente, investindo na qualificação dos recursos humanos; a integração de tecnologias adequadas e modernas; a incorporação de estruturas físicas e ambiências planejadas (SES/RJ, 2020).

Modelo de atenção integrado que foi determinado na Constituição possui uma organização em rede regionalizada e hierarquizada sendo norteado pela Vigilância em Saúde, a atenção primária em saúde (APS) tem por papel ser a ordenadora e coordenadora do cuidado tanto individual quanto o coletivo (SES/RJ, 2020).

O Plano de Saúde (2020-2023) destaca um aumento crescente na cobertura a população pela APS no estado do Rio de Janeiro desde o ano de 2007, em 2013 há uma pequena queda, e em julho de 2018 alcança 69,03% de cobertura (SES/RJ, 2020).

Percebe-se que existem regiões com maiores índices de coberturas estimadas por equipes de atenção primária, sendo: Baía da Ilha Grande (96,26%), Centro Sul (96,06%), e Noroeste (93,09%). Em contrapartida, as regiões Norte (57,25%), Metropolitana I (64,35%) e Serrana (66,6%) tiveram coberturas abaixo dos 70%. Todavia, o município do Rio de Janeiro avançou na cobertura da APS no modelo de da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no período de 2009 a 2016, reverberando positivamente no indicado da região Metropolitana I e do estado (SES/RJ, 2020).

É certo que apenas os serviços oferecidos pela APS não atendem todas as necessidades da população. Frente a isso, os serviços da APS devem ser complementados pelos serviços de atenção de densidades tecnológicas de média e alta complexidade para o exercício de atividades especializadas, ambulatorial e hospitalar (SES/RJ, 2020).

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa documental realizada em base de dados secundários, com uma abordagem analítica, descritiva e retrospectiva, na qual se analisou os processos judiciais de inteiro teorrelacionados ao tratamento por especialidade dos pacientes com encefalopatia crônica não progressiva atendidos pelo SUS.

A pesquisa documental é o processo de coleta e análise de dados de documentos que não passaram por tratamento científico, ou que podem ser reformulados, a partir da especificidade do estudo a ser elaborado. Os documentos são variados, podendo ser, por exemplo, anais, fotografias, diários pessoais e ofícios. Há a categorização destes documentos em os “de primeira mão” que são aqueles que não passaram por análise e os “de segunda mão” que são representados por dados que já foram analisados anteriormente (GIL, 2002).

Segundo Minayo (2002) não existe uma delimitação entre o qualitativo e o quantitativo, considera-se que o qualitativo visa a exploração daquilo que é subjetivo, ou seja, identifica aquilo que não é passível de quantificação.

Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, p. 21-22, 2002).

É um estudo descritivo, pois descreve as características do fenômeno da judicialização da saúde na população selecionada e retrospectivo porque os casos em estudo já foram finalizados, ou seja, as informações são pregressas (ROMANOWSKI; CASTRO; NERIS, 2019).

Por fim, utilizou-se a Lei 8.080/1990 para verificar se houve desrespeito aos princípios e diretrizes do SUS nos recursos interpostos pelos entes federados, como também se avaliou as possíveis violações dos princípios bioéticos à luz de Beauchamp e Childress (BRASIL, 1990; OLIVEIRA; RIBEIRO; ALEXANDRE, 2020).

2.2 Local da pesquisa

A escolha pela comarca do Estado do Rio de Janeiro se deu por conveniência. Além disso, optou-se pela 2ª instância devido ao fato de serem decisões disponibilizadas por meio eletrônico.

Ressalta-se que foram analisados processos originários do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro 2ª instância (www.tjrj.jus.br), pois todas as comarcas do Estado do Rio de Janeiro foram englobadas na consulta.

2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Como critério de inclusão foram considerados casos encerrados e disponíveis com seu conteúdo completo, julgados nos últimos 5 anos (janeiro/2016 – maio/2021), que tratavam de pacientes com o diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva. Os critérios de exclusão abarcaram casos que discutiam outras patologias, casos em aberto e em segredo de justiça.

2.4 Amostra

A amostra foi por conveniência e composta por processos judiciais disponíveis no site do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro 2ª instância (www.tjrj.jus.br).

A pesquisa foi realizada nos seguintes campos específicos: quanto à origem o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro 2ª instância; período de casos julgados foi de janeiro de 2016 até maio de 2021 e a competência cível foi a selecionada. Após a busca, foram encontrados 583 processos que discorriam de variados assuntos, entretanto, após a leitura exploratória do conteúdo e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados apenas 138 processos, distribuídos em cinco categorias, a saber:

1. Processos para o tratamento por especialidades;
2. Processos para o tratamento medicamentoso;

3. Processos para a solicitação de cadeira de rodas, órtese, prótese e cama hospitalar;
4. Processos para a solicitação de insumos como o leite em pó, fralda descartável etc; e
5. Transporte.

Em vista do objeto e objetivos do estudo considerou-se apenas os processos judiciais por demanda de tratamento por especialidade (item 1). Diante disso, dentre os processos listados apenas os da categoria intitulada como o tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva. Desta forma, compuseram a amostra do trabalho 30 processos judiciais de pessoas com encefalopatia crônica não progressiva na busca por atendimento multidisciplinar, no período de janeiro de 2016 a maio de 2021.

Salienta-se que todos os processos selecionados estão disponíveis na íntegra.

2.5 Procedimentos éticos do estudo

Ressalta-se que este estudo, segundo a Resolução 466/2012 e 510/2016, dispensa a submissão ao Comitê de Ética em pesquisa, visto que os processos sob análise estão disponíveis em site público, a saber, o site do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Mas, ainda assim merecem destaques para os princípios éticos, a adequação à metodologia e aos princípios científicos.

2.6 Instrumento para coleta de dados

A busca desses processos foi realizada no sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no ícone consultas acessar jurisprudência. Neste sítio de pesquisa utilizou-se como chave de busca: *judicialização ou SUS ou paralisia cerebral*. Considerando os objetivos da pesquisa, foi utilizado um instrumento de coleta de dados a fim de: traçar o perfil dos casos judicializados; caracterizar o perfil das pessoas envolvidas; identificar quais foram os fatores que levaram ao processo judicial; identificar como foi o desfecho das ações (Apêndice B).

2.7 Tratamento e análise dos dados

Os resultados finais foram analisados por meio de estatística descritiva simples, calculou-se a frequência e percentuais relacionados às variáveis encontradas nos processos, as quais caracterizam o perfil dos sujeitos envolvidos nas respectivas ações; as razões que levaram à judicialização na saúde e o desfecho das ações judiciais das pessoas com encefalopatia crônica não progressiva, entre Janeiro de 2016 e Maio de 2021. Como também, foram construídas tabelas e gráficos nos programas word e excel como ferramenta para expressar o traçar o perfil dos casos judicializados.

3 RESULTADOS

O quadro 1 apresenta o número dos processos analisados neste estudo, ou seja, os trinta processos que versavam sobre o tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva

Quadro 1 - Processos judiciais com a demanda para tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021

ESPECIALIDADE
1. N° 0028645-74.2016.8.19.0000
2. N° 0003841-03.2020.8.19.0000
3. N° 0030659-60.2018.8.19.0000
4. N° 0041725-03.2019.8.19.0000
5. N° 0046921-85.2018.8.19.0000
6. N° 0047267-36.2018.8.19.0000
7. N° 0054283-12.2016.8.19.0000
8. N° 0059336-03.2018.8.19.0000
9. N° 0061290-55.2016.8.19.0000
10. N° 0062629-49.2016.8.19.0000
11. N° 0003356-22-46.2016.8.19.0039
12. N° 0003942-62.2015.8.19.0017
13. N° 0022896-52.2012.8.19.0021
14. N° 0000684-76.2017.8.19.0016
15. N° 001302-80.2012.8.19.0053
16. N° 0006241-19.2014.8.19.0026

17. N° 0008313-63.2017.8.19.0061
18. N° 0013526-09.2013.8.19.0023
19. N° 0016810-08.2013.8.19.0061
20. N° 0018181-85.2016.8.19.0001
21. N° 0024470-92.2016.8.19.0014
22. N° 0058383-41.2011.8.19.0014
23. N° 0000683-27.2020.8.19.0068
24. N° 0039203-68.2013.8.19.0014
25. N° 0052429-77.2012.8.19.0014
26. N° 0004011-33.2016.8.19.0026
27. N°0020574-17.2011.8.19.0014
28. N° 0068524-20.2018.8.19.0000
29. N° 0049850-28.2017.8.19.0000
30. N° 0045278-29.2017.8.19.0000

Fonte: A autora, 2023.

Em relação à caracterização do perfil dos sujeitos envolvidos nas demandas judiciais relativas às pessoas com o diagnóstico de ECNP, a tabela 1 apresenta a distribuição por sexo. Nota-se que 60% (18) das demandas judiciais eram relacionadas ao sexo masculino.

Tabela 1 - Distribuição por sexo dos sujeitos envolvidos nas demandas para tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva judiciais, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021

Sexo	N	%
Sexo masculino	18	60
Sexo feminino	12	40
Total	30	100

Fonte: A autora, 2023.

A tabela 2 mostra o local de residência dos demandantes dos processos judiciais, sendo possível observar que 16 municípios do estado do Rio de Janeiro contemplam esta lista. Observa-se que a maior parte dos indivíduos, 17% (5), reside em Campos dos Goytacazes seguido de Itaperuna, Rio das Ostras, São João da Barra e Volta Redonda cada um deles com 10% (3) residentes. Os municípios do Rio de Janeiro e Teresópolis possuem 8% (2) residentes em cada município. Por fim, 3% (1) residem em Carmo, Casimiro de Abreu, Duque de Caxias, Iguaba Grande, Itaboraí, Itaguaí, Paracambi, Sapucaia e Saquarema.

Tabela 2 - Distribuição por local de residência dos autores dos processos de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021

Município	N	%
Campos dos Goytacazes	5	17
Itaperuna	3	10
Rio das Ostras	3	10
São João da Barra	3	10
Volta Redonda	3	10
Rio de Janeiro	2	8
Teresópolis	2	8
Carmo	1	3
Casimiro de Abreu	1	3
Duque de Caxias	1	3
Iguaba Grande	1	3
Itaboraí	1	3
Itaguaí	1	3
Paracambi	1	3
Sapucaia	1	3
Saquarema	1	3
Total	30	100

Fonte: A autora, 2023.

A tabela 3 exhibe a frequência de outros diagnósticos atribuídos aos demandantes nos

processos judiciais. Verifica-se que em 60% (18) dos processos os demandantes possuíam apenas o diagnóstico de ECNP, enquanto que em 40% (12) dos processos analisados existiam outros diagnósticos relacionados.

Tabela 3 - Frequência dos diagnósticos elencados nos processos judiciais de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021

Diagnóstico	N	%
Apenas ECNP*	18	60
Outros diagnósticos	12	40
Total	30	100

Fonte: A autora, 2023.

OBS:* ECNP: Encefalopatia crônica não progressiva

A tabela 4 expõe a distribuição dos serviços requeridos nos processos segundo a existência ou não dos mesmos na lista no SUS. É possível perceber que 67% (20) dos pedidos das demandas judiciais analisadas constava na lista do SUS.

Pontua-se que os serviços pleiteados nos processos judiciais foram: eletromiografia, transferência hospitalar, terapia ocupacional (TO), psicologia, home care, fonoaudiologia, cirurgia, hidroterapia, ressonância, equoterapia, fisioterapia e método therasuit. Contudo, o único que não constava na lista de serviços oferecidos pelo SUS foi o método therasuit.

Enfatiza-se que ao pedir os serviços listados acima, os demandantes utilizaram como justificativa para a concessão, o direito à vida e o princípio de dignidade da pessoa humana.

Tabela 4 - Distribuição dos serviços requeridos em relação à sua existência na lista do SUS, nos processos judiciais de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021

Consta na lista do SUS	N	%
SIM	20	67
NÃO	10	33
Total	30	100

Fonte: A autora, 2023.

O quadro 2 mostra os fundamentos utilizados em 40% (4) dos processos que solicitavam o Método Therasuit, ao contestarem o pedido a fim de não concedê-lo.

Quadro 2 - Fundamentos da contestação para a não concessão do Método Therasuit, nos processos judiciais de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Janeiro no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021

Não estar disponível pelo SUS
Tratamento de alta complexidade
Altamente custoso
Sem comprovação científica da sua eficácia

Fonte: A autora, 2023.

A seguir, a tabela 5, demonstra a distribuição dos tratamentos solicitados pelos demandantes nos processos judiciais. Conforme exposto na tabela o serviço mais requerido nos processos foi o método therasuit 24% (10), o único que não consta na lista de serviços oferecidos pelo SUS. As demais especialidades solicitadas constam na lista do SUS: Fisioterapia 22% (9), equoterapia 12% (5), ressonância magnética 10% (4), cirurgia e hidroterapia 7% (3), fonoaudiologia e home care 5% (2), psicologia, eletromiografia, terapia ocupacional – TO e transferência hospitalar, 2% (1).

Tabela 5 - Distribuição dos tratamentos solicitados nos processos judiciais de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021

Tratamento	N	%
Método Therasuit	10	24
Fisioterapia	09	22
Equoterapia	05	12
Ressonância magnética	04	10
Cirurgia	03	7
Hidroterapia	03	7
Fonoaudiologia	02	5
Home care	02	5
Psicologia	01	2
Eletromiografia	01	2
Terapia Ocupacional	01	2
Transferência Hospitalar	01	2

Total	42	100
-------	----	-----

Fonte: A autora, 2023.

Ao analisar os desfechos das demandas judiciais evidenciou-se que a maioria dos processos, 97% (29), alcançou resultado deferido favoravelmente aos pacientes com ECNP, enquanto que 3% (1) obtiveram a decisão desfavorável.

Em relação aos 3% (1) que lograram o desfecho desfavorável, destaca-se que a justificativa se baseou na informação de que o interessado não apresentou provas suficientes e específicas sobre o tratamento solicitado, também não havia certeza sobre o número de sessões requeridas e que a não realização do tratamento requerido não ofereceria riscos à saúde.

Ao analisar os documentos dos 97% (29) que tiveram a sua decisão final favorável, foi possível evidenciar nas razões recursais semelhanças nas fundamentações utilizadas.

A tabela 6 mostra os fundamentos utilizados pelos entes federados nas razões recursais, e é possível observar que os principais argumentos se baseiam em princípios, sendo eles: a Reserva do Possível, a Separação dos Poderes, a Isonomia ou Igualdade, a Razoabilidade, a Legalidade e por fim os princípios do SUS, a universalidade, a integralidade e a equidade. Observa-se também, que o princípio mais usado pelos entes federados foi a reserva do possível, 20% (15).

Há também outros argumentos como a alegação de ilegitimidade passiva, a não oferta do tratamento pelo SUS, tratamento de caráter experimental, extrapolação na órbita de mínimo existencial, violação da Lei 8.080/90, inexistência de direito subjetivo e a impossibilidade de impor ao Poder Público o custeamento de ações em saúde.

Tabela 6 - Frequência das razões recursais utilizadas pelos entes federados nos processos judiciais de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021.

Fundamentos das razões- recursais	N	%
Reserva do Possível	15	20
Ilegitimidade passiva	13	17
Não ofertados pelo SUS	11	14
Princípio da Isonomia ou Igualdade	9	12
Princípio da Separação dos	8	11

Poderes		
Tratamento experimental	6	8
Extrapola a órbita do mínimo existencial	3	4
Princípio da Razoabilidade	2	3
Princípio da Legalidade	2	3
Violação da Lei 8.080/90	2	3
Respeito aos princípios do SUS	2	3
Inexistência de direito subjetivo	1	1
Impossibilidade de impor a Poder Público o custeamento de ações em saúde	1	1
Total	73	100

Fonte: A autora, 2023.

