

# **I ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI**

## **DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I**

**JULIA MAURMANN XIMENES**

**SAMYRA HAYDÊE DAL FARRA NASPOLINI**

**SAULO DE OLIVEIRA PINTO COELHO**

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

#### **Diretoria – CONPEDI**

**Presidente** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina

**Vice-presidente Centro-Oeste** - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás

**Vice-presidente Sudeste** - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais

**Vice-presidente Nordeste** - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe

**Vice-presidente Norte** - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará

**Vice-presidente Sul** - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul

**Secretário Executivo** - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - Unimar/Uninove – São Paulo

#### **Representante Discente – FEPODI**

Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

#### **Conselho Fiscal:**

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)

Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

#### **Secretarias:**

##### **Relações Institucionais**

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – Santa Catarina

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará

Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM – Distrito Federal

##### **Relações Internacionais para o Continente Americano**

Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goiás

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão

##### **Relações Internacionais para os demais Continentes**

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

#### **Eventos:**

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFSM – Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

#### **Comunicação:**

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina)

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul)

Dr. Caio Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais)

**Membro Nato** – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

---

D597

Direitos sociais e políticas públicas I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Samyra Haydêe Dal Farra Napolini; Julia Maurmann Ximenes; Saulo De Oliveira Pinto Coelho – Florianópolis: CONPEDI, 2020.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-040-4

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: Constituição, cidades e crise

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. I Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2020 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



# I ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

## DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

---

### **Apresentação**

O ano de 2020 tem sido um marco na utilização de Tecnologias da Comunicação e Informação. Neste sentido, o Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito – CONPEDI adaptou o formato de seu evento presencial no meio do ano para o primeiro Evento Virtual do CONPEDI. Os painéis e grupos de trabalhos foram transmitidos pela plataforma virtual, com participação de alunos e professores do Brasil e do exterior.

No Grupo de Trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas I, a apresentação e debates dos trabalhos ocorreu tranquilamente no dia 27 de julho, sob a coordenação dos professores Julia Maurmann Ximenes, Samyra Haydêe Dal Farra Napoli e Saulo de Oliveira Pinto Coelho.

A primeira pesquisa apresentada, de Jorge Vieira e de Othoniel Ceneceu, analisa as peculiaridades das práticas de gestão na política públicas de saúde, nos atuais tempos de Pandemia da Covid19. A pesquisa envolveu revisão da bibliografia produzida sobre o assunto e a análise matemático-estatística dos dados existentes sobre as atividades do sistema de saúde nesse período. Essa análise quantitativa permitiu, segundo os autores, corrigir algumas inferências midiáticas sobre o desempenho brasileiro no combate à pandemia.

A pesquisa de Danúbia Rodrigues, Lucas Fagundes e Jéssica Miranda aborda a temática da proteção de dados pessoais, frente à ocorrência da crise da Covid19, que gera uma situação singular quanto ao direito ao sigilo e privacidade, nessas situações. Essa dicotomia entre dever de informar e direito à privacidade foi analisada quanto às situações possíveis em que haveria direito à reparação de dano à privacidade, nas práticas relativas à contenção da Pandemia.

A pesquisa de Anna Zeifert trata da questão da desigualdade, pobreza e inclusão, partindo nas análises do CEPAL e das séries históricas recentes nessa análise, com especial foco e interesse em identificar os principais sujeitos atingidos socioeconomicamente pela atual Pandemia da Covid19. A relação entre pobreza e empoderamento (capacidade de participação política) é analisada criticamente no trabalho.

O Trabalho de Ygor Távora versa sobre o direito à saúde e as situações referentes à crise da Covid19, buscando verificar as situações de aplicabilidade do princípio da reserva do possível, seu uso e as situações de aplicação excepcional do princípio frente à atual pandemia.

Rita de Cássia e Juliana Araújo apresentaram trabalho sobre a luta anti-manicomial e a política pública de drogas no Brasil, analisando as transformações no sentido das políticas de cuidado e saúde do usuário e políticas e redução de danos. Analisam a questão das recentes alterações legislativas nessa seara e buscam sistematizar as críticas da literatura especializada a essas alterações legislativas recentes, avaliadas por essa literatura como retrocesso.

Rodrigo Tonel e Janaína Sturza abordam a questão das políticas públicas para a prevenção do suicídio e a necessidade de desenhos regulatórios de prevenção mais integrados a outras questões de saúde, como depressão e outros fenômenos. Fazem também considerações sobre as deficiências de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com essas situações e implementar adequadamente essas políticas.

O trabalho científico de Pablo Lemos aborda a judicialização da saúde pública na comarca de Niterói-RJ, para situações de doenças raras, quanto ao direito à duração razoável do processo. Essa pesquisa, com características de estudo de caso, se fez valer de trabalhos de campo para coletar dados mais refinados sobre o fenômeno analisado. Dentre os resultados, identificou que são fatores causadores dos problemas de celeridade a falta de comunicação sinérgica entre as instituições públicas envolvidas, além de um uso ineficiente dos núcleos de especialização técnica, por parte do judiciário.

A pesquisa de Marcus Resende, foca nas políticas públicas de dispensação de medicamentos, com recorte nas judicializações e nas contradições (em termos de regressividade) de determinadas judicializações frente ao orçamento público e a necessidade de progressividade da relação arrecadação-gasto.

Já a pesquisa de Liane Pimenta analisa, com técnicas de pesquisa empírica, nas bases de decisões judiciais, as contradições das políticas de dispensação de medicamentos e respectivas demandas judicializadas na área.

Flavia Cristina e André Pires apresentaram trabalho sobre o apoio, por meio de redes de contato, a mulheres vítimas de violência doméstica, na busca por inovar e promover melhorias incrementais na política pública de proteção instituída pela Lei Maria da Penha. As análises até então feitas pela dupla a respeito indicam que a rede de contatos produz empoderamento dessas mulheres vulnerabilizadas, permitindo maior eficácia das estratégias destinadas a evitar a reincidência dos atos de violência sofridos.

As pesquisadoras Luana Adriana e Georgia Araújo abordam a questão da igualdade de acesso ao ensino e o papel das políticas públicas de educação quanto às adaptações razoáveis para a acessibilidade na educação. Analisam a caracterização e buscam delimitar, bem como oferecer subsídios teórico-dogmáticos para operacionalizar a aplicação do conceito de adaptações razoáveis. Um dos focos de análise seria a superação da dicotomia normalidade-anormalidade, nas adaptações razoáveis.