A tabela 7 expõe as justificativas utilizadas pelos autores dos processos para conquistarem o direito constitucional à saúde. Sendo, portanto, observado que as fundamentações foram baseadas na Constituição Federal de 1988, no Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, na Lei 8.080/1990, no Mínimo Existencial e na Constituição do Estado do Rio de Janeiro. Os artigos 6, 23, 196, 198 e 227 da Constituição Federal de 1988 apareceram mais vezes como fundamento da parte autora, 44% (26).

Tabela 7 - Distribuição das justificativas utilizadas pelos autores para a concessão do direito à saúde requerido, nos processos judiciais de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021

Justificativas	N	%
Constituição Federal de 1988 – artigo 6, 23, 196, 198. 227	26	44
Princípio da Dignidade da Pessoa Humana	13	22

Lei 8080/1990	12	20
Mínimo Existencial	5	9
Constituição Estadual – artigo 284	3	5
Total	59	100

Fonte: A autora, 2023.

O quadro nº3 apresenta o ano de distribuição e do julgamento do processo, permitindo evidenciar o tempo de duração deste processo. Nota-se que o tempo varia de caso para caso. Os processos judiciais que duraram menos foram julgados no mesmo ano da distribuição, em contrapartida, o que perdurou por mais tempo levou 10 anos para ser julgado.

Quadro 3 - Número, ano de distribuição e data do desfecho dos processos judiciais de tratamento por especialidade para a pessoa com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período de Janeiro de 2016 a Maio de 2021

Nº do processo	Ano de distribuição	Data do julgamento
0028645-74.2016.8.19000	2016	25/11/2016
0003841-03.2020.8.19.0000	2020	28/07/2020
0030659-60.2018.8.19.0000	2018	05/11/2020
0041725-03.2019.8.19.0000	2019	30/10/2019
0046921-85.2018.8.19.0000	2018	28/11/2018
0047267-36.2018.8.19.0000	2018	07/11/2018
0054283-12.2016.8.19.0000	2016	22/03/2017
0059336-03.2018.8.19.0000	2018	09/10/2019
0061290-55.2016.8.19.0000	2016	16/01/2017

0062629-49.2016.8.19.0000	2016	05/04/2017
00033562246.2016.8.19.0039	2016	29/11/2018
0003942-62.2015.8.19.0017	2015	05/12/2018
0022896-52.2012.8.19.0021	2012	10/10/2018
0000684-76.2017.8.19.0016	2017	12/02/2020
001302-80.2012.8.19.0053	2012	07/08/2019
0006241-19.2014.8.19.0026	2014	13/10/2016
0008313-63.2017.8.19.0061	2017	04/06/2018
0013526-09.2013.8.19.0023	2013	10/08/2017
0006241-19.2014.8.19.0026	2014	20/10/2016
0018181-85.2016.8.19.0001	2016	15/04/2021
0024470-92.2016.8.19.0014	2016	18/07/2018
0058383-41.2011.8.19.0014	2011	23/03/2021
0000683-27.2020.8.19.0068	2020	25/02/2021
0039203-68.2013.8.19.0014	2013	20/04/2020
0052429-77.2012.8.19.0014	2012	05/05/2020
0004011-33.2016.8.19.0026	2016	23/08/2017
0020574-17.2011.8.19.0014	2011	27/06/2017

0068524-20.2018.8.19.0000	2018	07/02/2019
0049850-28.2017.8.19.0000	2017	13/09/2017
0045278-29.2017.8.19.0000	2017	11/10/2017

Fonte: A autora, 2023.

Por fim, examinou-se os recursos interpostos pelos entes federados com o objetivo de identificar possíveis violações aos princípios do SUS e bioéticos. Para análise dos princípios e diretrizes do SUS utilizou-se a Lei 8.080/1990, também conhecida por Lei Orgânica da Saúde. E no que se refere aos princípios bioéticos, foram avaliados à luz de Beauchamp e Childress. Constatou-se que em 76% dos processos, houve violação tanto dos princípios do SUS, quanto dos princípios da Bioética. Em relação aos princípios do SUS foram desrespeitados por parte dos entes federados a universalidade, a integralidade e a equidade. Como também, identificou-se o desrespeito aos princípios bioéticos da autonomia, da não-maleficência, da beneficência e da justiça.

4 DISCUSSÃO

Os processos analisados foram demandas de pessoas portadoras de ECNP. Cabe elucidar que o paciente com ECNP possui atraso neuropsicomotor, ocasionado por uma lesão no Sistema Nervoso Central(SNC) ainda imaturo e em fase de desenvolvimento. A lesão no SNC causa comprometimento global no desenvolvimento infantil, sendo percebidos atrasos na área motora, sensorial, cognitiva, emocional e da linguagem (SOUZA; LOPES; PEREIRA, 2022).

A amostra pesquisada foi predominantemente masculina, o que está em consonância com outros estudos, como por exemplo, Santos et al., (2021) ao avaliarem o perfil epidemiológico dos pacientes com paralisia cerebral atendidos na clínica de fisioterapia da Universidade São Judas Tadeu, constataram predominância do sexo masculino com o percentual de 59,78% (52). Peixoto et al., (2020) evidenciaram que na cidade de Aracaju (SE) dos 240 participantes da pesquisa, 56,25% (135) eram do sexo masculino. Santos et al., (2019) verificaram que dos 30 pacientes englobados no estudo sobre o perfil epidemiológico e a disponibilidade da assistência multidisciplinar à saúde de crianças e adolescentes com paralisia cerebral atendidos em um hospital no Espírito Santo, 73,3% (22) pertenciam ao sexo masculino

Em contrapartida, Cavalcante et al., (2020) ao descreverem o perfil de pais e crianças com paralisia cerebral atendidas nos ambulatórios de Fortaleza no estado do Ceará, evidenciaram nos resultados obtidos que a distribuição percentual entre os sexos masculino e feminino foi equitativa.

Foi percebido na análise dos dados que 60% dos processos judiciais envolviam pessoas com deficiência apenas com o diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva, enquanto a outra parcela possuía também outros diagnósticos.

Em um estudo publicado por Moraes, Teixeira e Santos (2019) foi percebido que pessoas com deficiência com o diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva possuíam outros diagnósticos como a epilepsia, hidrocefalia congênita e transtornos globais de desenvolvimento.

Uma pesquisa sobre o desenvolvimento de um novo índice de comorbidade para adultos com encefalopatia crônica não progressiva e avaliação comparativa com índices comuns de comorbidade, pontuou que pessoas com níveis mais graves da deficiência têm maior carga de doença e mortalidade do que aqueles com níveis mais leves (WHITNEY; KAMDAR, 2021).

Este estudo incluiu 27 comorbidades relevantes para adultos com encefalopatia crôni-

ca não progressiva, dentre elas: doença pulmonar crônica, depressão, problemas gastrointestinais, arritmias cardíacas, hipotireoidismo, disfagia, deficiência intelectual, doença renal e outras (WHITNEY; KAMDAR, 2021).

Observou-se também que a maioria dos pedidos das demandas judiciais analisadas constava na lista do SUS, tais como: eletromiografia, transferência hospitalar, terapia ocupacional (TO), psicologia, home care, fonoaudiologia, cirurgia, hidroterapia, ressonância, equoterapia, fisioterapia, esta informação pode ser conferida no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIG-TAP) e também na Portaria nº 526/2020 a qual inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (BRASIL, 2020). Apenas o Método Therasuit que não está inserido na lista do SUS (MORAES; TEIXEIRA; SANTOS, 2019).

Nesse sentido restou configurada a dificuldade de acesso aos serviços do SUS, o que levou a busca dos serviços pela judicialização.

Segundo dados da pesquisa “Judicialização e Sociedade: Ações para Acesso à Saúde Pública de Qualidade”, apresentada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o relato mais comum vindo de quem necessita utilizar o sistema público de saúde é o longo tempo de espera para ter o atendimento, valendo tanto para o Pronto Atendimento de Urgência como também para os atendimentos e procedimentos especializados. Nesse cenário, o Poder Judiciário é acionado (BRASIL, 2021).

Diante das limitações funcionais referidas a ECNP, discute-se amplamente a importância da intervenção de equipe multidisciplinar na habilitação e na reabilitação desses pacientes (MONTEIRO et al., 2015).

(...) verifica-se que o trabalho multidisciplinar é cada vez mais valorizado, pois a integralidade do conhecimento implica na ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, verifica-se o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações (MONTEIRO et al., p. 379, 380, 2015).

Ressalta-se que nos resultados encontrados neste estudo, o Método Therasuit foi contestado em 40% dos processos pelos entes federados sob os seguintes fundamentos: não estar disponível pelo SUS, ser considerado um tratamento de alta complexidade, altamente custoso e sem comprovação científica da sua eficácia.

O Método Therasuit, consiste em um protocolo de treinamento neurointensivo, realizado por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, tem por objetivo melhorar a capacidade funcional e os déficits motores dos pacientes (MORAES; TEIXEIRA; SANTOS, 2019). Trata-se de uma modalidade terapêutica plenamente reconhecida pelo Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional pelo acórdão nº 11, de 02 de Abril de 2019 que foi publicado no Diário Oficial da União (DOU) em 04 de Abril de 2019, possuindo registro na ANVISA (BRASIL, 2019).

O Therasuit é constituído por: short, colete, joelheira e uma conexão que se encontra intercomunicada por um sistema de cordas elásticas, com o propósito de promover estabilização, facilitação e dar suporte aos grupos musculares, esse mecanismo produz estímulos sensoriais ao sistema nervoso central, pelos receptores sensoriais presentes em várias estruturas, para discriminar a posição e o movimento articular, inclusive a direção, amplitude, assim como a tensão realizada sobre os tendões (SANTOS et al., p. 3, 2022).

O Método Therasuit (englobando o dispositivo suit) não foi submetido a avaliação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – Conitec (MORAES; TEIXEIRA; SANTOS, 2019).

Em um estudo sobre o perfil da judicialização do Método Therasuit e seu custo direto no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, foi evidenciado o elevado índice de processos deferidos, mesmo com a indicação de outras possibilidades terapêuticas protocoladas pelo SUS. Deve ser considerado também que ao deferir o tratamento pelo Método Therasuit há o comprometimento de recurso público (MORAES; TEIXEIRA; SANTOS, 2019).

As Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral, elaboradas pelo Ministério da Saúde, recomenda os tratamentos disponíveis pelo SUS a pacientes com a deficiência (MORAES; TEIXEIRA; SANTOS, 2019).

Ao verificar a evidência científica do Método Therasuit em pacientes com ECNP, os estudos realizados sobre o tema concluíram que há carência de pesquisas que comprovem sua eficácia (SILVA et al., 2019; NOVAK et al., 2020; SANTOS et al., 2022).

A equoterapia foi solicitada em 12% dos processos, ela é um método terapêutico e educacional de abordagem multidisciplinar que faz uso do cavalo a fim de promover o desenvolvimento da pessoa com deficiência (SILVA et al., 2020).

Esta abordagem exerce impulsos de locomoção que são emitidos durante o deslocamento do cavalo. Tais impulsos estimulam os reflexos posturais bem como outros sistemas

como o sensitivo, musculoesquelético, límbico, vestibular e ocular (SILVA; SOUTO, 2020).

Portanto, a pessoa com disfunção neuromotora irá se adaptar frente ao padrão de marcha do cavalo. Diante disso, a equoterapia favorece na aquisição da regulação do tônus muscular, controle postural, força muscular, coordenação motora, dissociação de cinturas e equilíbrio (SILVA; SOUTO, 2020).

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO, em 27 de Março de 2008, por meio da Resolução nº 348 reconheceu a equoterapia como recurso terapêutico da fisioterapia e da terapia ocupacional. Recomenda-se que o profissional atue com base no diagnóstico cinético-funcional, em consonância com a Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF, e de acordo com os objetivos terapêuticos específicos de sua área de atuação (COFFITO, 2008).

Segundo Araújo, Ribeiro e Silva (2010), em um estudo descritivo realizado no Centro de Equoterapia da Polícia Militar, em São Luís, Maranhão, a intervenção semanal com duração de 45 minutos durante 1 ano proporcionou ganhos significativos como simetria da postura na coordenação dos movimentos e na tonicidade muscular, aprimorando habilidades motoras e contribuindo para o prognóstico da marcha.

Castro e Magalhães (2019) corroboram com essa ideia destacando que além dos avanços clínicos relacionados ao controle motor, a equoterapia proporciona também ganhos de caráter social e emocional. Em vista disso, considera como uma abordagem efetiva na ECNP e é oferecido pelo SUS.

A hidroterapia ou fisioterapia aquática foi requisitada em 7% dos processos. É regulamentada como especialidade da fisioterapia através da resolução nº 443 de 2014 pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO (COFFITO, 2014).

A hidroterapia é uma abordagem da fisioterapia que vem sendo incorporada nos tratamentos de pessoas com ECNP (SCHMITZ; STIGGER, 2015). Pode promover o desenvolvimento da criança com ECNP, considerando que na água o movimento se facilita pela ação das propriedades da água atuantes sobre o corpo imerso (GUTIERRES, 2003).

Segundo Schmitz e Stigger (2015), a hidroterapia é eficaz na dor, na melhora da mobilidade articular, da força muscular, da funcionalidade e no condicionamento físico.

Estudo realizado sobre influência da hidroterapia na psicomotricidade de crianças com ECNP identificou que há a melhora significativa na coordenação e equilíbrio, lateralidade, esquema corporal, orientação espacial e orientação temporal (ARROYO; OLIVEIRA, 2007).

Silva et al., (2019) concluíram que a hidroterapia associada com a fisioterapia convencional promove ganhos clínicos rápidos, pois dentro da água é possível realizar movimentos

de fora dela não ocorrem, além de contribuir para a diminuição da espasticidade, fortalecimento muscular, ganho de amplitude de movimento e diminuição de movimentos descoordenados.

Nos resultados apresentados também se evidenciou o pedido de tratamentos por especialidade terapêutica, ou seja, fisioterapia (22%), fonoaudiologia (5%), psicologia (2%) e terapia ocupacional (2%).

As crianças com ECNP apresentam deficiências quanto a sua própria consciência do corpo, gerando prejuízo na noção de espaço e também na dificuldade de se adaptar ao mundo. Visto que apresentam limitações para vivenciar novas experiências e sensações pelas limitações corporais apresentam perdas no seu auto conceito (GOMES; PRADE, 2015).

A atuação da psicologia direciona-se tanto para obter o máximo desenvolvimento da motricidade, da linguagem, da adaptação, da socialização e emocional da pessoa com ECNP. Quanto prestando assistência à família que precisa ser co-terapeuta (GOMES; PRADE, 2015).

Estudo publicado por Dias et al. (2010) avaliou-se a evolução da função motora e foram identificadas as dimensões funcionais mais e menos comprometidas em crianças o ECNP submetidas a tratamento multidisciplinar (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e pedagogia) durante 4 meses.

Constatou-se que o tratamento multidisciplinar potencializa a função motora grossa e o desempenho funcional da criança com ECNP, sendo possível observar ganhos nas dimensões de deitar e rolar, engatinhar e ajoelhar, postura ortostática, andar, correr e pular (DIAS et al.; 2010).

Em compensação, na postura sentada não se notou evolução clínica (DIAS et al.; 2010). Isto se justifica pelos diferentes graus de comprometimento entre as crianças selecionadas para o estudo e também pela relação direta entre grau de comprometimento e expectativa de desempenho funcional (DIAS et al.; 2010).

Paixão e colaboradores (2017), em uma pesquisa em que se avaliava a intervenção interdisciplinar da terapia ocupacional e da fonoaudiologia para a aquisição de habilidades de integração viso-motora em uma criança diparética, concluíram que houve evoluções positivas nos itens de habilidades de percepção visual e de coordenação motora fina.

Considerando que é de responsabilidade do Estado prestar assistência integral à população, entende-se como seu dever garantir o pleno fornecimento à população tanto das especialidades discutidas acima, como também da ressonância magnética (10%), da eletromiografia (2%), do serviço de home care (5%), das cirurgias (7%) e da transferência hospitalar (2%).

Adiante serão discutidas as razões recursais observadas na análise dos processos judi-

ciais por parte dos entes federados como justificativa para não concessão do que fora solicitado.

A Teoria da Reserva do Possível surgiu como razão de recurso em 20% dos processos. Certamente, a proteção e a promoção da saúde são essenciais para a dignidade da pessoa humana. Entretanto, a saúde não é um direito absoluto, visto que existem limitações quando enfrenta restrições financeiras e orçamentárias do Estado (DE SOUSA; MASCARENHAS, 2020).

Diante da finitude dos recursos orçamentários do Estado e das necessidades públicas infinitas, vem sendo utilizada a alegação da Teoria da Reserva do Possível, e isto coloca em xeque a efetivação de um direito (DE SOUSA; MASCARENHAS, 2020).

Já há tempo averbou-se que o Estado dispõe apenas de limitada capacidade de dispor sobre o objeto das prestações reconhecidas pelas normas definidoras de direitos fundamentais sociais, de tal sorte que a limitação dos recursos constitui, segundo alguns, em limite fático à efetivação desses direitos. Distinta (embora conexa) da disponibilidade efetiva dos recursos, ou seja, da possibilidade material de disposição, situa-se a problemática ligada à possibilidade jurídica de disposição, já que o Estado (assim como o destinatário em geral) também deve ter a capacidade jurídica, em outras palavras, o poder de dispor, sem o qual de nada lhe adiantam os recursos existentes (SARLET; FIGUEIREDO, p.10, 2008).

Mesmo que o Estado possua os recursos e tenha o “poder de disposição” não lhe atribui a obrigação de prestar algo que esteja para além dos limites do razoável. Deste modo, tem-se a seguinte concepção, não cabe ao Estado prestar um serviço de assistência social a um indivíduo que possui plena capacidade de prover seu sustento (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

A reserva do possível possui uma dimensão tríplice:

a) efetiva disponibilidade fática dos recursos para a efetivação dos direitos fundamentais; b) disponibilidade jurídica dos recursos materiais e humanos, que guarda íntima conexão com a distribuição das receitas e competências tributárias, orçamentárias, legislativas e administrativas, entre outras, e que, além disso, reclama equacionamento, notadamente no caso do Brasil, no contexto do nosso sistema constitucional federativo; c) já na perspectiva (também) do eventual titular de um direito a prestações sociais, a reserva do possível envolve o problema da

proporcionalidade da prestação, em especial no tocante à sua exigibilidade e, nesta quadra, também da sua razoabilidade (SARLET; FIGUEIREDO, p. 11, 2008).

Essa dimensão tríplice se correlaciona uns com os outros e possui íntima conexão com outros princípios constitucionais, também impõem um equacionamento sistemático e constitucionalmente harmônico a fim de garantir sob a ótica do princípio da máxima eficácia e efetividade dos direitos fundamentais, o asseguramento dos direitos sociais de caráter prestacional (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

De acordo com Sarlet e Figueiredo (2008) a reserva do possível não integra os direitos fundamentais. Considerando a sua complexidade, a teoria da reserva do possível é um limite jurídico e fático dos direitos fundamentais. Todavia, diante de dado cenário poderá atuar na garantia de direitos fundamentais.

por exemplo, nahipótese de conflito de direitos, quando se cuidar da invocação – desde que observados os critérios da proporcionalidade e da garantia do mínimoexistencial em relação a todos os direitos fundamentais – da indisponibilidade derecursos com o intuito de salvaguardar o núcleo essencial de outro direito fundamental (SARLET; FIGUEIREDO, p. 11, 2008).

A CF de 1988 em seu conteúdo como deve ser realizada a aplicação dos recursos orçamentários, e isso acarreta em uma decisão baseada na conjuntura socioeconômica global e os órgãos políticos competentes ficam com a responsabilidade de definir as linhas gerais das políticas na esfera socioeconômica. Desta forma, a efetivação dos direitos sociais em seu estado de direitos subjetivos a prestações, é visto como um problema em termos de competências constitucionais. Competindo ao legislador dentro das reservas orçamentais, dos planos econômicos e financeiros, das condições econômicas e sociais do país, assegurar as prestações integradoras dos direitos sociais, econômicos e sociais (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

De certo é cada vez mais aparente a crise acerca da efetividade dos direitos fundamentais, considerando a conexão com a maior ou menor disponibilidade de recursos para atender as demandas em termos de políticas sociais. Quanto menor a disponibilidade de recursos, mais se exige uma medida a respeito da sua deliberação, e isso faz refletir sobre a necessidade de se repensar e aprimorar os mecanismos de gestão do orçamento público seja na administração das políticas públicas, na atuação do legislador e na esfera administrativa (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

É responsabilidade de todos os órgãos estatais e agentes políticos de aumentar os recursos e diminuir as conseqüências da reserva do possível. O que se observa é que a reserva do possível vem sendo usada como argumento impeditivo da intervenção judicial e ferramenta para a omissão do Estado na efetivação dos direitos fundamentais especialmente os sociais (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

Farena (1997) acrescenta:

As alegações de negativa de efetivação de um direito social com base no argumento da reserva do possível devem ser sempre analisadas com desconfiança. Não basta simplesmente alegar que não há possibilidades financeiras de se cumprir a ordem judicial; é preciso demonstrá-la. O que não se pode a evocação da reserva do possível converte-se “em verdadeira razão de Estado econômica, num AI-5 econômico que opera, na verdade, como uma anti-Constituição, contra tudo o que a Carta consagrada em matéria de direitos sociais (FARENA, p. 12, 1997 apud ARAÚJO et al., 2017).

Silva e Nascimento (2022) destacam que a aplicação da Teoria da Reserva do Possível no Brasil tem se dado de maneira equivocada, visto que a realidade econômica e social é distinta da Alemanha. E a mesma tem sido impedimento para a efetivação dos direitos fundamentais sociais e não somente uma limitação a realização desses direitos. Acrescenta que no contexto do Brasil existe apenas o questionamento sobre a disponibilidade dos recursos por parte do Estado para a implementação dos direitos, não observando pretensão pleiteada e a razoabilidade.

Um direito social sob “reserva dos cofres cheios” equivale, na prática, a nenhuma vinculação jurídica (CANOTILHO, p. 481, 2004 apud SILVA; NASCIMENTO, p. 4, 2022).

Portanto, como esclarecem Bilibio e Longo (2021), na aplicação da teoria da reserva do possível existe a compreensão que o Estado realiza aquilo que é razoavelmente esperado para cumprir os direitos sociais constitucionalmente petrificados. Logo, distancia-se a responsabilidade do Estado com as demandas judiciais, visto que o mesmo opera todos os esforços possíveis para cumprir com as obrigações estabelecidas constitucionalmente, não sendo assim sinalizada a omissão governamental.

Também destaca que a teoria da reserva do possível possui aceitação constitucional e aplicabilidade, mas apenas irá se ressaltar sobre o mínimo existencial caso o Estado justifique de forma clara o prejuízo para a coletividade (BILIBIO; LONGO, 2021).

Necessário sinalizar que os direitos sociais são direitos de “satisfação progressiva” entendendo que mesmo não sendo possível assegurar integralmente, o Estado tem como obrigação empenhar esforços no planejamento para que seja possível a realização contínua e progressiva das prestações (BILIBIO; LONGO, p. 6, 2021).

Entende-se que tanto o esforço progressivo quanto ao uso da teoria da reserva do possível pode ser provado na própria Constituição Federal em seus artigos 195º, 198º e 212º, dispondo sobre o planejamento e gerenciamento de orçamentos, estabelecendo percentuais mínimos de aplicação para a saúde (BILIBIO; LONGO, 2021).

Destarte, é inconcebível que o Estado não fundamente e implemente políticas públicas para beneficiar a população fazendo uso da justificativa da ausência de recursos financeiros. O Estado deverá diante das limitações orçamentárias privilegiar as demandas urgentes e estabelecer os critérios (SILVA; NASCIMENTO, 2022).

A ilegitimidade passiva foi usada como razão de recurso em 17% dos processos. A alegação de ilegitimidade passiva segundo o Código de Processo Civil – Lei 13.105, de 16 de março de 2015 é:

Art. 338. Alegando o réu, na contestação, ser parte ilegítima ou não ser o responsável pelo prejuízo invocado, o juiz facultará ao autor, em 15 (quinze) dias, a alteração da petição inicial para substituição do réu (BRASIL, 2015).

Art. 339. Quando alegar sua ilegitimidade, incumbe ao réu indicar o sujeito passivo da relação jurídica discutida sempre que tiver conhecimento, sob pena de arcar com as despesas processuais e de indenizar o autor pelos prejuízos decorrentes da falta de indicação (BRASIL, 2015).

A Constituição Federal de 1988 em seu conteúdo declara sobre a competência comum entre os entes federados na garantia da proteção e promoção a saúde de sua população.

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, 1988).

Asensi (2015) declara que a competência comum não significa que todos os entes federados possuem os mesmos deveres e atribuições. A CF de 1988 e especialmente o artigo 15 da Lei Orgânica da Saúde (LOS) determinam responsabilidades comuns e específicas a cada ente federado.

Tais atribuições são elementos essenciais para que governos consigam promover estratégias que visem a efetivação da saúde. Também há as competências exclusivas a cada ente federado (ASENSI, 2015).

O SUS possui financiamento dos três entes administrativos, devendo ser apresentadas ações e políticas de saúde para prever a hierarquização e a regionalização dos serviços, o atendimento às demandas da população é responsabilidade compartilhada, sendo obrigação a sua promoção por distintas instâncias com hierarquias de graus de complexidade. Cabe aos municípios a função de oferecer a atenção básica e compete a União e Estado os serviços mais complexos e especializados (SANTOS; SILVA, 2019).

O princípio de isonomia foi alegado em 12 % dos processos judiciais. Também é conhecido como princípio da igualdade. A isonomia assegura que todos são iguais perante a lei considerando suas particularidades.

Segundo D'Oliveira (2010) é o pilar de sustentação de qualquer Estado Democrático de Direito. É certo que este princípio fica sob as interpretações difundidas em dado momento histórico e cultural, possui como embasamento um fundamento principal a negativa aos privilégios e distinções desproporcionais e isso conseqüentemente colidia com os interesses da classe dominante, utilizando-se de interpretações errôneas acerca do princípio.

Na via judicial, nas decisões que julgam a tutela do direito à saúde não se tem observado a consideração ao fundamento principal do princípio da isonomia (RODRIGUES DE ARAÚJO; GARCIA, 2022).

É inegável que o direito à saúde é fruto e construção histórica e que ele de fato existe, porém a viabilização deste deverá efetivar-se de forma a não proporcionar injustiças, favorecendo aqueles que possuem como única alternativa o tratamento gratuito, devendo o Estado priorizar as ações sociais para quem delas mais necessitem. (GARCIA, 2016, p. 30 apud RODRIGUES DE ARAÚJO; GARCIA, p. 172, 2022.)

Para Rodrigues de Araújo e Garcia (2022) os direitos sociais, especialmente, o direito à saúde enfrentam sobrecarga de caráter administrativo, jurídico, social e orçamentário para se concretizar. Visto que há falhas na distribuição de recursos financeiros públicos no Brasil, acarretando na impossibilidade de atender a todos que necessitam dos serviços de saúde, gerando a judicialização, “bem como a inobservância e infração do princípio constitucional da Isonomia (p. 172).”

Acrescenta que em caso de duas pessoas acometidas pela mesma doença e uma delas recorresse a um tratamento específico haveria um desequilíbrio orçamentário e prejudicaria o

direito à saúde no âmbito coletivo. Isto ocorre, pois, tais decisões judiciais obrigam o Poder Público a arcar com determinado tratamento individual e onera a alocação de verbas destinadas à coletividade (RODRIGUES DE ARAUJO; GARCIA, 2022).

Corroborando com os autores acima, Lima e Maluf (2018) pontuam que quando o município é obrigado a prestar um atendimento em saúde que não está planejado dentro das políticas públicas de saúde deverá utilizar seu orçamento em detrimento da saúde da coletividade.

Pondera-se que o direito público no atendimento à saúde, levando em conta as decisões judiciais em favor apenas dos demandantes pode vir a fragmentar e desestruturar o sistema público de saúde. Pois, exclui as minorias, os mais necessitados e os sem acesso a justiça, indo na contramão a um sistema de saúde universal e igualitário (VAL; PELEGRINO, 2020).

Todavia, como diz Val e Pelegrino (2020) não é possível negar que o Poder Judiciário busca equilibrar e materializar os direitos sociais.

De acordo com Ávila e Melo (2018) no fenômeno da judicialização nota-se o protagonismo do Poder Judiciário diante da implementação de políticas públicas através de decisões judiciais para a garantia de acesso individual ou coletivo aos bens jurídicos. Tal prática está sujeita a crítica de que o Poder Judiciário vem se intrometendo em questões de natureza política, afetando os outros poderes.

Diante dessa colocação, que os autos alegam em seus recursos (11%) que as decisões ferem o princípio da Separação dos Poderes.

Os direitos prestacionais, enquanto direitos positivos demandam dos Poderes ações garantam sua concretização. Vinculam o Poder Executivo na efetivação de políticas públicas e de meios que assegurem sua realização, o Poder Legislativo na criação dessas políticas e de leis que lhes complementem e o Poder Judiciário em seu controle, buscando que a Constituição Federal seja colocada em prática (MORAES; LEAL, p. 45 e 46, 2016).

Dessa forma, os direitos fundamentais exigem ações para sua máxima concretização. Ou seja, a constitucionalização desses direitos tem o poder de permitir que o Poder Judiciário intervenha a favor da proteção do conteúdo constitucional (MORAES; LEAL, 2016) e assim parafraseando Michelman (2005, p. 134 apud MORAES; LEAL, p. 46, 2016) “o problema da constitucionalização de direitos sociais se torna principalmente, se não exclusivamente, uma questão de separação dos Poderes”.

Os embates acerca do princípio da Separação dos Poderes encontram-se envolvidas em um ponto referente a qual órgão pertence qual competência. Também se encontra maior

adversidade quando estão em jogo direitos que precisam de prestações positivas e a definição da competência de cada um dos Poderes. Pontuam ainda que a função prestacional direitos fundamentais coloca em debate a divisão de Poderes (MORAES; LEAL, 2016).

Segundo Ferreira e Viana (2020) o Poder Executivo denota ineficiência na concretização dos direitos fundamentais. Sendo assim, são muitas demandas ajuizadas a fim de garantir o acesso a bens de saúde em todo o território nacional, parte delas chegam ao STF para análise judicial de último grau.

A exemplo, a decisão do STF no Recurso Extraordinário 1047362 em que se debatia a obrigatoriedade do Estado em fornecer medicamento, o Ministro Gilmar Mendes destaca o princípio da norma do artigo 2º da Constituição Cidadã:

(...) Quanto à violação ao princípio da separação de poderes, destaco ser pacífico nesta Corte o entendimento no sentido de que não configura desrespeito a tal princípio decisão do Poder Judiciário que, diante de situações excepcionais, determina ao Estado o dever de adotar medidas assecuratórias de direitos constitucionalmente assegurados (BRASIL, 2018 apud FERREIRA; VIANA, p. 16, 2020).