O trabalho de Jeremias da Cunha versa sobre o Crédito Educativo como instrumento da política pública de acesso ao ensino superior no Brasil, buscando dar maior precisão as terminologias empregadas no marco regulatório deste instrumento de financiamento estudantil.

A pesquisa de Querino Tavares e Nilson Júnior trata do controle externo das políticas públicas educacionais, com análises destinadas a identificar pontos de aperfeiçoamento de tais políticas, com foco nas experiências de controle do TCE-GO e analisando a relação entre controle formal e controle material de contas, com vistas à efetividade do gasto público, para além do controle formal, mas também preocupado em evitar ativismo no controle de contas.

A pesquisa de Alberto Nogueira versa sobre a tentativa de localizar problemas nas práticas de gestão efetivadas nas políticas de acesso por cotas em concursos públicos, notadamente quanto a eventuais falhas nas comissões de hétero-identificação, segundo o autor.

A pesquisa de Caio Cela e de Amanda Alves tem por foco a análise e identificação de limites para a judicialização das políticas públicas educacionais, com foco na hipossuficiência e no mínimo existencial como dois dos importantes critérios de análise desses limites.

O trabalho apresentado por Mariana Cesco e Vladimir Brega se volta para o fenômeno da educação familiar e sua inserção ou adaptabilidade ao modelo de política pública de educação no país.

O texto de Paulo Souza trata da política nacional de educação e a ideia de educação integral, bem como, segundo o autor, os impactos e peso do binômico política-religião no desenho dos planos de educação no Brasil, nos diferentes entes federativos, mas com enfoque na experiência específica do Estado do Rio de Janeiro. A análise se baseia na ideia da necessidade de conformação entre igualdade e diferenças na modulação dessas políticas.

Manoel Macêdo, em seu trabalho, aborda a questão do tratamento socioeducativo oferecido a adolescentes infratores, no conjunto da política pública da criança e adolescente, analisando

as possibilidades de distorção do uso dessa ferramenta (instrumento), para mera contenção e privação de liberdade ao adolescente. Valeu-se de análise de dados em bases públicas para discussão da questão. Conclui que a baixa eficácia do atendimento sócio-educacional está fortemente relacionada à priorização de medidas de contenção para o adolescente infrator.

A pesquisa de Urá Lobato Martins e Vinícius Ferreira aborda, com base na biopolítica, as situações de exclusão, desrespeito aos direitos das mulheres, ausências de segmentação adequadas, outras contradições nas questões relativas políticas de controle de natalidade, com especial enfoque na questão do uso da laqueadura como uma prática revestida de muitas contradições no sistema de saúde, segundo os autores.

Em outro artigo, Urá Martins e Vinícius Ferreira realizaram análises documentais e interpretaram dados empírico para pesquisar outra situação de exclusão social e violência, relacionado ao fenômeno da impunidade na violência policial frente a homicídios de pessoas moradoras de comunidades no Rio de Janeiro, questão que também foi analisada sob a lógica da estratificação sociais e da interseccionalidade.

A pesquisa de Rebeca de Souza aborda a questão das decisões estruturais e do processo estrutural na experiência brasileira de controle de políticas públicas. Fazendo valer uma metodologia baseada uma conjugação de técnicas, a pesquisa delimitou temas específicos na área de acessibilidade e mobilidade para verificar as dificuldades e desafios da realização de processos estruturais no Brasil.

Linara Assunção, apresentou estudo científico sobre os efeitos sociais da obra pública da ponte que liga o Oiapoque (fronteira, no Estado do Amapá) e o território francês vizinho. Avalia que essa ponte binacional produziu uma transformação das práticas de fronteira, mais informais, para práticas formais para as interações que já eram estabelecidas entre as duas cidades vizinhas, em cada respectiva realidade, produzindo, contraditoriamente, uma segregação e separação entre essas populações.

O trabalho de Miriane Willers analisa a questão do custo dos direitos e a relação entre Estado Fiscal (dependência de arrecadação para prestação de serviços e utilidades públicas) e a efetividade de direitos. Analisa as dificuldade e as escolhas difíceis com as quais o Direito precisa lidar frente a essa característica do modelo de Estado fiscal.

A pesquisa de Robert Bonifácio e de Lucas Velasco aborda a construção de uma metodologia de análise de impacto legislativo na Câmara Municipal de Goiânia, em abordagem interdisciplinar com enfoque na produção de um know-how de avaliação de impacto aplicável na experiência parlamentar pesquisada.

Por fim, o trabalho científico de Darléa Carine e Rogério Nery, lança bases teóricas no campo do Direito e Políticas públicas, ao analisar o pensamento de Rawls quanto à noção de justiça como equidade, com foco na complementariedade da abordagem das capacidades desenvolvida por Nussbaum.

O desafio do primeiro evento virtual foi alcançado com êxito e vamos continuar pesquisando!

Boa leitura!

#continuepesquisando

Julia Maurmann Ximenes - ENAP

Samyra Haydêe Dal Farra Napoli - FMU

Saulo de Oliveira Pinto Coelho - UFG

Os artigos do Grupo de Trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas I apresentados no I Encontro Virtual do CONPEDI e que não constam nestes Anais, foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals (<https://www.indexlaw.org/>), conforme previsto no item 8.1 do edital do Evento, e podem ser encontrados na Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas. Equipe Editorial Index Law Journal - [publicacao@conpedi.org.br](mailto:publicacao@conpedi.org.br).

## **A JUSTICIALIDADE DO DIREITO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI SOB A RAZOÁVEL DURAÇÃO DO PROCESSO**

### **THE JUSTICIABILITY SOCIAL HEALTH IN THE CITY OF NITERÓI UNDER THE REASONABLE DURATION OF THE PROCESS**

**Pablo Lemos Carlos Sant' Anna <sup>1</sup>**

#### **Resumo**

O trabalho pretende compreender como ocorre a administração de conflitos na justicialidade de política pública de saúde no Município de Niterói a partir das demandas individuais propostas pela Defensoria Pública em face do citado Município e do Estado do Rio de Janeiro. Para tanto, a pesquisa observou que a razoável duração do processo é prejudicada pela falta de compreensão dos agentes públicos, ao longo dos processos, de que o direito à saúde é integrante da concepção de cidadania.