Ferreira e Viana (2020) alegam que há casos em que o judiciário pode atuar de maneira positiva, obrigando ao executivo a agir na implementação de políticas públicas.

Na compreensão do Tribunal de Justiça Mineiro, a intervenção na fila de atendimento do SUS, não fere a isonomia ou o princípio da separação dos poderes, porque o Estado tem que prestar o atendimento ao paciente, cabendo, as vias imporem multa diária à Fazenda Pública (FERREIRA; VIANA, 2020).

A intromissão do Poder Judiciário obrigando uma ação do Poder Executivo no direito à saúde, não fere ao princípio da Isonomia. Por outro lado, essa intromissão se considerados os critérios mínimos para a tomada de providências constitucionalmente apropriadas, é via para a garantia do direito a vida e a dignidade da pessoa humana (FERREIRA; VIANA, 2020) e satisfação do direito fundamental (SANTOS; SILVA, 2019).

Utilizou-se como alegação recursal que a decisão judicial extrapola os limites do mínimo existencial em 4% dos processos judiciais. Como já dito anteriormente o mínimo existencial é a garantia de condições mínimas necessárias para a vida digna (CARVALHO et al., 2021).

Da vinculação dos direitos humanos ao poder tributário surge o conceito de mínimo existencial, para todo aquele que se situa abaixo do patamar da capacidade contribu-

tiva. Essa linha de raciocínio assevera que, no que tange à proteção à saúde no SUS enquanto direito, em face de sua universalização, pode haver extrapolação do mínimo existencial ao permitir seu uso inclusive pelos mais privilegiados economicamente (CARVALHO et al., 2021).

O princípio da razoabilidade foi utilizado como fundamento em 3% dos processos judiciais. Entende-se que o princípio de razoabilidade constitui um dos instrumentos de justiça (DA SILVA, 2009).

Brevemente em um apanhado histórico, o princípio de razoabilidade tem sua origem e desenvolvimento associado à garantia do adequado processo legal, instituto ancestral anglo-saxão (SILVA, 2019), que com sua evolução, no direito norte-americano evoluiu da garantia processual a material, possibilitando que o judiciário controle os méritos dos atos do poder público (JUNIOR, 2014).

Há alguns doutrinadores que correlacionam o princípio da razoabilidade ao da proporcionalidade. Luís Roberto Barroso pontua que a doutrina e a jurisprudência tanto da Europa continental quanto a do Brasil, fazem menção ao princípio de proporcionalidade, possuindo estes, relação de fungibilidade (NISHIYAMA, 2011).

Mas, em contraponto, André Ramos Tavares, citando a doutrina de Raphael de Queiroz, destaca que os dois princípios se diferem na sua classificação e nos elementos que o constituem, pois a razoabilidade é mais ampla que a proporcionalidade (NISHIYAMA, 2011).

O princípio da proporcionalidade se insere no da razoabilidade, “havendo uma ligação entre a razoabilidade e a qualidade de atuação concreta, bem como entre a proporcionalidade e a quantidade da razoabilidade, visando à proibição do excesso” (NISHIYAMA, p. 224, 2011).

Na atualidade, o princípio da razoabilidade é utilizado para além do Direito Constitucional, como também pelas outras áreas do conhecimento jurídico, visando o princípio da unidade do sistema (NISHIYAMA, 2011).

O Poder Judiciário pode retificar ou invalidar o ato discricionário que infrinja o princípio da razoabilidade, pois nessa circunstância não será avaliado o “mérito, a conveniência e a oportunidade”, no entanto a violação da lei (NISHIYAMA, p. 231, 2011).

Tal princípio é um parâmetro de valor para os atos do Poder Público para fiscalizar se estão apropriados ao valor superior próprio a todo o ordenamento jurídico: a justiça (NISHIYAMA, 2011).

A definição do princípio de razoabilidade é:

mais fácil de ser sentido do que conceituado; o princípio se dilui em um conjunto de proposições que não o libertam de uma dimensão excessivamente subjetiva. É razoável o que seja conforme à razão, supondo equilíbrio, moderação e harmonia; o que não seja arbitrário ou caprichoso; o que corresponda ao senso comum, aos valores vigentes em dado momento ou lugar (BARROSO, p. 224, 2003 apud NISHIYAMA, p. 231, 2011).

Silva (2019) pontua que o princípio da razoabilidade é uma ferramenta com o objetivo de evitar abusos nas ações administrativas. Partindo do entendimento que mesmo quando o administrador público possua uma relativa liberdade na tomada de decisões em suas mãos, não deva fazer escolhas irracionais.

O princípio da razoabilidade na Constituição Federal de 1988 está inserido no art. 5º, inciso LIV, “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal” (BRASIL, 1988).

Segundo Nishiyama (2011), também está inserido de forma implícita no princípio de isonomia, art. 5º, caput, da Constituição Federal:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes (...). (BRASIL, 1988).

O princípio da legalidade foi utilizado como recurso pelos entes federados em 3% dos processos judiciais.

Previsto no inciso II, do Art. 5º da Constituição Federal, o princípio da legalidade determina que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”(BRASIL, 1988).

O princípio da legalidade surge como maneira de proteger o indivíduo frente o Estado, sendo a lei o instrumento de limitação do poder (GASPARETTO, 2012).

E também no art. 37 estabelecendo que:

A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte (...). (BRASIL, 1988).

Segundo D'Arbo (2011) tanto o direito administrativo quanto o princípio da legalidade nasceram com o Estado de Direito, sendo a fundamental garantia de respeito aos direitos individuais, atentando para a submissão da Administração Pública as leis.

No Estado de Direito, o poder está com a sociedade, que deve exercer através dos representantes e a legalidade garante que o governo não será egoísta, personalista (D'ARBO, 2011).

Há três fatores que devem ser considerados sobre este princípio: “diferenciação entre o direito regulador da Administração e do direito privado, atribuição jurisdicional ao Conselho de Estado e necessidade de equilíbrio entre os direitos dos administrados e as prerrogativas da Administração” (GASPARETTO, p. 242, 2012).

A legalidade concede ao Poder Legislativo a função de elaborar as leis e ao Poder Executivo a aplicação das mesmas (GASPARETTO, 2012).

De maneira específica o princípio da legalidade significa que a Administração apenas possui sua ação permitida quando há prévia determinação legal, ou seja, por algum dos atos normativos previstos na Constituição Federal (GASPARETTO, 2012).

Logo, é determinado que o administrador em todas as suas ações deve estar sujeito ao que é determinado por lei e as exigências do bem comum. Em caso de ato inválido, o administrador será responsabilizado de forma disciplinar, civil e criminal (D'ARBO, 2011).

Gasparetto (2012) sinaliza que a lei escrita nem sempre é capaz de garantir os direitos aos cidadãos.

Num Estado como o Brasil, com o notório caráter social da Constituição de 1988, é legítimo – e, sobretudo, de Direito – o exercício do poder enquanto suas ações são dirigidas no sentido de satisfação das necessidades sociais, individuais e coletivas da população. A submissão à lei como suficiente à consagração do Estado de Direito, entretanto, não pode prosperar. Exige-se mais. Exige-se que este Estado volte suas ações no sentido de efetivação dos direitos fundamentais dos cidadãos. E quando aqui mencionamos Estado, a afirmação é proposital: o dever é do Estado como um todo, não somente do Legislativo ou do Executivo. Logo, parece adequada a atribuição deste dever de concretização constitucional não ser restrita ao Legislativo. Quanto mais naquelas situações em que este não se mostra apto para tanto (GASPARETTO, p. 243, 2012).

É necessária a atuação do legislador para garantir a efetividade dos direitos fundamen-

tais, e isso se dará mediante políticas sociais e econômicas (D'ARBO, 2011).

Para tanto, compete ao Poder Executivo e ao Legislativo a formulação de leis que regulamentem as políticas públicas e efetivem o direito à saúde (D'ARBO, 2011).

A violação da Lei Orgânica da Saúde – 8.080/90 foi usada como recurso pelos entes federados em 3% dos processos judiciais, não foi observado capítulo em específico.

A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, bem como também a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990).

Possui como efeito descrever na legislação infraconstitucional as diretrizes asseguradas pela Constituição de 1988. Reafirmando pontos centrais da CF de 1988, destacando o compromisso do Estado em garantir saúde para a população, todavia também evidencia o papel do indivíduo, da comunidade e realça a idéia de conceito ampliado de saúde com um bem-estar físico, mental e psicossocial, deixando de lado aquela concepção de saúde como sinônimo de cuidar dos que adoecem (CAMPOS, 2020).

A lei 8.080 define o que é o SUS, o seu conjunto de ações e serviços a serem prestados por instituições públicas. Faz o delineamento do que é e designa a sua organização, funcionamento, objetivos, atribuições, competências e etc. “A lei preconiza um sistema que seja único, e cria normas intrassistêmicas e formas de pactuação entre essas esferas de modo a constituir um todo único, importante para a garantia do direito à saúde” (CAMPOS, p. 2, 2020), estabelecendo uma relação entre as estruturas administrativas.

Também apareceu como recurso por parte dos entes federados, o argumento de respeito aos princípios dos SUS, isso ocorreu em 3% dos processos judiciais.

No tocante, os princípios do SUS visam proporcionar ao indivíduo o acesso a ações e serviços de saúde de forma universal, igualitária e equânime, como meio de tentar equiparar as injustiças na saúde.

A Lei 8.080/90 em seu 7º artigo define que os serviços públicos de saúde ou aqueles privados/conveniados que forem contratados para integrar o SUS devem estar de acordo com o disposto no artigo 198 da CF de 1988 e seguindo os seguintes princípios: universalidade, integralidade, preservação da autonomia das pessoas, igualdade na assistência, direito a informação, divulgação de informações, utilização da epidemiologia, participação da comunidade, descentralização político-administrativa e etc (BRASIL, 1990).

De acordo com Polakiewicz e Tavares (2018), o poder judiciário na judicialização, exige da secretaria de saúde validar um acesso desigual ao SUS, visto que alguns produtos licitados serão designados exclusivamente aqueles que utilizaram a via judicial.

Nesse ponto de vista, questiona se a saúde é um direito de todos, quando é deferido um caso de benefício pessoal, considerando que há o aumento das diferenças na conquista desse direito, ofendendo então os princípios de igualdade, equidade e justiça distributiva. Para tanto, são necessárias ações visem o direito coletivo, concordando com o princípio de isonomia (POLAKIEWICZ; TAVARES, 2018).

Segundo Costa, Silva e Ogata (2020) o orçamento não previsto obriga que o gestor realoque os recursos que anteriormente eram destinados para áreas estratégicas de cuidado e assistência as necessidades coletivas para suprir a necessidade de uma pequena parcela da população. Acrescenta que agrava os princípios do SUS como igualdade, equidade e integridade, evidenciando as iniquidades sociais. Portanto, a judicialização estaria sendo associada como “maximizado do acesso desigual em saúde, uma vez que é um meio desconhecido ou inviável por grande parte da população” (p. 157). Sendo caracterizada enquanto estratégia excludente, pois é utilizada por aqueles com maior poder socioeconômico e melhor nível de instrução (COSTA; SILVA; OGATA, 2020).

Em contrapartida, Ventura et al., (2010) percebem a judicialização enquanto facilitadora na promoção da igualdade.

Foi possível observar dois outros argumentos que surgiram cada um em 1% das demandas judiciais, a saber, a inexistência de direito subjetivo e a impossibilidade de impor ao Poder Público o custeamento de ações em saúde.

“Apesar de ser um direito social, o direito à saúde possui também uma dimensão subjetiva individual, sendo a um só tempo, portanto, um direito de viés programático e um direito oponível ao Estado judicialmente (RAMOS; DINIZ, p. 174, 2017).”

De acordo com Silva (2017) com a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde alcançou a categoria de direito subjetivo público, admitindo, que o individuo é possuidor de direitos e o Estado é obrigado em garantir.

Segundo Reale (2001) o direito subjetivo é uma expressão do dever jurídico, simplificando, é o reflexo de algo que é devido a alguém como resultado de uma regra de direito.

Direito subjetivo, existe quando a circunstância subjetiva “implica a possibilidade de uma pretensão, unida a exigibilidade de uma prestação ou de um ato de outrem”. Ou seja, entende-se como núcleo do conceito de direito subjetivo, a pretensão. Pois, se espera reciprocidade aquilo que é pretendido por um sujeito e aquilo que é devido pela outra parte ou que ao menos entre a pretensão do titular do direito subjetivo e o comportamento exigido exista “proporcionalidade compatível com a regra do direito aplicável a espécie” (REALE, p. 244, 2001). A pretensão conecta o modelo normativo e a experiência concreta.

Segundo Kist (2022), os autores Marinoni, Arenhart e Mitidiero definem o direito subjetivo enquanto uma posição jurídica ativa qualificando um sujeito diante da ordem jurídica em função da incidência da norma jurídica. Os autores citados declaram:

O direito subjetivo constitui uma vantagem atribuída a alguém em função da incidência de uma norma jurídica. Essa vantagem consiste em uma permissão jurídica específica de aproveitamento de determinado bem. Essa permissão para o aproveitamento de um determinado bem pode se realizar mediante uma prestação (um dar, um fazer ou não fazer) ou mediante uma sujeição (uma submissão a um poder de alterar unilateralmente a ordem jurídica). O direito subjetivo constitui o campo por excelência da proteção da liberdade na ordem jurídica. (MARINONI; ARENHART; MITIDIERO, p. 23, 2020 apud KIST, p. 18, 2022).

No direito material, por exemplo, o direito subjetivo, se evidencia na incidência da norma constitucional que garante o direito à saúde (KIST, 2022). A população pode exigir do Estado o acesso a bens e serviços de saúde (VIEIRA, 2020).

Adiante serão discutidas as justificativas para a concessão do direito à saúde.

A Constituição Federal de 1988 nos seus artigos 6º, 23º, 196º, 198º, 227º surgiu em 44% das decisões finais. Os artigos da CF de 1988, evidenciados nos processos judiciais em seu conteúdo esclarecem que a saúde é um direito fundamental social juntamente com o trabalho, a educação, a moradia, o lazer, a previdência social, a proteção a infância e a maternidade (artigo 6º) (BRASIL, 1988; ALVES; BITENCOURT, 2016), sendo de competência comum dos da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (artigo 23º) (BRASIL, 1988).

O artigo 196 dispõe que a saúde é (i) direito de todos e (ii) dever do Estado, portanto é a responsabilidade do Estado garantir o direito por meio de políticas públicas e econômicas, possibilitando o acesso universal, igualitário e integral a todos os cidadãos (BRASIL, 1988; ALVES; BITENCOURT, 2017).

O artigo 198 ressalta que o sistema de saúde público compõe uma rede regionalizada e hierarquizada, que devem seguir as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Por fim, o artigo 227º, sinaliza o dever comum da família, do Estado e da Sociedade em assegurar a criança, ao adolescente e ao jovem o direito a saúde, a vida e outros mais direitos (BRASIL, 1988).

A CF de 1988 possui uma concepção ampla de saúde (ITAGYBA; MOÇO, 2021), não conceituando apenas como uma condição de presença ou ausência de doença, contudo percebe a saúde enquanto um estado de completo bem-estar físico e social (RAMOS; DINIZ,

2017).

Quando a Constituição Federal preconiza que a saúde deve ser garantida mediante políticas públicas e econômicas visando a redução de risco de doenças e outros agravos, deixa de lado a concepção de saúde puramente biológica que predominava nas ações estatais que visavam apenas à prevenção e tratamento de doenças contagiosas (RAMOS; DINIZ, 2017).

Corroborando com o dito anteriormente, a Constituição do Estado do Rio Janeiro em seu artigo 284º aparece em 5% dos processos judiciais, a qual estabelece:

Art. 284 - O Estado e os Municípios, com a União, integram um conjunto de ações e iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e assistência sociais, de conformidade com as disposições da Constituição da República e das leis (DE JANEIRO, 1989).

A Lei 8.8080/1990 surge em 20% dos processos judiciais como justificativa para a concessão do direito à saúde. Esta lei estabelece os princípios doutrinários e norteadores do Sistema Único de Saúde, estes princípios podem ser observados em seu artigo 7º (ZENKNER; JUNIOR, 2016).

Segundo Zenkner e Junior (2016) os princípios de universalidade, integralidade e equidade são reconhecidos geralmente como ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização compreendidos como organizacionais.

Por atenção à saúde entende-se meios curativos como também preventivos, tanto individuais quanto coletivos, observando as necessidades individuais e coletivas, mesmo que seja uma parcela minoritária da população (ZENKNER; JUNIOR, 2016).

O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana surge como fundamento em 22% dos processos judiciais. Como já pontuado em outro momento, a Constituição Federal de 1988, em artigo 1º, inciso III, lista a Dignidade da Pessoa Humana como princípio fundante do Estado Democrático de Direito (ALVES; BITENCOURT, 2017), não sendo em si um direito fundamental, porém um parâmetro de ponderação (BILIBIO; LONGO, 2021).

Segundo Figueiredo (2007 apud ALVES; BITENCOURT, p. 106, 2016), descrevem que:

Tem-se atribuído a dignidade da pessoa humana a função de elemento verificador da ordem Constitucional, conferindo-lhe unidade de sentido e legitimidade da Constituição. Unidade de sentido de operar como critério hermenêutico e elemento de integração, enquanto referencial axiológico na hierarquia jurídica. E elemento de legiti-

midade por tratar de questões condizentes com a própria razão de ser do poder estatal (FIGUEIREDO, 2007 apud ALVES; BITENCOURT, p. 106, 2017).

Ao reconhecer constitucionalmente o princípio, a sua positivação informa muito além do sentido, finalidade, objetivo e justificação do exercício do poder do Estado, mas também forma a ideia de que o Estado existe em função da pessoa humana, e não o contrário, a pessoa humana existir em função do Estado, pois a pessoa humana é a finalidade, e não o meio da atividade estatal, logo isso permite que sejam impostos limites às atividades e ao poder estatal (ALVES; BITENCOURT, 2017).

A dignidade da pessoa humana é uma “característica intrínseca e indissociável (...), irrenunciável e inalienável”(ALVES; BITENCOURT, p, 105, 2017), assegurando a pessoa humana de eventuais abusos do Estado que, tem por obrigação prover a proteção Constitucional procedendo de maneira ativa e promocional no que diz respeito aos direitos fundamentais relacionados à saúde (ALVES; BITENCOURT, 2017).

Compreende que o princípio da dignidade da pessoa humana opera dupla função, por integrar os direitos fundamentais pode identificá-lo como núcleo essencial e também por ser um significativo elemento de proteção dos direitos contra as medidas de restrição impostas pelo Estado no acesso aos direitos fundamentais (ALVES; BITENCOURT, 2017).

Portanto, o princípio da dignidade da pessoa humana está alicerçado no “reconhecimento do social, ou seja, na valoração positiva de pretensões de respeito social”(ALVES; BITENCOURT, p. 106, 2017). Em seu sentido jurídico, não pode ser definida baseada em um conteúdo ou qualidade, porque a dignidade configura uma categoria que presume o próximo, nesta conformação, o bem sujeito na tutela jurídica deveria representar a solidariedade entres os humanos, não permitindo imaginar a dignidade humana separada de um conjunto concreto de reconhecimento e significado social (ALVES; BITENCOURT, 2017).

É certo que há um elo entre os direitos fundamentais e o princípio da dignidade da pessoa humana, sendo uma chave para qualquer interpretação constitucional sobre os direitos fundamentais (ALVES; BITENCOURT, 2017).

Este princípio executa duas funções, é centro gravitacional para os direitos fundamentais e também é elemento para a sua proteção. Fazendo parte inseparável do direito a vida e aos demais direitos fundamentais e fundamentais sociais, o direito a saúde está intimamente ligado ao princípio da dignidade humana, pois é a base da ordem jurídica constitucional brasileira, oferecendo-lhe proteção contra abusos de poder (ALVES; BITENCOURT, 2017).

Para Puschinski e Maciel (2022) existem quatro funções relacionadas ao princípio da

dignidade da pessoa humana.

A primeira função é a de fundamentação de novos direitos advindos da criação jurisprudencial, “essa função é frequentemente utilizada nas situações em que são reconhecidos - ou não - novos direitos pela Jurisprudência nacional (PUSCHINSKI; MACIEL, p. 501, 2022)”.

A segunda função do princípio é amparar na interpretação correta de um direito já existente no ordenamento jurídico. Podemos entender essa função enquanto vetor interpretativo para dar a um direito uma caracterização mais humanista, inclusiva, igualitária e social (PUSCHINSKI; MACIEL, 2022).

A terceira função diz respeito a limitação das ações do Estado e também a ações entre particulares. Função conhecida como a eficácia negativa do princípio da dignidade da pessoa humana, invocando o princípio como regra impeditiva de determinadas condutas (PUSCHINSKI; MACIEL, 2022).

A quarta e última função está relacionada em auxiliar no juízo de ponderação ou na interpretação em que haja a predominância de um direito em prejuízo de outro.

No campo hermenêutico, a dignidade da pessoa humana atua também como um importante critério para a ponderação entre interesses constitucionais conflitantes. Ela enseja a atribuição de um peso superior *prima facie* aos bens jurídicos mais importantes para a proteção e promoção da dignidade, e de um peso menor aos interesses mais afastados do princípio (SARMENTO, p. 81, 2019 apud PUSCHINSKI; MACIEL, p. 509, 2022).

Logo, essa última função serve como suporte para o ordenamento jurídico atual. Pois, existindo conflito entre direitos, deve prevalecer aquele que mais se aproxima para materializar a dignidade humana (PUSCHINSKI; MACIEL, 2022).

De acordo com Puschinski e Maciel (2022) a delimitação das funções do princípio da dignidade da pessoa humana no Direito Brasileiro é a chave para evitar o desgaste que o princípio sofre dia a dia com o seu uso indiscriminado em toda ação judicial, tornando cada vez mais abstrato.

O mínimo existencial está presente em 9% das justificativas a favor do acesso ao direito a saúde. Segundo Ferreira (2022) o conceito de mínimo existencial abrange o que é necessário para se viver uma vida digna para todo ser humano.

Segundo Nascimento (p. 67, 2021) “o mínimo existencial não é um grupo universalmente classificado”. Mudando de acordo com o local e região, inclusive no mesmo país.

Combinando a capacitação para praticar as capacidades políticas, civis, de economia e de cultura que irão estabelecer o grau de mínimo existencial. Não há o envolvimento de apenas questões econômicas.

Verdan (p. 5, 2017) pontua que é “imprescindível que subsista a promoção de direitos sociais para a identificação de patamares necessários de tutela da dignidade humana, a fim de promover o reconhecimento de um direito-garantia do mínimo existencial social”. Corroborando com esta ideia, Bilibio e Longo (2021) esclarecem sob a mesma perspectiva que a dignidade humana estará realmente assegurada quando um conjunto de direitos mínimos também estiverem realmente assegurados, sendo estes pertencentes ao núcleo mínimo existencial.

O conceito de mínimo existencial não pode ser reduzido ao direito à sobrevivência na sua dimensão unicamente natural ou biológica, mas é preciso ampliar a compreensão visando uma vida em patamares mais dignos, ponderando “a incorporação da qualidade social como novo conteúdo alcançado por seu âmbito de proteção” (VERDAN, p. 5, 2017). Logo, o conceito de mínimo existencial não pode ser definido como sinônimo de mínimo vital ou mínimo de sobrevivência, pois este último está relacionado a garantia da vida humana, sem ter comprometimento com as condições de manter uma vida digna (VERDAN, 2017).

É certo que ao implementar o mínimo existencial, é presumido, de forma clara a estruturação de políticas públicas pelo Poder Público, principalmente no que diz respeito ao que sustenta os direitos sociais, dentre o direito a educação e o direito à saúde que recebem maior atenção (VERDAN, 2017).

Portanto, a políticas públicas têm por objetivo, especialmente, garantir o acesso de todos ao mínimo existencial para a concretização do princípio da dignidade da pessoa humana. “A efetividade do mínimo existencial tem uma importância fundamental em sua dimensão prestacional, pois é por meio de políticas públicas de distribuição de renda e serviços que se pretende promover a justiça social (ALENCAR, p. 3, 2018).”

Conclui-se que não existe a possibilidade de haver uma vida digna sem a mínima proteção ao direito à saúde, fazendo com que o cidadão se direcione a jurisdição constitucional diante das limitações em seu direito a saúde, e assim o Poder Judiciário ter que ponderar os princípios para a concretização do direito fundamental social à saúde no Estado Democrático de Direito (ALVES; BITENCOURT, 2017).

Parafraseando Weber (p. 3, 2013 apud Nascimento, p. 67, 2021), “existir não é somente sobreviver”.

A duração dos processos variou aproximadamente de 1 ano a 10 anos. O princípio da celeridade estabelece que o processo tenha uma resolução rápida, atendendo a finalidade plei-

teada, satisfazendo o interesse daquele que submeteu seu pleito à tutela jurisdicional e que necessitou de uma resposta eficaz dentro de um período de tempo adequado (RAMOS; NOVAIS, 2022).

Os autores complementam que para alcance desse objetivo é necessário que vigore um critério de decisão. Isso quer dizer que quando o demandante requer seu direito, é legítimo que existindo, o mesmo seja concedido o mais breve possível (RAMOS; NOVAIS, 2022).

Atualmente no Brasil em decorrência do crescente número de processos judiciais percebe-se fragilidades no funcionamento da Justiça brasileira tanto na comum quanto na especial (RAMOS; NOVAIS, 2022).

A Emenda Constitucional 45/2004 prevê reformas processuais necessárias ao ordenamento jurídico nacional, estabelecendo o inciso LXXVIII ao 5º da CF “a todos, no âmbito judicial e administrativo, são assegurados a razoável duração do processo e os meios que garantam a celeridade de sua tramitação. (BRASIL, 2004; RAMOS; NOVAIS, 2022)”.

Com o desenvolvimento da pesquisa, foi possível evidenciar que em 76% dos processos houve violação aos princípios da bioética e aos princípios doutrinários do SUS. Enfatiza-se que os princípios da bioética violados foram autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Os princípios doutrinários violados do SUS foram a universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde.

A utilização da bioética no debate sobre a judicialização da saúde é importante, pois:

A Bioética é uma ferramenta de grande importância para análise dos problemas éticos das instituições de saúde pública e políticas públicas no campo da saúde. Todas as legislações e políticas de saúde que regulem os temas relativos à vida humana e a saúde pública devem ser estudados tendo como âmbito a Bioética (OLIVEIRA; RIBEIRO; ALEXANDRE, 2020).

MOTTA e PAULO (2020) destacam que a contextualização histórica da bioética proporciona a compreensão desse campo não apenas teórico, contudo acadêmico e da práxis. Para tanto, dois eventos são importantes para o surgimento da bioética como enunciado por REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA (2009):

O primeiro seria a reflexão do oncologista estadunidense Van Ressenlaer Potter, que em 1970 propôs o nome e a concebeu como a “ponte” entre a ciência da natureza e as humanidades, enfatizando a união entre os componentes que ele considerava como os mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, o conhecimento bioló-

gico e os valores humanos; o segundo, a fundação, pelo ginecologista e obstetra holandês radicado nos Estados Unidos André Hellegers, do Kennedy Institute of Ethics, vinculado à Georgetown University, na cidade de Washington nos Estados Unidos, no mesmo ano (MOTTA; PAULO, p. 2437, 2020 apud REGO, PALÁCIOS ESQUEIRA-BATISTA 2009, p. 14-15)

Segundo Barchifontaine e Trindade (2019) bioética se refere às obrigações de caráter ético dos humanos, é um campo de conhecimento vasto com discussões da existência humana.

Motta e Paulo (2020) acrescentam que a bioética poder ser vista sob diferentes modelos e correntes de análise teórica, possuindo cada uma delas vantagens e desvantagens.

A bioética flui dentro de diversos saberes técnico-científicos. Possuindo caráter multidisciplinar, ramificando seus debates para áreas do direito, ciências sociais, antropologia, psicologia etc. Nas ciências da saúde, os debates centravam-se nas condutas da equipe médica e no relacionamento médico-paciente. Mais a frente, há o movimento de abertura desse campo de discussão, abarcando também as políticas públicas, economia e a compreensão sociológica da exclusão social (BARCHIFONTAINE, TRINDADE, 2019).

Os estudos da bioética fundamentam-se em valores morais e éticos, que são considerados para o desenvolvimento das nações, no seu valor social nas discussões sobre saúde pública. Logo, a bioética tem o papel de fundamentar as políticas públicas relacionadas a saúde, deliberando normas para as instituições, profissionais, procedimentos de cuidado e tomada de decisão (BARCHIFONTAINE, TRINDADE, 2019).

Acredita-se que a bioética:

tem como base a transparência das informações, o reconhecimento dos interesses diversos, o respeito às divergências, a mediação de conflitos, a formulação reformulação de acordos, considerando que muitas verdades são transitórias (...) [em razão] das desigualdades, da diversidade e da complexidade da vida contemporânea (CARVALHO, 2013 apud BARCHIFONTAINE, TRINDADE, p. 440, 2019).

Na perspectiva do princípalismo bioético são assegurados quatro princípios formulados no Relatório de Belmont com o intuito de discorrer sobre os conflitos morais e éticos que aludam sobre a saúde. São eles: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (OLIVEIRA; RIBEIRO; ALEXANDRE, 2020).

O princípio de autonomia, com significado grego de autogovernar, reconhece que o indivíduo possui o livre arbítrio de agir conforme suas crenças e valores pessoais, cabendo ao

indivíduo tomar suas decisões de acordo com o que acredita ser o correto (MOTTA; PAULO, 2020).

De acordo com Beauchamp e Childress (2013) é essencial pontuar sobre a autonomia pessoal a qual se diferencia do autogoverno político: “o governo pessoal do eu que é livre tanto de interferências controladoras por parte de outros como de limitações pessoais que obstam a escolha expressiva da intenção, tais como a compreensão inadequada (BEAUCHAMP; CHILDRESS, p. 138, 2013)”.

Nessa perspectiva, a pessoa com autonomia age livremente seguindo um trajeto escolhido por ela mesma, do mesmo modo como um governo independente gerencia seu território e estabelece suas políticas. Deste modo, ao refletir sobre uma pessoa com a autonomia reduzida, percebe-se que de algum modo esta é controlada por terceiros ou é inapta de agir segundo seus desejos e planos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Existem duas convicções atreladas à autonomia, (i) as pessoas deveriam ser tratadas com autonomia e (ii) as pessoas que tem sua autonomia reduzida precisam ser protegidas (OLIVEIRA; RIBEIRO; ALEXANDRE, 2020).

Beauchamp e Childress (2013) entendem que a não-maleficência é um dever de não causar mal intencionalmente. Na ética médica, foi fortemente associada a *Primum non nocere*: “Acima de tudo (ou antes de tudo), não causar dano (BEAUCHAMP; CHILDRESS, p. 209, 2013)”. Essa verbalização é utilizada por profissionais da área da saúde com frequência, mesmo que não haja tanta clareza quanto sua origem e suas implicações.