**Palavras-chave:** Administração de conflitos, Justicialidade, Razoável duração do processo, Direito à saúde, Cidadania

#### **Abstract/Resumen/Résumé**

The work intends to understand how the administration of conflicts in the justiciability of public health policy occurs in the city of Niterói from the individual demands proposed by the Public Defender in the face of the aforementioned city and state of Rio de Janeiro. Therefore, the research observed that the reasonable duration of the process is hampered by the lack of understanding of public agents, throughout the processes, that the right to health as a integral part of the concept of citizenship.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Conflict management, Justiciability, Duration of the process, Right to health, Citizenship

---

<sup>1</sup> Mestre em Direito pela Universidade Veiga de Almeida Pós Graduação em Direito Civil e Processo Civil Advogado



## Introdução

O presente trabalho busca compreender a justicialidade das políticas pública dos serviços públicos de saúde na Comarca de Niterói, sendo o referido termo delimitado, em que pese as variadas concepções doutrinárias, como a revisão judicial de atos ou omissões do Poder Executivo a partir de demandas dos jurisdicionados. Ademais, a justicialidade foi analisada, empiricamente, à luz do princípio da razoável duração do processo com vistas a observar a efetividade do direito à saúde uma vez que o cidadão reclama por um processo que lhe seja compatível com o tempo da vida e não estritamente jurídico.

Feita essas primeiras notas introdutórias, o trabalho perpassa por diferentes períodos na história brasileira tendo como norte os serviços públicos de saúde e como eram disponibilizados. A par disso, a característica da universalidade do direito à saúde é paulatinamente refletida nos textos constitucionais brasileiros até o seu apogeu com a promulgação da Constituição de 1988. Todavia, destaca-se a dificuldade entre o direito à saúde previsto constitucionalmente e a realidade de sua implementação, sendo, portanto, uma das principais variáveis para o surgimento da judicialização do direito à saúde

Ulteriormente, o tópico estudado é a revisão judicial das omissões do Poder Executivo em relação aos serviços públicos de saúde a partir das demandas individuais propostas pela Defensoria Pública Estadual em face dos seguintes entes da Federação, a saber: o Estado do Rio de Janeiro e o Município de Niterói.

Por derradeiro, o estudo dialoga com o princípio da razoável duração do processo para além da dogmática, tentando observar o conteúdo deste a partir da percepção dos jurisdicionados que demandam por fornecimento de medicamentos. Isto é, com a metodologia empírica, busca-se estabelecer se há um contraste entre a razoável duração do processo encontrado na Constituição, bem como o discurso da doutrina, e como ele é observado no plano fático da justiciabilidade do direito à saúde na Comarca de Niterói.

## Objetivo

O presente estudo tem como objetivo analisar a justicialidade das demandas de saúde propostas em face do Estado do Rio de Janeiro e do Município de Niterói sob o enfoque do princípio da razoável duração do processo, bem como problematizar este ao analisar os discursos jurídicos encontrados na doutrina e na jurisprudência diante da pesquisa de campo ora apresentada.

## Metodologia

A metodologia utilizada, preponderantemente, foi a da pesquisa qualitativa com base etnográfica, a partir de observação participante e entrevistas abertas de doze atendidos do Núcleo de Primeiro de Atendimento da Defensoria Pública Estadual situado no Município de Niterói, realizadas entre o período de agosto de 2017 e dezembro de 2017. O período citado compreendeu as pessoas que foram atendidas e aquelas que tiveram seus processos distribuídos no mesmo período. Insta ressaltar que, apesar do período, a observação participante das pessoas pesquisadas ocorreu, por vezes, além desse, pois o medicamento requerido era recebido, às vezes, no ano de 2018.

### 1. Um panorama de serviços públicos de saúde no Brasil: período imperial até o regime militar

A Constituição Imperial de 1824 foi o embrião do Estado como garantidor da saúde, pelo menos ao citar textualmente este direito. Entretanto, tal direito era restrito aos cidadãos brasileiros, o que excluía os estrangeiros e grande parte da população composta por escravos. Assim, em um contexto social no qual escravidão predominava e os grandes latifundiários exerciam um controle para com seus escravos e para com todos os que dependiam deles, fica evidente que não se poderia avançar no aspecto social da saúde como integrante da cidadania (CARVALHO, 2016). No que tange à Constituição de 1891, o direito à saúde foi previsto de forma tímida, o que já era esperado. Orientada por um vetor mais liberal, embora a lógica da estrutura social escravocrata permanecesse, mesmo diante da abolição formal da escravidão, já que aos libertos não foi fornecida educação suficiente para a constituição de sua cidadania, não restou a eles outra saída senão a volta para os antigos latifúndios. Ademais, deve-se ressaltar um avanço, ainda no período da Primeira República, na assistência à saúde para somente os trabalhadores contribuintes e seus dependentes das Caixas de Aposentadoria e Pensão. Essas eram financiadas com contribuições das empresas, do governo e dos empregados, sendo o controle exercido pelos patrões e empregados, não passando de um compromisso particular entre eles para garantir, na verdade, o processo de produção das empresas que, por sua vez, mantinham os interesses econômicos do Estado. Nesse sentido, o direito à saúde não era abrangente para a comunidade nacional, mas vinculado ao próprio mercado de que os trabalhadores faziam parte, sendo ainda uma grande parcela da população excluída de tal direito, como os trabalhadores rurais que se submetiam ao poder dos grandes proprietários de terra, para obterem algum auxílio para suas enfermidades

(CARVALHO, 2016). Já no período da Segunda República, pode-se destacar uma mudança na política das Caixas de Aposentadoria e Pensão de modo que caberia ao Estado o controle e a gestão destas, sendo transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões para atender categorias e não mais as relações estreitas entre empregador e empregados. Ademais, tais Institutos eram vinculados ao Ministério do Trabalho, sendo os respectivos presidentes nomeados pelo Presidente da República e os representantes das categorias sindicalizadas também vinculados ao Poder Executivo. Apesar de a Constituição de 1934 tratar mais expressamente do direito à saúde como competência da União e dos Estados, o direito ainda permaneceu restrito à condição de o indivíduo ser trabalhador, sendo excluído o trabalhador que não pertencesse a uma determinada categoria regulamentada pelo Estado, bem como todos aqueles, inclusive os profissionais liberais que, de alguma forma, não estivessem dentro da lógica modernizadora do período. Tal concepção regulada de cidadania também foi repetida no período do Estado Novo- e, conseqüentemente, na Constituição de 1937- de modo que, para adquirir a assistência à saúde, era preciso que o indivíduo fizesse parte do processo de produção (SANTOS, 1994,). Passado o Estado Novo, entre os anos de 1945 e 1986, pequenos progressos podem ser observados para a universalização da cobertura da saúde para as pessoas que não faziam parte diretamente das categorias abrangidas pelos Institutos de Caixas de Aposentadoria e Pensão, como, por exemplo, a reunião destes para uma política mais centralizadora, a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. A política centralizadora do INPS extingue, portanto, a gestão entre trabalhadores, empregadores e União, passando o Estado a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica. Em que pese a arrecadação concentrada em relação à referida política do INPS e a expansão da saúde financiada pela Previdência Social, conclui-se que ambas não foram suficientes para melhorar a abrangência e a qualidade de saúde da população (EDLER; ESCOREL; NASCIMENTO, 2005). Nesse sentido, o Movimento de Saúde, nascido no final da década de 1970, composto basicamente por moradores das periferias oriundas da região leste da cidade de São Paulo entendia que era dever do Estado conceder uma saúde universal e igualitária para todos. A este movimento, entre 1970 e antes da promulgação da Constituição de 1988, juntaram-se outros que compartilhavam do mesmo entendimento, podendo-se citar os seguintes: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e Associação Brasileira em Saúde Coletiva (ABRASCO). Todos esses movimentos sociais compartilhavam da necessidade de uma Reforma Sanitária Brasileira. Portanto, este era o cenário que o acesso à saúde apresentava, entre o período de 1824 e