Existe uma distorção na compreensão de “ao menos, não cause dano (BEAUCHAMP; CHILDRESS, p. 209, 2013)”. Distorcida tendo em vista que na passagem de Hipócrates é estabelecida uma obrigação de não-maleficência e uma obrigação de beneficência. Ou seja, cabe ao profissional da área da saúde usar do seu conhecimento e do seu julgamento a fim de assistir o paciente, mas em tempo algum para prejudicá-lo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

O princípio da beneficência de acordo com o Relatório de Belmont é uma obrigação, devendo estar atentos a regras básicas como: não fazer o mal, maximizar os benefícios e minimizar os possíveis danos (OLIVEIRA; RIBEIRO; ALEXANDRE, 2020).

Segundo Beauchamp e Childress (2013) a beneficência demanda mais que o princípio de não-maleficência, devido ao fato que os agentes necessitam agir de maneira positiva para auxiliar os outros e não unicamente privar-se de realizar atos nocivos.

Acrescenta que:

O termo não-maleficência é às vezes usado em sentido amplo, incluindo a prevenção de danos e a eliminação de condições prejudiciais. Contudo, a prevenção e a eliminação requerem atos positivos de beneficiar outros, pertencendo, portanto antes à beneficência que a não-maleficência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, p. 281, 2013).

Na obra de Beauchamp e Childress (2013), os autores fazem a menção de termos como equidade, merecimento (o que é merecido) e prerrogativa (aquilo que alguém tem direito) em uma busca de pontuar que filósofos anteriormente já visavam nomear, destacar o que é justiça. Deste modo, tais ideias compreendem a justiça enquanto um “tratamento justo, equitativo e apropriado” partindo do ponto central daquilo que é devido às pessoas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, p. 352, 2013). Nessa direção, quando um indivíduo possui uma requisição válida com base na justiça tem um direito, logo alguma coisa lhe é devido. Do mesmo modo ocorre em circunstâncias de injustiças, visto que houve uma ação incorreta ou uma omissão rejeitando as pessoas um benefício segundo um direito ou permitindo a distribuição de encargos de maneira equitativa.

É certo que como afirma Oliveira, Ribeiro e Alexandre (2020) todos aqueles que necessitam da saúde pública deveriam dispor nas mesmas possibilidades de acesso ao direito à saúde, todavia diante das disparidades sejam elas clínicas ou sociais há um tratamento desigual, mas deve-se buscar a igualdade conferida na Constituição Federal (OLIVEIRA; RIBEIRO; ALEXANDRE, 2020).

Em relação ao SUS, possuímos três princípios doutrinários, a universalidade, a integralidade e a equidade.

Ao ser estabelecido o princípio da universalidade, o acesso à prestação do serviço público deve ocorrer para todos os cidadãos – caráter genérico e universal (PANAZZOLO, 2020). Devendo ser igualitário a todos e sem discriminação (CUNHA, 2019).

Segundo Panazzolo (2020) o princípio da universalidade é a garantia do acesso aos direitos fundamentais sociais que são materializados através das políticas públicas, agrega que este é consequente do princípio de isonomia, pois o serviço público deve ser prestado com a igualdade de tratamento entre aqueles que buscarem acesso.

A universalidade retrata a obrigação de universalizar o acesso aos direitos sociais fundamentais que são garantidos pelos serviços públicos, sendo portanto, exigência para o cumprimento dos objetivos fundamentais registrados na Carta Magna (PANAZZOLO, 2020).

A universalidade é caracterizada quando a maior quantidade de pessoas do espaço geográfico do país tem acesso a serviços públicos e com condições econômicas apropriadas

(PANAZZOLO, 2020).

No direito brasileiro a universalidade é compreendida como dever, que procede da vinculação do serviço público aos direitos fundamentais, a população sendo detentora dos direitos fundamentais e o Estado é o prestador de serviço público. Logo, com a vinculação do serviço público aos direitos fundamentais, nota-se que, ao considerar a particularidade de cada caso, o serviço público deve ser prestado a todos sempre que possível (PANAZZOLO, 2020).

Para Kalichman (2016), o princípio da integralidade é o mais desafiador dentre todos os outros quando se fala sobre construção conceitual e prática. Ele dita a organização dos serviços, abraçando os saberes dos profissionais, de usuários e da comunidade, “buscando amalgamar, nos planos da gestão e da assistência, a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de um cuidado efetivo à saúde (KALICHMAN, p. 2, 2016).”

A integralidade é um conceito de “ruptura histórica e institucional”, pois é uma crítica à oposição entre as intervenções curativas e preventivas. No conteúdo da Carta Magna do Brasil é evidenciado que o atendimento integral deverá priorizar as ações de prevenção, evitando qualquer prejuízo as ações de assistência. Logo, cabe afirmar que os usuários do SUS têm o direito de atenção as suas necessidades. Esta narrativa leva ao princípio de equidade, que na sua essência visa o combate às iniquidades sociais e econômicas (OLIVEIRA et al., 2021).

Tais iniquidades acarretam prejuízo no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde, diante disso é preciso estar atento às necessidades coletivas e individuais, estabelecer ações nos locais onde essas iniquidades estão mais evidentes (OLIVEIRA et al., 2021). No campo de formulação de políticas públicas o conceito de iniquidades se estabeleceu como sinônimo “de toda e qualquer desigualdade injusta a ser permanentemente evitada ou combatida” (BARROS; SOUSA, 2016).

A autora Whitehead, referência internacional em equidade em saúde entende que as iniquidades se constituem a partir de diferenças evitáveis e injustas (BARROS; SOUSA, 2016).

No cenário brasileiro no campo da Saúde Coletiva há a compreensão que para superar as desigualdades em saúde é necessário a formulação de políticas públicas que sejam equânimes, reconhecendo por um lado que a saúde enquanto um direito de cidadania e, por outra perspectiva como forma de promover a justiça (BARROS; SOUSA, 2016).

É certo que o SUS possui desigualdades. O SUS institucionalizou o acesso universal e igualitário e dito isso a exclusão formal esgotou-se. Todavia, não terminou as iniquidades

provenientes da desinformação e a deformação de políticas públicas estando presente os privilégios e a discriminação (BARROS; SOUSA, 2016).

Para o atendimento universal e integral na saúde é preciso que haja o financiamento verdadeiramente qualificado a suprir tal demanda. Os autores complementam que:

se levarmos em conta o comportamento do gasto em saúde na América Latina, não é difícil concluir que há uma patente incapacidade de assegurar coberturas universais, sendo os recursos altamente dependentes de regimes contributivos, ao que se soma a vulnerabilidade dessa política em relação ao comportamento pró-cíclico do gasto público, além de um elevado gasto privado (BARROS, SOUSA, p. 13, 2016).

O SUS entendido como política pública foi fundamentado na perspectiva do acesso universal, da igualdade e da justiça social. A equidade se manifesta em duas vertentes: (a) tratar a todos de forma igualitária, predominando a igualdade e a universalidade, e (b) tratar os desiguais de forma desigual, possuindo dois desdobramentos (b1) priorizar aqueles que são mais necessitados, condição socioeconômica e (b2) dar prioridade aos grupos específicos, tendo por critério de risco (BARROS; SOUSA, 2016).

Alguns autores brasileiros discorrem sobre a equidade sob duas perspectivas, vertical e horizontal. A primeira é entendida como desigualdade entre os desiguais, ou seja, "uma regra de distribuição desigual para indivíduos que se encontram em situações distintas"; já a segunda compreensão é a igualdade dos iguais, significando a distribuição de maneira igualitária àqueles que estão em igualdade de condições (BARROS; SOUSA, 2016).

De acordo com Barros e Sousa (2016) as normas que regem o SUS abarca o entendimento de equidade horizontal.

Por fim, pontua:

A equidade comporta distintas dimensões em sua análise, dentre as quais são mais comumente utilizadas a oferta (recursos humanos e capacidade instalada); o acesso e utilização de serviços; o financiamento (despesa pública e familiar); a qualidade da atenção; a situação de Saúde e as condições de vida da população (BARROS; SOUSA, p. 16, 2016).

Diante disso, é importante entender a equidade como a estratégia, tática para o alcance da igualdade no gozo de condições de saúde adequadas e no acesso aos serviços de saúde que partem desde a promoção, prevenção e recuperação da saúde considerando todas as dispa-

ridades sociais, étnicas, culturais e econômicas do nosso país. Isto poderá ser realizado por meio da averigação das políticas públicas e nos serviços de saúde a fim de combater tal situação (BARROS; SOUSA, 2016).

CONCLUSÃO

A saúde certamente é o bem mais valioso que todo cidadão possui, além de garantir que todos tenham sua participação ativa em diferentes papéis sociais.

O direito à saúde adentra no texto constitucional na Carta Magna de 1988 e representa avanço significativo em relação à garantia de direitos sociais à população, independente das condições econômicas do país.

A Constituição Federal de 1988 materializa o SUS e o fortalece enquanto um conjunto de ações e serviços de saúde públicos. Tendo por princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade.

Este deve ser dirigido de acordo com o artigo 196, sendo dever do Estado prover a saúde mediante políticas econômicas e sociais.

O direito à saúde está intimamente relacionado ao princípio da dignidade da pessoa humana e ao conceito de mínimo existencial. Pois, para o indivíduo ter dignidade, muitas vezes há necessidade da existênciadireitos sociais. Nesse sentido, cabe ao Estado prover a dignidade humana, através da garantia do mínimo existencial às pessoas, fornecendo a todos uma vida plena. Sendo assim, quando o Estado falha na garantia do mínimo existencial, seja na saúde, educação ou na alimentação, o mesmo deixa de assegurar a dignidade humana.

Ao longo dos 32 anos de existência do SUS é notável os avanços do sistema de saúde, mas também é perceptível suas fragilidades no atendimento às demandas de saúde nos seus serviços e ações de saúde. É visível as falhas na gestão do SUS, a restrição no orçamento, a falta de investimentos, a omissão e inércia do Estado, estas questões levantadas afetam a garantia de condições mínimas de saúde a população.

Os cidadãos ao se depararem com esse cenário do SUS, onde não conseguem ter suas demandas de saúde atendidas, acabam buscando a judicialização da saúde.

O presente estudo alcançou os objetivos propostos e, em apertada síntese, mostrou que a judicialização da saúde para pessoas com ECNP no Rio de Janeiro ocorreu na maioria dos casos para tratamentos credenciados no Sistema Único da Saúde; a distribuição por sexo era majoritariamente masculina; dentre os locais de residência dos demandantes havia diferentes municípios do Estado do Rio de Janeiro, entre eles Campos dos Goytacazes, Itaperuna, Rio das Ostras, São João da Barra, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Teresópolis, Carmo, Casimiro de Abreu, Duque de Caxias, Iguaba Grande, Itaboraí, Itaguaí, Paracambi, Sapacuaia e Saquarema. Constatou-se também que a maior parte dos demandantes em questão

possuía algum outro diagnóstico além da encefalopatia crônica não progressiva, corroborando com dados de outras pesquisas com a mesma população. E em relação à distribuição dos serviços requeridos verificou-se que a maior parte deles está disponível no SUS.

Além disso, houve também outros achados na pesquisa com relação aos motivos de contestação para a não concessão do Método Therasuit, sendo evidenciado que o mesmo não está disponível no SUS, ser um tratamento de alto custo, de alta complexidade e sem evidência científica da sua eficácia.

Por fim, notou-se que na maior parte dos processos analisados houve violações nos princípios do SUS e nos princípios da Bioética sob a perspectiva de Beauchamp e Childress.

Destaca-se que as demandas judiciais ocorreram na sua grande parcela pela postura pouco acessível da Administração Pública, levando o cidadão a se direcionar ao Poder Judiciário para ter sua demanda observada.

Desta forma, pondera-se que a não efetivação do direito à saúde é a não efetivação de outros direitos sociais, tendo por vista o conceito ampliado de saúde. Pois, a falta de um determinado tratamento poderá acarretar no acesso da pessoa com deficiência com ECNP a escola, ao trabalho, dificultar o seu desempenho em atividades de vida diária e prejudicar diretamente seu bem-estar biopsicossocial.

Ficou claro que o SUS é efetivo, entretanto, é imprescindível a implementação de políticas públicas visando o melhor acesso aos serviços e ações de saúde para toda a população.

Ressalta-se que alguns dos processos poderiam ter sido evitados em um cenário em que recebesse da gestão pública a apropriada atenção, não somente atendendo ou encaminhando a demanda, todavia, expondo a justificativa sobre a impossibilidade de fornecimento do que fora pleiteado e indicando alternativas possíveis ao indivíduo.

Compreende-se que a judicialização da saúde nos dias atuais é uma aliada do SUS, frente a carência de políticas públicas de saúde, sendo portanto meio para a garantia da efetivação do direito à saúde e também como exercício da cidadania.

Ao observar a pesquisa vê-se que a judicialização da saúde foi usada sempre que houve a omissão do Poder Executivo e/ou Legislativo em prover bens de saúde, como cirurgias, exames e tratamentos como a psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia e outros que constam na lista de serviços do SUS.

Faz necessário examinar que o direito à saúde não define que toda prestação de saúde requerida deva ser cedida pelo Estado. Neste caso, refiro ao Método Therasuit ao qual não consta na lista de serviços e ações prestados pelo SUS e foi solicitado em 24% dos processos. Destaca-se que existem outras possibilidades de tratamentos que podem ser estabelecidos co-

mo, por exemplo, o Conceito Neuroevolutivo Bobath.

Além disso, pode-se concluir que o ideal seria evitar a judicialização, mas isso só será possível fortalecendo o SUS com a valorização da saúde pública, através de investimento e gestão de qualidade.

Por fim, o Poder Judiciário vêm atuando a fim de viabilizar o acesso universal e igualitário às ações da saúde diante da omissão do Poder Executivo e Legislativo frente às demandas das populações mais carentes e menos assistidas.

O papel do Poder Judiciário no direcionamento de políticas públicas deve ser entendido como uma garantia do cidadão exigir do Estado a concretização de um direito fundamental. Direito fundamental estabelecido na Constituição Federal de 1988 e que precisa da atuação imparcial e com precisão para satisfazer as necessidades da população.

Fica claro sobre a necessidade de se repensar o cuidado em saúde para pessoas com ECNP. É preciso implementar políticas públicas para essa população que sejam realmente eficazes e se atentem às especificidades da deficiência.

As pessoas com deficiência com ECNP estão desassistidas aonde deveria haver assistência, pois serviços que constam como presentes no SUS, na realidade não são de fácil acesso e com isso a judicialização da saúde se tornou o caminho mais efetivo.

Pensar em saúde de qualidade é visionar uma vida de qualidade em diferentes contextos.

Destaca-se que a pesquisa possui como limitações o tamanho da amostra e o fato de ter sido realizada apenas no tribunal de justiça do estado do Rio de Janeiro. Todavia, acredita-se que favoreça a reflexão sobre o tema e contribua para a realização de mais pesquisas nesse campo, visto que é um tema inédito e de grande relevância social, colaborando, desta forma para a elaboração de políticas públicas que reduzam as iniquidades apresentada.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Anne Carolinne Tavares Pereira de. A legitimidade do Poder Judiciário para implementar políticas públicas: os direitos fundamentais sociais, a garantia do mínimo existencial e a teoria da reserva do possível. **Conteúdo Jurídico**, Brasília, DF, 01 ago. 2018.
- ALVES, C. G.; BITENCOURT, C. M. O Direito Fundamental Social à Saúde na Constituição de 1988: A Garantia da Dignidade da Pessoa Humana entre o Poder Judiciário e a Ponderação de Princípios. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGDir./UFRGS**, [S. l.], v. 11, n. 3, 2017.
- AMIRALIAN, Maria LT et al. Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 97-103, 2000.
- ANJOS, Elisângela César dos Santos; RIBEIRO, Danilo da Costa; MORAIS, Leonnardo Vieira. Judicialização da saúde: uma revisão sistemática de literatura das iniciativas de diálogo institucional intersectorial. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit. (Impr.)**; v.10; n.1; p. 113-128, jan.- mar, 2021.
- ARAÚJO, Ana Eugenia Ribeiro Araujo; RIBEIRO, Valdinar Sousa; SILVA, Barbara Tereza Fonseca da. A equoterapia no tratamento de crianças com paralisia cerebral no Nordeste do Brasil. **Fisioterapia Brasil**, v. 11, n. 1, 2010.
- ARROYO, C.T; OLIVEIRA, S.R.G. Atividade aquática e a psicomotricidade de crianças com paralisia cerebral. **Motriz**, v. 13, n. 2, p. 97- 105, Abr./jun., 2007.
- ASENSI, Felipe. Responsabilidade solidária dos entes da federação e “efeitos colaterais” do direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 145-156, 2015.
- ÁVILA, Ana Paula Oliveira; MELO, Karen Cristina Correa de. Separação dos poderes e diálogos institucionais nos litígios envolvendo o direito à saúde. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 5, n. 1, p. 83-108, jan./abr., 2018.
- BANDER, Renata; KALIL, Gilberto. Embate entre os princípios do mínimo existencial e da reserva do possível: a judicialização da saúde. **Revista Jurídica**, v. 3; n. 1, p. 1-24, 2020.
- BARCHIFONTAINE, Christian de Paul; TRINDADE, Marcos Aurélio. Bioética, saúde e realidade brasileira. **Revista Bioética**, v. 27, n. 3, p. 439-445, jul. 2019.
- BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significados e implicações para o SUS. **Sáude e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016.
- BARROSO, Luiz Roberto. Ano do STF: Judicialização, ativismo e legitimidade democrática. **Revista Consultor Jurídico**, 2008.
- BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Principles of Biomedical Ethics**. 7ª ed. New York: Oxford University Press: 2013.

BILIBIO, R. A.; LONGO, M. A. B. . Minimum existential and possible reserve in health lawsuits and the consequences for the principle of equality. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 8, p. e46010817622, 2021.

BOWONIUK WIEGAND, Bárbara; LEAL DE MEIRELLES, Jussara Marial. Saúde das pessoas com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa na perspectiva bioética. **rev.latinoam.bioet.**, Bogotá , v. 19, n. 2, p. 29-44, Dec. 2019.

BRANCO, Marisa Lucena; TORRONTEGUY, Marco Aurélio Antas. O SUS na fronteira e o Direito em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 932-945, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal; 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.

BRASIL. Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade/Conselho Nacional de Justiça; **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. – Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: [Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade-16072021.pdf](#) (cnj.jus.br).

BRASIL. **Lei 8080**, 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 setembro de 1990a.

BRASIL. **Lei nº 13.105**, de 16 de março de 2015. Dispõe sobre o novo código civil. Brasília, 2015.

BRASIL. **Lei nº 13.146**, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.060**, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Portaria nº 526**, de 24 de Junho de 2020. Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Presidência da República. Constituição (1988). **Emenda constitucional n. 45, de 30 de dezembro de 2004**. Altera dispositivos de diversos artigos da Constituição Federal, e acrescenta o artigo 103B, dentre outros.

CAMARGOS, Ana Cristina Resende et al. Relação entre independência funcional e qualidade de vida na paralisia cerebral. **Fisioterapia em Movimento [online]**, v. 25, n. 1, p. 83-92, 2012.

CAMPOS, Thiago. As ações realizadas através desse SUS, que nasce da lei 8.080, são a última fronteira de civilidade e proteção do povo brasileiro, 24 set. 2020. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/acoes-realizadas-atraves-desse-sus-que-nasce-da-lei-8080-sao-a-ultima-fronteira>>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CARVALHO, André Luís Bonifácio de; DINIZ, Andrey Maia Silva; BATISTA, Bianca Nóbrega de Medeiros; BARBOSA, Daniella de Souza; SILVA, Edjavane da Rocha Rodrigues de Andrade; SANTOS, Otávio Augusto Nasser; NASCIMENTO, Raquel Veloso do. Determinantes da judicialização da saúde: uma análise bibliográfica. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit.** (Impr.) ; v.9; n.4; p.117-134, out.-dez, 2020.

CARVALHO, Eloá Carneiro et al. Judicialização da saúde: reserva do possível e mínimo existencial. **Revista Cogitare Enfermagem**, v26:e76406, 2021.

CASTRO, Emmanuelle Konzen. **Judicialização da saúde: em busca da efetivação do mínimo existencial**. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 142 f, 2016.

CASTRO, Fernando Ribeiro; MAGALHÃES, Marcio Marinho. Equoterapia como proposta de intervenção para pacientes com Paralisia Cerebral: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 23, p. e391-e391, 2019.

CASTRO FILHO, Sebastião de Oliveira. Breves considerações sobre a competência no direito processual civil brasileiro. **Coletânea de Julgados e Momentos Jurídicos dos Magistrados no TFR e no STJ**, n. 55, p.127-134, 2009.

CAVALCANTE, Viviane Mamede Vasconcelos et al. Perfil epidemiológico das crianças com paralisia cerebral em atendimento ambulatorial [Epidemiological profile of children with cerebral palsy receiving care at outpatient clinics]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 25, p. e8780, abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº. 348**, de 27 de março de 2008. Dispõe sobre o reconhecimento da Equoterapia como recurso terapêutico da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional e dá outras providências. (DOU nº. 63, Seção 1, em 02/04/2008).

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº. 443**, de 3 de setembro de 2014. Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia Aquática e dá outras providências. (DOU nº 184, Seção 1, em 03/09/2014).

COSTA, K. B.; SILVA, L. M. e; OGATA, M. N. . A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 149–163, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Primeira instância, segunda instância... Quem é quem na Justiça brasileira. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/noticias/primeira-instancia-segunda-instancia-quem-e-quem-na-justica-brasileira/100111134>>. Acesso em: 11 jun. 2023.

CUNHA, A. L. da. A integralidade do direito à saúde na visão do Supremo Tribunal Federal. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 167-184, 2019. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v20i1p167-184.

D'ARBO, Carla Pittelli Paschoal. O princípio da legalidade e o direito à saúde. **Revista da Escola Superior da PGE-SP**, v. 2, n. 1, p. 53-90, 2011.

D'OLIVEIRA, Maria Christina Barreiros. Breve análise do princípio da isonomia. **Revista Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros**, v. 1, n. 1, jan./mar. 2010.

DA SILVA, M. M. O princípio da razoabilidade, como expressão do princípio da justiça, e a esfera de poderes jurisdicionais do juiz. **Novos Estudos Jurídicos**, Itajaí (SC), v. 5, n. 8, p. 07–16, 2009.

DE SOUSA, I. T. F.; MASCARENHAS, I. de L. A reserva do possível como mecanismo de não implementação de direitos fundamentais: a saúde financeira do Estado como justificativa para a negativa à saúde pública. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia**, [S. l.], v. 48, n. 2, p. 378–404, 2020.

DIAS, Alex Carrer Borges; FREITAS, Joyce Cristina; FORMIGA, Cibelle Kayenne Martins Roberto; VIANA, Fabiana Pavan. Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral participantes de tratamento multidisciplinar. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.17, n.3, p.225-9, jul/set. 2010.

DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 6, n. 11, p. 64-77, 2009.

Expansão do poder judicial no Sistema Único de Saúde. **Revista Bioética**, v. 27, n.1, p. 111-119, jan./mar, 2019.

FALSARELLA, Christiane. Reserva do possível como aquilo que é razoável se exigir do Estado. **Advocacia e Direito Público**, p. 46-55, 2016.

FERREIRA, Marielen Cristina da Silva; VIANA, Geraldo Luiz. O princípio da separação dos poderes frente ao direito fundamental à saúde. **Revista Direito em Foco**, edição n. 12, 2020.

FLEURY, Sonia. Judicialização pode salvar o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun. 2012.

FLEURY, Sonia. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. **Psicologia & Sociedade**; v. 23, (n. spe.), p. 45-52, 2011.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 743-752, 2009

FRIAS, Lincoln; LOPES, Nairo. Considerações sobre o conceito de dignidade humana. **Revista Direito GV[online]**; v. 11; n. 2; p. 649-670, 2015.

GALVÃO, Anna Larice Meneses; OLIVEIRA, Elda; GERMANI, Ana Claudia Camargo Gonçalves; LUIZ, Olinda do Carmo. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.30, n.2, e200743, 2021.

GASPARETTO, Patrick Roberto. Limites, possibilidades e alcance do poder regulamentar face o princípio da legalidade e a realização dos princípios fundamentais. **Revista Direito e Desenvolvimento**, João Pessoa – a. 3, n. 6, p. 240 - 269 jul/dez., 2012.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**; v. 21, n. 10, p. 3061-3070, 2016.

GAVA, Gustavo Bonin; SALLATI, Noan. A emergência e o desenvolvimento do sistema de proteção social brasileiro: conquistas e desafios atuais. **Leituras de Economia Política, Campinas**, v. 33, p. 49-73, jul. 2021/dez. 2022.

GOMES, Patrícia Pimentel; PRADE, Camila da Veiga. Atuação da Psicologia junto ao Paciente com Paralisia Cerebral. *In*: MONTEIRO, Carlos Bandeira de Mello; ABREU, Luiz Carlos de; VALENTI, Vitor Engrácia (orgs). **Paralisia cerebral: teoria e prática**. São Paulo: Plêiade, 2015, capítulo 28.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

ITAGYBA, Renata Fortes. MOÇO, Vinicius Roça. A promoção da saúde na Constituição Federal de 1988. **Revista de Ciências do Estado**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 1-19, 2021.

JUNIOR, Eloy Pereira Lemos; BRUGNARA, Ana Flávia. O princípio da dignidade da pessoa humana no ordenamento jurídico brasileiro. **RFD-Revista da Faculdade de Direito da UERJ**, n. 31, p. 86-126, 2017.

KALICHAMAN, A. O.; AYRES, J. R. De C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. E00183415, 2016.

KIST, Ana Lucia Brochier. **Saúde, direito de todos, dever do Estado da eficácia da norma à tutela jurisdicional**. 84 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2022.

LIMA, Gabriela Eulalio de; MALUF, Aflaton Castanheira. Judicialização do direito à saúde em desfavor dos municípios: um paradoxo aos princípios da isonomia e da reserva do possível. **Revista de Direito Brasileira**; São Paulo, SP; v. 20; n. 8; p. 174-191, maio-agosto, 2018.

LINS, Rosane Abdala; GUMARÃES, Maria Cristina Soares. Sergio Arouca e a reforma sanitária: registro na produção científica. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 17, 2016, Salvador, 2016. Anais... Salvador, BA, p. 1-9, 2016.

LOPES, M. P. DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS FRENTE AOS PRINCÍPIOS DA RESERVA DO POSSÍVEL E DO MÍNIMO EXISTENCIAL, NO ATUAL ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO. **Revista Processus Multidisciplinar**, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 815–832, 2021.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, supl.2, p.1-19, 2017.

MATHIAS, Maíra. Antes do SUS: Como se (des) organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho**, 2018. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>>.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Crise do capital, estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, p. 174-210, 2020.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate [online]**, v. 43, n. spe5, p. 58-70, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MONTEIRO, Carlos Bandeira de Mello; ABREU, Luiz Carlos de; VALENTI, Vitor Engrácia (orgs). **Paralisia cerebral: teoria e prática**. 1 ed. São Paulo: Plêiade, 2015.

MORAES, Dominique Souza de; TEIXEIRA, Roberta da Silva; SANTOS, Marisa da Silva. Perfil da judicialização do Método Therasuit e seu custo direto no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**, 22: E190006, 2019.

MORAES, Maria Valentina de; LEAL, Mônia Clarissa Hennig. O princípio da separação dos poderes e a ponderação de competências: uma análise crítica a partir da decisão sobre a fosfoetanolamina. **Revista do Direito**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 50, p. 34-52, set./dez. 2016.

MOTTA, Oswaldo Jesus Rodrigues Da; PAULO, Arthur Santana de. Bioética e o Princípio de Beauchamp E Childress: Noções, Reflexões E Críticas / Bioethics and the Principle of Beauchamp and Childress: Notions, Reflections and Criticisms. **Brazilian Journal of Health Review**, v.3, n.2p. 2436–2448, 2020. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-093>.

NASCIMENTO, Francisleile Lima; PACHECO, Alberto do Espírito Santo Dantas. Sistema público de saúde no Brasil e a pandemia do novo coronavírus. **Boletim de conjuntura (BOCA)**, v. 2, n. 5, 2020.

NISHIYAMA, Adolfo Mamoru. Os princípios da interpretação constitucional: a razoabilidade, a proporcionalidade e outros princípios interpretativos. **Meritum**– Belo Horizonte – v. 6 – n. 1 – p. 209-250 – jan./jun. 2011.

NOVAK, I., Morgan, C., FAHEY, M. *et al.* State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. **Current Neurology and Neuroscience Reports**, v.20, n. 3, p. 1-21, 2020.

OLIVEIRA NETO, Francisco José Rodrigues de. **O ativismo judicial e o princípio da legalidade: governo de homens ou governo de leis?** In: OLIVIERO, Maurizio; ABREU, Pedro Manoel; PILAU SOBRINHO, Liton Lanes (Org.). Constitucionalismo como elemento para a produção do direito. Tomo 1. Coleção Principiologia constitucional e política do Direito. Itajaí: UNIVALI, 2016.

OLIVEIRA, B. A. S. de; CINTRA, S. M.; ARAÚJO, L. S. A. de . . ; SANTOS, J. V. de A. dos .; SILVA, M. E. C. .; CARDOSO, G. M. P. . . Atendimento às pessoas LGBTQIA+ e a não aplicabilidade dos princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 15, p. e432101523157, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.23157.

OLIVEIRA, Gustavo Paschoal Teixeira de Castro; RIBEIRO, Daniel de Paula Silva; ALEXANDRE, Maira Regina de Carvalho. Bioética e Política no Estado do Tocantins: Dilemas Éticos de Justiça Judicialização da Saúde. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 7, n. 2, 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Assembleia Geral das Nações Unidas, 6 de dezembro de 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)/WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), The World Bank. **Relatório mundial sobre a deficiência**; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. – São Paulo : SEDPcD, 2012. 334 p.

PAIM, Jairnilson Silva e outros. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2015. 93p. (Coleção Temas em Saúde).

PAIXÃO, Ana Flávia; ZAFANI, Mariana Dutra; CAPELLINI, Simone Aparecida; BALEOTTI, Luciana Ramos. Estudo das habilidades de integração viso-motora em uma criança com paralisia cerebral diparética antes e após programa de intervenção interdisciplinar. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, v. 17, n.1, p. 137-144, jun. 2017.

PANAZZOLO, M. A saúde como um direito social e as garantias da dignidade humana: O princípio da universalidade e a judicialização das políticas públicas / Health as a social law and the guarantees of human dignity: The principle of universality and the judicialization of public policies. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 8, p. 54956–54976, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n8-059.

PAULA, Carlos Eduardo Artiaga; SILVA, Ana Paula da; BITTAR, Cléria Maria Lôbo.