1988: fragmentado, já que era oferecido somente para alguns grupos sociais, beneficiando a quem pudesse contribuir, ou fosse útil sob o ponto de vista econômico do Estado. Para os demais, caberia contar com a própria sorte, com o custeio caro de médicos particulares ou com a filantropia. Ou seja, a saúde se encontrava em uma lógica mercantilista e não universalista como parte integrante da cidadania.

## 2 A universalização do direito à saúde no Brasil

Com a promulgação da Constituição da República de 1988, o direito à saúde foi reconhecido como universal, sendo direito de todos a saúde e dever do Estado promovê-lo, através de políticas públicas de saúde, principalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tal direito pode ser encontrado no início da Constituição, sendo classificado como direito social, bem como mais no final do texto constitucional em que consta a obrigatoriedade de o Estado em prover uma saúde universal:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Assim, o Brasil se insere de vez, pelo menos em tese, em uma política preocupada com um estado de bem-estar social, principalmente com a elevação da universalização do acesso, indiscriminado, aos serviços públicos de saúde. No que se refere ao conceito de bem-estar social, este é extremamente variável e não há uma unanimidade entre os autores para com o conteúdo dele. Todavia, sua concepção primária de serviços públicos era voltada para os pobres, mediante caridade e agências de serviços sociais do governo, partindo-se da premissa de que a pobreza era causada pela conduta dos próprios indivíduos desse estado, sendo esta visão dominante na política social inglesa e em outros países centrais da Europa até a metade do século XX. Em outro sentido, e como resposta a essa primeira concepção, emerge uma outra definição de bem-estar-social que seria a realização das necessidades das pessoas, a administração dos seus problemas, bem como a maximização das oportunidades, a fim de que todos, ou pelo menos a maioria da população, possam alcançar, de forma autônoma e não dependente exclusivamente do Estado, os seus objetivos, a partir de políticas públicas e programas sociais universais (KERSTENETZKY, 2012). Esta última concepção foi a que predominou, com algumas

variações, principalmente depois do período da Segunda Guerra Mundial e, em certo grau, até os dias atuais, na medida em que o investimento em políticas públicas sociais de cunho universalista diminuíram o índice de desigualdade social, ou seja, os países que estavam se reconstruindo, após o período de guerra, partiram do pressuposto de que é o cuidado com o bem-estar social que leva ao desenvolvimento de um país e não aquela lógica inversa (KERSTENETZKY, 2012). Outrossim, é inevitável a relação entre o bem-estar social e o direito à saúde no que tange à construção de cidadania na visão de Thomas Humphrey Marshall. Segundo o autor, o desenvolvimento desta é composto por três elementos -o civil, o político e o social-, havendo preponderância de cada um deles em séculos distintos, mas buscando, invariavelmente, a igualdade. O elemento civil foi o primeiro a ser evidente como um dos traços da cidadania, sendo o seu período de formação entre o século XVIII e o primeiro Reform Act, de 1832, na Inglaterra. Mas, em que consiste o elemento civil da cidadania? Abrange os direitos à concretização da liberdade individual, quais sejam: liberdade de imprensa; liberdade de ir e vir; liberdade de pensamento e de fé; direito de propriedade; liberdade de contratar; e o direito à justiça (MARSHALL, 1967). Este último- pertinente ao elemento civil da cidadania, elencado por Marshall é importante para a igualdade e a efetividade dos demais direitos relacionados às liberdades públicas, sendo o tribunal de justiça a instituição indicada para tal fim. Já o segundo elemento integrante da cidadania é o político, sendo essencialmente ligado ao parlamento e aos conselhos do Governo local. Nestes, o indivíduo podia participar como eleitor ou como membro, a depender de vários fatores. Tal elemento da cidadania começou a se manifestar, de modo embrionário, no final do século XVIII e ganhou mais força no século XIX sendo que o direito de voto, na Inglaterra, mesmo depois da Lei de 1832, ainda gozava de um substrato essencialmente econômico e, particularmente, destinava-se à população masculina. Com as sucessivas leis de Reforma, em especial a Lei de 1918, o substrato, antes econômico, passou a ser mais pessoal, ou seja, adotou-se um sufrágio universal, ampliado para a mulher também, mas, ainda, com certo resquício de desigualdade política, com base econômica, a qual apenas seria abolida, de fato, no século XX (MARSHALL, 1967). Apesar de o direito de voto ser secreto, não foi suficiente para que as classes inferiores se resguardassem das pressões exercidas pelas classes superiores. Era preciso que aqueles dotados do referido instrumento- principalmente a classe operária- estivessem conscientes do exercício da sua cidadania. Nesse contexto, surge o terceiro elemento da cidadania, o social, que tinha como norte, precipuamente, a igualdade entre os indivíduos, a partir do direito a um mínimo de bem-