PEDUZZI, Maria Cristina Irigoyen. **O princípio da dignidade da pessoa humana na perspectiva do direito como integridade**. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade de Brasília, Brasília, 143 f, 2009.

PEIXOTO, Marcus Valerius da Silva et al. Características epidemiológicas da paralisia cerebral em crianças e adolescentes em uma capital do nordeste brasileiro. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 405-412, 2020.

PEREIRA, Heloísa Viscaino. Paralisia Cerebral. *Residência Pediátrica*, v. 8 (0 Supl. 1), p. 49-55, 2018.

PIMENTA, Keyla Ketlyn Passos; GONÇALVES JUNIOR, Oswaldo. A Judicialização da saúde pública e o acesso à justiça. **Revista Espaço de Diálogo e Desconexão-REDD**, v. 10, n. 1, p. 43-51, 2018.

POLAKIEWICZ, Rafael Rodrigues; TAVARES, Claudia Mara de Melo. Vulnerabilidades e potencialidades da judicialização da saúde: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual**, v. 84, n. 22, p. 135-156, 2018.

PUSCHINSKI, G. S.; MACIEL, J. O princípio da dignidade da pessoa humana além da teoria constitucional. **Academia de Direito**, [S. l.], v. 4, p. 490–515, 2022.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; DINIZ, Isadora Moraes. O direito à saúde e a idéia de proteção social na Constituição Federal de 1988: notas iniciais. **Revista Direito em Debate**, v. 26, n. 48, p. 159-184, dez. 2017.

RAMOS, Marcos Vinicius Lima; NOVAIS, Thyara Gonçalves. Análise da eficácia da Lei nº 9.099/95 no tocante à celeridade da tutela jurisdicional. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação-REASE**, v. 8, n. 05, p. 2732- 2751, 2022.

REALE, Miguel. **Lições Preliminares do Direito**. 25 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

RIBEIRO, Thiago Alves; VASCONCELOS, Soya Lélia de. Mínimo existencial e sua aplicação prática. **JNT- Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 37, p. 565-592, 2022.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. **Plano Estadual de Saúde (2020-2023)**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/planejamento-em-saude/estado/plano-estadual-de-saude>>.

RODRIGUES DE ARAUJO, W. H.; GARCIA, J. A judicialização da saúde sob o prisma do princípio da isonomia e seus impactos no direito à saúde coletiva. **Revista Vertentes do Direito**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 164–180, 2022.

ROMANOWISK; Francielle N. de A.; CASTRO, Mariane Boaventura de; NERIS, Naysa Wink. **Manual de tipos de estudo**. Programa de pós graduação em odontologia. Anapólis, 39 f, 2019.

SANTOS, ClistenisClênio Cavalcante dos; SANTOS, ThayseKrystine Ellen de Araújo; BOMFIM, Michelly Lais dos Santos; LOPES, Raquel Ferreira; SILVA, Geraedson Aristides da; TEIXEIRA, Geraldo Magella; SILVA, Amanda Karina Vieira da; LINS, Juliana Medeiros de Omena; SANTOS, Juliana Karine Silva dos. The applicability of elastic garment therapy in children with cerebral palsy. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. e36811125007, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.25007.

SANTOS, Fernanda Marsaro dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] **Revista Eletrônica de Educação. São Carlos, SP: UFSCar**, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em <http://www.reveduc.ufscar.br>.

SANTOS, Janayna Samara de Sá Ferreira; SILVA, Bruno Cezar. Política Pública de Saúde no Brasil e o papel do Judiciário na defesa da implementação desse Direito Social. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.13, n. 45. p. 532-548, 2019.

SANTOS, Natália Silva Carvalho dos; MOREIRA, Larissa da Conceição; ALMEIDA; Maíara Lima; SILVA, Gislene Gomes da; FRANCIULLI, Patrícia Martins. Perfil epidemiológico dos pacientes com paralisia cerebral atendidos na clínica de fisioterapia da Universidade São Judas Tadeu. **Revista Brasileira de Ciências Biomédicas**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. e0412021, 1–7, 2021.

SANTOS, Rachel Almeida; DA SILVA, Valmin Ramos; SANTOS, Janine Pereira dos; SIQUEIRA, Amanda Neves. Perfil epidemiológico e assistência à saúde de crianças e adolescentes com paralisia cerebral em um município do ES. **Revista Residência Pediátrica**, v. 9, n. 3, p.252-260, 2019

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filhtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Doutrina da 4ª região**, Porto Alegre, n. 24, jul., 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang; ROSA, Taís Hemann da. Breves notas sobre a dogmática do mínimo existencial no direito brasileiro. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 16, n. 1, p. 217-248, jan./jun. 2015.

SCHMITZ, Flayani da Silva; STIGGER, Felipe. Atividades aquáticas em pacientes com paralisia cerebral: um olhar na perspectiva da fisioterapia. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 12, n. 42, p.78-89, out./dez. 2014.

SILVA, Gabriela Gomes da; ROMÃO, Josilene; ANDRADE, Erci Gaspar da Silva. Paralisia Cerebral e o impacto do diagnóstico para a família. **Rev Inic Cient Ext [Internet]**, RevInicCient Ext., v. 2, n.1, p.4-10, 2019.

SILVA, Henrique Batista e. O princípio da dignidade humana na Constituição Brasileira. **Revista Bioética**, v.18, n. 3, p. 573 – 587, 2010.

SILVA, Luana Fernandes et al. A eficácia da hidroterapia na paralisia cerebral espástica: um estudo de revisão. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, [S.l.], v. 5, n. 1, mar. 2019.

SILVA, Maria Laura Pereira da. Princípio da razoabilidade: Histórico, definições e aplicabilidade. **ConteúdoJuridico**, Brasília, DF, 2019.

SILVA, Renata Kelen Alves; SOUTO, Deisiane Oliveira. Reabilitação dos membros inferiores na paralisia cerebral diplégica. **Fisioterapia Brasil**, v. 21, n. 1, p. 104-113, 2020.

SILVA, Thiago Henrique Costa; JORDÃO, Luciana Ramos; CARVALHO, Josiane. Judicialização de políticas públicas e a concretização de Direitos Fundamentais: a questão da separação de poderes. **Rev. Fac. Dir.** Uberlândia, MG, v. 47, n. 2, p. 223-246, jul./dez. 2019

SILVA, V. G. da .; NASCIMENTO, C. F. do . Reserve of the Possible and the Existential Minimum: limitations to the realization of fundamental rights. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 16, p. e478111638153, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i16.38153.

SOUZA, Ana Carolina Pereira De; LOPES, Izaé Mendes; PEREIRA, Rejane Goecking Batista. Efeitos da estimulação precoce em crianças com paralisia cerebral. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 8, n. 1, 2022.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, 2019.

TASSINARI, Clarissa. Atuação do judiciário em tempos de constiucionalismo contemporâneo: uma crítica ao ativismo judicial. **Revista da Faculdade de Direito do Sul de Minas**, [S. l.], v. 28, n. 2, p. 32–47, 2012

TORRES, Josiane Pereira; CRUZ, Lilian Pinheiro da; CABRAL, Leonardo Santos Amâncio. Concepções sobre deficiência importam? **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 27, e0200, p.545-558, 2021.

VAL, E. M.; PELEGRINO, M. Judicialização da Saúde uma Questão de (“In”) Justiça – Experiência Brasileira. **Revista Internacional Consinter de Direito**, Paraná, Brasil, v. 6, n. 11, p. 133–150, 2020.

VAZ, Wanderson Lago; REIS, Clayton. Dignidade da pessoa humana. **Revista Jurídica Ce-sumar**, v. 7, n. 1, p. 181-196, 2007.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. 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.

VERDAN. Tauã Lima. O direito à educação inclusiva e a concreção do superprincípio da dignidade da pessoa humana: comentários ao artigo 208 da Constituição Federal. **Conteúdo Jurídico**, Brasília, DF, 2017.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade de macrojustiça. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**, Brasília, DF, 2020.

VILELA, Leonardo Moura; MOLITERNO, Marcella Parpinelli; SANTOS, Alethele de Oliveira. Judicialização da saúde: um fenômeno a ser compreendido. **Coletânea Direito à Saúde Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde**. Brasília: CONASS, p. 308-319, 2018.

WHITNEY, D.G.; KAMDAR, N.S. Development of a new comorbidity index for adults with cerebral palsy and comparative assessment with common comorbidity indices. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 63, n. 3, p. 313-319, 2 dez. 2020.

ZANINI, Graziela; CEMIN, Natália Fernanda; PERALLES, Simone Nique. Paralisia Cerebral: causas e prevalências. **Fisioterapia em Movimento [online]**, v. 22, n.3, p. 375-381, jul/set, 2009.

ZARDO, F. et al.. Analysis of muscle activation in children and adolescents with severe cerebral palsy. **Fisioterapia em Movimento**, v, 35, p. E35115, 2022

ZENKNER, Anna Christina; JUNIOR, Natal dos Reis Carvalho. A Judicialização da saúde no Brasil: princípios norteadores, organização conforme a Lei 8080/90, possibilidades e limites da jurisdição nas ações de fornecimento gratuito de medicamentos. **Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 1 – 19, Jul/Dez. 2016.

GLOSSÁRIO

Competência	Distribuição da jurisdição para definir qual órgão jurisdicional ficará responsável por qual razão (CASTRO FILHO, 2009).
Segunda instância	Onde são julgados os recursos, sendo compostos por tribunais de Justiça e de Alçada, e pelos tribunais regionais federais, eleitorais e do trabalho (CNJ, 2012).

APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados

1. Perfil dos sujeitos: sexo, idade, local de residência, diagnóstico (tipo de encefalopatia crônica não progressiva);
2. Tratamento solicitado;
3. Motivo da demanda;
4. Decisão;
5. É ofertado pelo SUS;
6. Decisão;
7. Se houve recurso de alguma das partes e o por quê;
8. Recurso aceito ou não;
9. Tempo entre o início da demanda e a decisão;
10. Quando a demanda foi efetivada;
11. Se houve ou não cumprimento da decisão;

APÊNDICE B – Tabelas para organização dos dados

Cadeira de rodas/órtese/prótese
1. Nº 0001326-97.2017.8.19.0000
2. Nº 0038824-33.2017.8.19.0000
3. Nº 0039813-34.2020.8.19.0000
4. Nº. 0039745-26.2016.8.19.0000
5. Nº. 0055568-69.2018.8.19.0000
6. 0031073-55.2014.8.19.0004.
7. Nº 0005830-19.2019.8.19.0052
8. N.º 0032587-43.2014.8.19.0014
9. Nº 0004396-74.2013.8.19.0029
10. Nº 0020198-03.2014.8.19.0054
11. Nº 0033754-32.2013.8.19.0014
12. Nº 0063061-02.2011.8.19.0014
13. Nº0011830-22.2015.8.19.0037
14. N.º: 0038491-20.2013.8.19.0001
15. Nº 0007989-72.2017.8.19.0029
16. Nº 0038733-08.2011.8.19.0014
17. N.º 0010940-72.2014.8.19.0052
18. Nº 0000265-02.2013.8.19.0047
19. Nº 0011853-60.2013.8.19.0029
20. Nº 0018512-96.2014.8.19.0014

21. N.º 0043127-53.2014.8.19.0014

Insumos
1. N.º 0066201-42.2018.8.19.0000
2. N.º 0002574-30.2019.8.19.0000
3. N.º 0020898-68.2019.8.19.0000
4. 0003083-39.2017.8.19.0029
5. N.º 0053399-75.2019.8.19.0000
6. N.: 0114030-70.2016.8.19.0038
7. N.º 0019562-78.2014.8.19.0008
8. N.º 0102698-28.2013.8.19.0001
9. N.º 0004281-66.2016.8.19.0023
10. N.º 0000041-49.2016.8.19.0018
11. N.º 0000288-51.2009.8.19.0058
12. N.º 0002745-46.2015.8.19.0058
13. N.º 0006866-15.2011.8.19.0008
14. N.º 0015192-22.2015.8.19.0008
15. N.º 0020288-09.2015.8.19.0011
16. N.º 0025537-52.2012.8.19.0008
17. N.º 0032282-88.2016.8.19.0014
18. N.º 0052469-26.2008.8.19.0038
19. N.º 0055797-31.2011.8.19.0014
20. N.º 0154757-90.2013.8.19.0001

21. N° 0319449-14.2010.8.19.0001
22. N° 0002014-85.2013.8.19.0069
23. N° 0014073-19.2014.8.19.0054
24. N° 0043122-94.2015.8.19.0014
Medicamentos
1. N°: 0022941-83.2014.8.19.0054
2. N° 0045340-37.2011.8.19.0014
3. N° 0041164-47.2017.8.19.0000
4. N° 0025471-86.2018.8.19.0000
5. N° 0001222-37.2019.8.19.0000
6. N° 0005306-52.2017.8.19.0000
7. N° 0015529-93.2019.8.19.0000
8. N° 0018098-04.2018.8.19.0000
9. N° 0030200-24.2019.8.19.0000
10. N° 0037865-91.2019.8.19.0000
11. N° 0045383-06.2017.8.19.0000
12. N° 0059865-85.2019.8.19.0000
13. N° 0061078-97.2017.8.19.0000
14. N° 0073273-46.2019.8.19.0000
15. N° 0044580-23.2017.8.19.0000
16. N.º 0008671-95.2015.8.19.0029
17. N° 0000927-14.2018.8.19.0039
18. N° 0001308-34.2017.8.19.0014

19. Nº 0001318-18.2008.8.19.0039
20. Nº 0001665-56.2008.8.19.0005
21. Nº 0001778-02..2014..8..19..0069
22. Nº 0004431-50.2018.8.19.0064
23. Nº 0005452-21.2014.8.19.0058
24. Nº 0007160-35.2015.8.19.0038
25. Nº 0008940-38.2017.8.19.0006
26. Nº 0009826-11.2016.8.19.0026
27. Nº 0011445-69.2013.8.19.0029
28. Nº 0013610-45.2016.8.19.0042
29. Nº 0016752-19.2017.8.19.0011
30. Nº 0016813-48.2011.8.19.0023
31. Nº 0029303-69.2016.8.19.0042
32. Nº 0030749-08.2015.8.19.0054
33. Nº 0034773-91.2009.8.19.0021
34. Nº 0052469-26.2008.8.19.0038
35. Nº 0078904-61.2013.8.19.0038
36. Nº 0094064-29.2013.8.19.0038
37. Nº 0312701-92.2012.8.19.0001
38. Nº. 000790-66.8.19.0018
39. Nº. 0010689-11.2019.8.19.0042
40. Nº: 0012351-70.2014.8.19.0014
41. Nº: 0017959-45.2015.8.19.0004
42. Nº 0060762-16.2019.8.19.0000

43. N.º 0008425-68.2015.8.19.0007
44. N.º 0041459-09.2013.8.19.0038
45. N.º 0017046-93.2011.8.19.0007
46. N.º 0002801-35.2017.8.19.0050
47. N.º 0066294-75.2013.8.19.0001
48. N.º 0068992-86.2015.8.19.0000
49. N.º 0006910-97.2013.8.19.0029
50. N.º 0058940-43.2017.8.19.0038
51. N.º. 0044905-24.2015.8.19.0014

Transporte
1. N.º 0049247-86.2016.8.19.0000
2. N.º 0000237-61.2018.8.19.0046
3. N.º 0415770-43.2012.8.19.0001
4. N.º 0003827-39.2014.8.19.0029
5. N.º 0001188-34.2017.8.19.0032
6. N.º 0012152-73.2014.8.19.0038
7. N.: 0043071-16.2015.8.19.0004
8. N.º. 0006163-28.2015.8.19.0046