estar Mas, qual seria a condição mínima para se atingir um estado geral de bem-estar e, por conseguinte, atenuar as desigualdades sociais? Segundo MARSHALL, isso seria possível mediante a universalização do sistema educacional e dos serviços sociais, ambos sendo providos pelo Estado de modo gratuito. MARSHALL apontou o sistema público de saúde britânico- o denominado National Health Service- como um dos serviços que mais foi prestado de forma igualitária, aproximando-se, assim, da condição para um bem-estar social, bem como da concepção de cidadania desenhada por ele: O povo britânico tem consciência de que não eliminou, de modo algum, as forças do mercado de seu sistema educacional, especialmente das escolhas secundárias, mas tem orgulho do fato de que National Health Service, se aproxima mais do princípio do bem-estar social do que qualquer outro. Está a serviço de todos, sendo, na maioria dos casos, grátis para todos, e oferece o melhor serviço que se pode desejar tendo em vista os recursos ao seu dispor. É quase que inteiramente financiado pelos impostos e é, assim, algo que a comunidade como um todo oferece a si mesma. (MARSHALL, 1967, p.193). Dialogando com o texto de MARSHALL, é indubitável que o Sistema Único de Saúde do Brasil deve ter encontrado seus fundamentos no National Health Service, ainda vigente na Inglaterra, uma vez que ambos adotam o princípio da universalidade da cobertura como norte para a implementação de políticas pública de saúde, desde consultas até cirurgias mais complexas. (OLIVEIRA; TANAKA, 2007). E mais, o Brasil adotou, conseqüentemente, pelo menos em tese, a concepção de cidadania desenvolvida por MARSHALL ao prever, constitucionalmente, que é dever do Estado promover a saúde para todos, revelando, portanto, o elemento social e integrante da cidadania. Ou seja, cidadania não se restringe a direitos políticos e civis, mas também é moldada pelo direito a serviços públicos de saúde. Ora tendo em vista o caráter universalista da saúde no Brasil, promovida pelo Estado, é certo que todos são usuários do Sistema Único de Saúde, ou seja, toda a população brasileira formada por 190.732.694 milhões de pessoas (IBGE, 2011). Mas, diante dessa afirmação, é possível questionar se todos utilizam exclusivamente o SUS. No Brasil, 70.579.715 milhões de pessoas utilizam planos de saúde, embora os usuários dos planos de saúde também possam utilizar o SUS, é possível inferir que muitos recorrem apenas à saúde suplementar, tendo em vista a falta de investimento no SUS, de modo que os usuários deste carecem de tratamentos, medicamentos e consultas em todos os níveis da federação (TCU, 2014).

### 3.A judicialização dos serviços públicos de saúde

A partir da marginalização dos serviços públicos de saúde, e da compreensão de que o Estado deve fornecer saúde de modo indiscriminado a todos com a promulgação da Constituição, demandas judiciais que objetivam o cumprimento, pelos entes políticos, do direito à saúde cresceram substancialmente. A essas demandas foi denominado como “judicialização da saúde pública”, quando se tem de um lado, como parte, um dos entes da federação e, do outro, o indivíduo que busca o acesso universal à saúde mediante uma ação individual ao Poder Judiciário para obrigar os entes federativos a cumprirem as políticas públicas de saúde. A judicialização da saúde revela uma tensão entre o Poder Executivo e o Poder Judiciário no que tange à implementação das políticas públicas de saúde, na medida em que se confundem as competências delineadas no texto da constitucional dos referidos poderes. Explica-se. Cabe ao Poder Executivo organizar e implementar as políticas públicas de saúde em todos os níveis da federação, segundo os artigos 196 e 23, inciso II, da Constituição Federal de 1988, que prescrevem que é competência comum a prestação de serviços de saúde, ou seja, todos os entes da federação têm a obrigação de fornecer atendimento gratuito de saúde. Embora haja a previsão constitucional de que todos os entes políticos são responsáveis pelo atendimento universal de saúde, a legislação infraconstitucional fragmenta a universalidade da saúde com a criação de políticas públicas de saúde, dentre elas podendo-se citar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que orienta a distribuição e a aquisição, pelos entes da federação, dos medicamentos, os quais estão vinculados à regularidade com que determinada enfermidade acomete a população. Dessa forma, a compra de medicamentos para doenças mais comuns, em regra, é feita pelos Municípios, enquanto para as enfermidades mais complexas e raras, cabe aos Estados e à União a aquisição dos respectivos medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). E quando uma pessoa precisa de um medicamento necessário ao tratamento da sua saúde e o Poder Executivo, por exemplo o municipal, nega o fornecimento, mesmo que aquele esteja na lista dos medicamentos de atribuição do município? A qual ente político a pessoa deve se socorrer, diante da complexidade de responsabilidades impostas pela legislação infraconstitucional? Para a pessoa que tenha condições financeiras ou que tem pessoas próximas que possam ajudar na compra do medicamento, a solução é adquirir o medicamento em farmácia particular. Mas se a pessoa não puder contar com uma ajuda financeira de alguém próximo para adquirir o medicamento, a situação fica mais complexa. Primeiro, porque para que ela consiga um desconto de até noventa por cento no programa “Aqui tem Farmácia Popular”, ela precisa de um laudo médico do SUS ou

de um médico particular. E surge outro obstáculo, que é a espera por uma consulta com um médico do SUS, para lhe fornecer o laudo médico necessário para adquirir o medicamento do referido programa. Para ilustrar essa situação, o tempo médio para que o usuário do SUS consiga ser atendido no município do Rio de Janeiro por um cardiologista é de 98 dias (SAFFIER; SILVA, 2017). A resistência do Poder Executivo em não cumprir as políticas públicas de saúde, que o mesmo criou, é que emergem discussões se o Poder Judiciário poderia ter ingerência sobre as aquelas, no caso a da saúde, criadas pelo Executivo, uma vez que um dos argumentos deste é que aquele não teria legitimidade democrática, eis que não foi eleito e, por conseguinte, tal ingerência violaria a separação dos Poderes. Em compensação, por uma postura mais ativa do Judiciário no sentido de impor ao Poder Público a concretização das políticas públicas de saúde, com base no argumento do direito à vida do indivíduo ou ao mínimo existencial, ações são formuladas, principalmente, pela Defensoria Pública: O Estado tem a obrigação de respeitar o mínimo existencial dos cidadãos, pois não há dignidade humana, pilar ético-político-jurídico do Estado Brasileiro, sem um mínimo necessário para a existência. O conceito de mínimo existencial, do mínimo necessário e indispensável, do mínimo último, aponta para uma obrigação mínima do poder público, desde logo sindicável, tudo para evitar que o ser humano perca sua condição de humanidade, possibilidade sempre presente quando o cidadão, por falta de emprego, de saúde, de previdência, de educação, de lazer, de assistência, vê destruída sua autonomia, resultando num ente perdido no cipoal das contingências, que fica à mercê das forças terríveis do destino. (JUNIOR, 2011, p.02). De outro lado, as críticas que mais vigoram em desfavor ao fornecimento de tratamento e medicamento, pela via judicial, estão na escassez de recursos públicos, alegando-se por vezes a reserva do possível, bem como no impacto dessa na articulação das políticas públicas de saúde: Mais recentemente, vem se tornando recorrente a objeção de que as decisões judiciais em matéria de medicamentos provocam a desorganização da Administração Pública. São comuns, por exemplo, programas de atendimentos integral, no âmbito dos quais, além de medicamentos, os pacientes recebem atendimento médico, social e psicológico. Quando há alguma decisão judicial determinando a entrega imediata de medicamentos, frequentemente o Governo retira o fármaco do programa, desatendendo a um paciente que o recebia regularmente, para entregá-lo ao litigante individual que obteve a decisão favorável. Tais decisões privariam a Administração da capacidade de se planejar, comprometendo a eficiência administrativa no atendimento ao cidadão. Cada uma das decisões pode atender às necessidades imediatas do



jurisdicionado, mas, globalmente, impediria a otimização das possibilidades estatais no que toca à promoção da saúde pública. (BARROSO, 2007, pp.24-25). O trecho acima é de discurso é de Luis Roberto Barroso, à época Procurador do Estado, o qual tinha como atribuição a defesa do Poder Executivo Estadual. Observa-se que o argumento utilizado revela que a ação judicial criaria uma desigualdade quanto ao fornecimento de medicamento, visto que aquele que recebe regularmente o medicamento sem ajuizar uma ação seria prejudicado por aquela pessoa que precisa do mesmo medicamento, mas não conseguiu obter diretamente do Estado e necessitou socorrer-se da via judicial. Percebe-se que a judicialização da saúde é fruto da lógica do contraditório que é intrínseca ao sistema de justiça brasileiro. Primeiramente, deve-se diferenciar a lógica do contraditório do princípio do contraditório. Este opera no plano do “dever ser”, atribuindo uma observância obrigatória- decorrente, principalmente, da Constituição Federal Brasileira de 1988 e dos Códigos de Processo Civil e Penal- a todos os envolvidos no processo judicial ou administrativo, de modo que sejam às partes assegurada a possibilidade de estarem cientes do andamento do processo, bem como de influir na decisão judicial por todos os meios possíveis, desde que lícitos (DUARTE; IORIO, 2015). Já a lógica do contraditório está arraigada na cultura jurídica do Brasil, permeando e moldando tanto a prática quanto o raciocínio jurídico, sendo uma compreensão do funcionamento do mundo jurídico no âmbito discursivo. Nessa lógica, a busca incessante pela criação de uma verdade, por meio de conhecimentos particularizados das normas, leva a uma disputa pelo monopólio do saber, sendo aquele que conseguir fazer triunfar a sua tese é considerado, pelo sistema jurídico, o vencedor e os demais, meramente vencidos (KANT DE LIMA, 2009). Tendo em vista esse espaço de divergências em que o consenso é um empecilho, a lógica do contraditório pode ser observada na judicialização da saúde pelas teses antagônicas já explicitadas nos parágrafos anteriores, quais sejam: o mínimo existencial e a reserva do possível com a desarticulação política. Nesse sentido, evidencia-se que o discurso dos operadores sobre o limite do direito à saúde tem mais valor do que as pessoas que estão efetivamente envolvidas no conflito, ofuscando a cidadania dessas em relação a uma saúde integral e universal prevista expressamente na Constituição Federal de 1988.

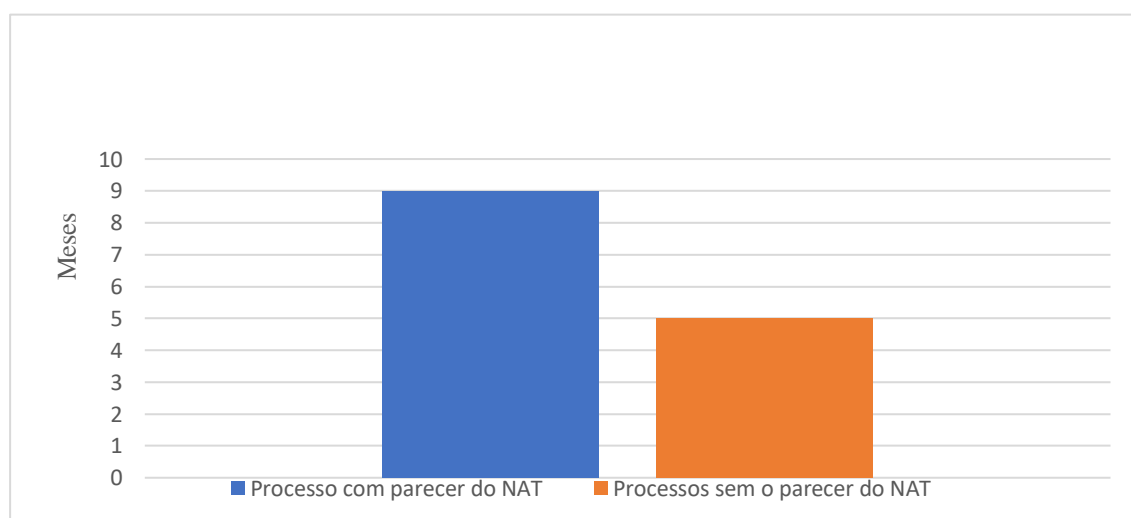
#### 4.A judicialização das demandas por medicamentos na Comarca de Niterói

A indagação mais recorrente que os atendidos pelo Núcleo da Defensoria em Niterói era sobre quando iriam receber os medicamentos, seja aquela realizada no início

do atendimento ou no fim dele. Nesse sentido, a partir do método qualitativo com a observação participante, será demonstrado o período o qual a pessoa atendida pela citada instituição conseguiu receber o seu pedido de serviço público de saúde, ou seja, em quanto tempo ocorreu a administração de conflitos. Foram registrados, em relação ao Núcleo de Primeiro Atendimento da Defensoria Estadual, doze atendimentos que envolviam pedido de medicamento pelo SUS. Embora a todos os doze atendidos o citado Núcleo exigia o comprovante de que eles tentaram, de forma extrajudicial, buscar a solução dos conflitos junto à Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, na prática, o mesmo comprovante servia, sob o ponto de vista da Defensoria, mais como uma formalidade necessária para ajuizar uma ação em face do Município de Niterói e do Estado do Rio de Janeiro. Todos os casos observados no citado campo não foram administrados de forma extrajudicial, necessitando a pessoa ajuizar a respectiva ação para obrigar os citados entes federativos a lhe fornecer os serviços públicos de saúde pelo SUS. Ou seja, as pessoas não tinham a alternativa de receber os seus pedidos que não fosse pela via judicial.

No que tange ao período que a pessoa recebeu o medicamento pela via judicial, o termo inicial eleito foi o documento que a pessoa assinava segundo o qual se comprometia com que as informações eram verídicas e autorizava o Núcleo a ajuizar a ação. Já o termo final eleito era a data do comprovante de compra do medicamento que a pessoa deveria apresentar ao Defensor com atribuição para atuar junto ao processo judicial da mesma e juntar aquele a este. O período pode ser representado da seguinte forma:

**GRÁFICO 1: Média do período para a pessoa receber o medicamento pela via judicial na Comarca de Niterói pelo Núcleo da Defensoria**



Fonte: Elaborado pelo Autor

O (**GRAF.1**) acima foi elaborado considerando as pessoas atendidas, no período de agosto de 2017 a dezembro de 2017, pelo Núcleo de Primeiro Atendimento da Defensoria em Niterói, com seus respectivos processos distribuídos no mesmo período<sup>1</sup>. Interessante observar que a média de tempo para que a pessoa consiga obter o seu medicamento sem a participação do Núcleo de Assistência Técnica (NAT)<sup>2</sup> é de cinco meses e, com a participação do mesmo, é de nove meses.

O NAT tem como incumbência auxiliar o magistrado em suas decisões judiciais, especialmente as de tutela de urgência, a partir de pareceres técnicos não vinculantes sobre a necessidade do medicamento ou se existe algum tipo de alternativa para algum tratamento. Essencialmente, o referido Núcleo foi criado para que o juiz profira decisões mais técnicas com base no parecer dos profissionais integrantes do mesmo. Assim, os juízes, antes de concederem uma liminar envolvendo pedido de serviços públicos de saúde, seriam recomendados a submeterem o processo ao NAT para que este emita um parecer a fim de possibilitar uma decisão que utilizasse menos o “bom senso” dos juízes, conforme declaração à época de sua criação, 2009, pelo presidente do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro:

Antigamente, o juiz tinha que se limitar ao seu bom senso. Chegava um pedido assinado por um médico particular afirmando que o paciente precisava de um remédio ou de uma internação para salvar sua vida e o juiz, é claro, optava pela vida. O deferimento das liminares, então, acontecia em um grande número de casos. Hoje, com o Núcleo de Assessoramento Técnico, onde trabalham médicos e farmacêuticos graças a um convênio com o Governo do Estado, o juiz pode decidir com mais tranquilidade, utilizando a experiência desses profissionais. O juiz, agora, não decide só utilizando o seu bom senso, mas, sim, baseado em um parecer técnico. (TJRJ, 2010).

Ao observar os autos dos processos os quais o NAT foi consultado pelo Juiz, todos os pareceres daquele foram requeridos depois da decisão judicial de concessão de tutela de urgência; mesmo assim, a média de tempo para a efetivação dessa decisão era superior

---

<sup>1</sup>Número dos autos dos processos analisados: 0044864-25.2017.8.19.0002; 0051716-65.2017.8.19.0002; 0051734-86.2017.8.19.0002; 0053430-60.2017.8.19.0002; 0053441-89.2017.8.19.0002; 0053446-14.2017.8.19.0002; 0053449-66.2017.8.19.0002; 0053560-50.2017.8.19.0002; 0053857-57.2017.8.19.0002; 0055292-66.2017.8.19.0002; 0058884-21.2017.8.19.0002; 0061243-41.2017.8.19.0002

<sup>2</sup> O Núcleo de Assistência Técnica foi criado em outubro de 2009 e, em um ano, forneceu cerca de dois mil laudos sobre medicamentos. A equipe conta com 24 profissionais: além daqueles que atuam na área administrativa, são 15 farmacêuticos, dois enfermeiros, quatro nutricionistas e um médico que avaliam os pedidos com base nas prescrições, documentos e histórico dos pacientes-autores para atender a quem realmente necessita dos remédios ou de tratamento específico. O NAT funciona interligado, em tempo real, com a Secretaria Estadual de Saúde, para a verificação imediata da listagem dos medicamentos disponíveis no estoque.

aos processos que o NAT não foi consultado. Nesse sentido, buscou-se compreender, a partir da análise dos processos, o motivo dessa média superior dos processos envolvendo o NAT em comparação aos outros que o mesmo não havia sido consultado. Quando o NAT, solicitado pelo magistrado para se manifestar era, principalmente, depois que o Ministério Público Estadual requisitava que o autor da demanda, o atendido da defensoria, esclarecesse se aquele medicamento era o único possível para o seu tratamento, requerendo também a juntada de documentos atualizados e se a quantidade medicamentosa era o suficiente para o tratamento do autor, embora isso já tivesse sido juntado aos autos do processo quando da distribuição da petição inicial. Por outras vezes, o próprio magistrado, apesar de já ter concedido a tutela de urgência, remetida de ofício, sem ser provocado por nenhuma das partes processuais, ao NAT sobre o pedido do atendido da defensoria. E, no meio do andamento processual, o atendido se sentia irritado e incompreendido quando era chamado pelo Defensor, que tinha atribuição legal sobre o processo distribuído, para esclarecer algum ponto sobre o parecer do NAT.

#### 5- A razoável duração do processo

Antes de estudar o conteúdo do referido princípio, é preciso compreender o que é um princípio. Segundo José Afonso da Silva é possível entender e limitar a conceituação de princípio a partir de sua finalidade: Os princípios são ordenações que se irradiam e imantam os sistemas de normas, são ‘núcleos de condensações’ nos quais confluem valores e bens constitucionais. Nesse mesmo sentido, Robert Alexy esclarece quanto à definição de princípios são normas que ordenam que algo seja realizado na maior medida possível, dentro das possibilidades jurídicas e reais existentes. Assim, são mandamentos de otimização, caracterizados pelo fato de que podem ser cumpridos em diferentes graus, e de que seu cumprimento não somente depende das possibilidades reais, mas também das jurídicas. O âmbito das possibilidades jurídicas é determinado pelos princípios e regras postas. (ALEXY, 2014, p.511-524)

Ora, percebe-se que os princípios foram elevados ao status de norma jurídica e que sua observância é fundamental na medida em que tem por escopo harmonizar o ordenamento jurídico vigente. Ademais, deve-se atentar que a aplicação principiológica está condicionada às possibilidades jurídicas e fáticas, sendo que as primeiras são determinadas pelos princípios e regras opostas. Superada a parte conceitual de princípio,

faz-se necessário compreender o real sentido do princípio da razoável duração do processo a partir da dogmática, a saber:

O princípio da razoável duração do processo possui dupla função porque, de um lado, respeita ao tempo do processo em sentido estrito, vale dizer, considerando-se a duração que o processo tem desde seu início até o final com o trânsito em julgado judicial ou administrativo, e, de outro, tem a ver com a adoção de meios alternativos de solução de conflitos, de sorte a aliviar a carga de trabalho da justiça ordinária, o que, sem dúvida, viria a contribuir para abreviar a duração média do processo. (JUNIOR, 2009, p.314)

O princípio em exame sugere ser um reflexo do direito de ação, ou melhor, um desdobramento, haja vista que o acesso à justiça deve traduzir uma tutela jurisdicional tempestiva e adequada a todos que buscam, bem como se foi oportunizado algum meio alternativo à via jurisdicional. Entende-se, ainda, que o referido princípio não se preocupa com processos instantâneos e que não sejam perpetuados com dilações desnecessárias:

Não se pode, pois, considerar que o princípio da tempestividade da tutela jurisdicional sirva de base para a construção de processos instantâneos. O que se assegura com esse princípio constitucional é a construção de um sistema processual em que não haja dilações indevidas. Em outros termos, o processo não deve demorar mais do que o estritamente necessário para que se possa alcançar os resultados justos visados por força da garantia do devido processo. Deve, porém, o processo demorar todo o tempo necessário para que tal resultado possa ser alcançado. (CAMARA, 2008, p.58)

Em que pese as concepções supramencionadas sobre o conteúdo do princípio da razoável duração do processo, é difícil mensurar no plano fático o que é um tempo razoável e o que não é, ainda mais em se tratando de questões complexas envolvendo demandas judiciais de medicamentos. Nesse sentido, o que mais se aproxima quanto a uma tentativa de compreensão do conteúdo e os critérios fixados para aferir se a razoável duração do processo foi respeitada é o seguinte precedente do Supremo tribunal Federal:

Complexidade do processo, retardamento injustificado, atos procrastinatórios da defesa e o número de réus envolvidos são fatores que, analisados em conjunto ou separadamente, indicam ser, ou não, razoável prazo para o encerramento da instrução criminal. (STF, 2008).

Nota-se que o precedente acima é referente a um processo criminal, mas que é utilizado pela jurisprudência para delinear o tempo razoável em outras demandas não criminais. Assim, diante desse contexto, pode-se refletir a duração do processo a partir desta indagação do trabalho empírico na Comarca de Niterói: se, todas as demandas observadas traziam, majoritariamente, medicamentos iguais ou similares, conforme a observação de campo, por que, mesmo assim, o tempo dos processos não poderia ser mais abreviado? Para tal indagação, a partir da observação em campo, pode-se ter variáveis

que podem influir no tempo, tais como: o parecer do NAT entre a concessão de tutela de urgência e as cautelares de busca e apreensão e arresto, o que acaba por prolongar a data para o cumprimento destas, já que todas as partes processuais e o MP têm prazo em dobro e intimação pessoal para tomar ciência do referido parecer; a expiração do tempo de cumprimento do mandado de arresto decorrente da proibição, imposta pela própria Defensoria, dos atendidos de ligarem para a Defensoria para saber sobre o andamento processual de medicamentos, sendo que a informação apenas deve ser fornecida pessoalmente; a falta de padronização das decisões judiciais para com o cumprimento das cautelares, pois depois de deferida a tutela de urgência, alguns juízes expedem somente o mandado de busca e apreensão e outros expedem o mandado de busca e apreensão com o arresto, caso aquela não seja cumprida; a manifestação do ministério público no processo seja para requerer a elaboração do parecer do NAT, seja para simplesmente tomar ciência dos autos do processo, o que acaba por reter o processo, obstando a Defensoria de requerer a cautelar de arresto. Devido a essas possíveis variáveis, o atendido da defensoria é intimado para atualizar o laudo médico, a receita e o orçamento para que a Defensoria possa requerer a citada cautelar, sendo que o mesmo demora para conseguir novamente um novo laudo em decorrência da dificuldade do jurisdicionado conseguir agendar uma consulta em algum hospital integrante do SUS.

### Considerações Finais

A presente pesquisa tentou trazer à tona, mediante uma pesquisa empírica, valendo-se da observação de campo, que a judicialidade da política pública do Sistema Único de Saúde do Município de Niterói pode ser decorrente de uma falta de planejamento de demandas judiciais que pleiteiam medicamentos idênticos, os quais poderiam ser dispensados pela via administrativa àqueles que procuram atendimento na Defensoria situada no citado Município. Outrossim, a via judicial traz apenas custos aos entes seja porque devem adquirir medicamentos sem licitação no momento da construção judicial pelo preço de mercado seja pela futura de condenação de pagamentos de custas ao Centro de Estudos Jurídicos (CEJUR), da Defensoria Pública Estadual do Rio de Janeiro.

Interessante também é que a despeito do CNJ recomendar o uso do NAT como auxílio das decisões judiciais, este tem sido utilizado, na prática, depois da concessão da decisão de tutela de urgência, caso o Ministério Público ache necessário, e o juiz. O fato

de o NAT ser consultado, após a decisão judicial, parece ser o possível motivo da demora dos processos, visto que cada parte processual e o MP têm de se manifestar, às vezes mais de uma vez, sobre o mesmo parecer do NAT, conforme a análise dos autos dos processos. Ademais, a não consulta ao NAT do magistrado antes de proferir a decisão judicial de tutela de urgência torna os processos menos padronizados e mais morosos. Isto pode ser compreendido como o uso indevido da prerrogativa dos magistrados do princípio da livre convicção motivada, uma vez que basta que eles apresentem uma fundamentação analítica- jurídica sobre o caso que a decisão restará fundamentada, não vinculando-se aos pareceres técnicos do NAT na medida em que estes possuem caráter facultativo. Isto é, a livre convicção do magistrado, ainda que fundamentada, em grande parte, se sobrepõe ao conhecimento técnico da medicina.

No que se refere a percepção pelos jurisdicionados do que seria o tempo razoável para o recebimento de seus medicamentos, é difícil determinar o seu conteúdo, pois variava de acordo com a sua possibilidade de esperar pela efetividade da tutela de urgência. Mas, na maioria dos casos, o tempo do processo nunca era o mesmo tempo do mundo real das pessoas atendidas pela Defensoria, pois as suas angústias, seus dramas pessoais apresentados demonstravam a insatisfação com o tratamento dispensado pelo Estado. Percebe-se, portanto, que o comportamento dos agentes públicos foi uma das determinantes para a dilação desnecessária dos processos envolvendo medicamentos, carecendo da compreensão de alteridade quanto as necessidades dos jurisdicionados

Por fim, não há pretensão, no presente trabalho, de ser normativo e nem esgotar todas as variáveis da justicialidade da política pública de saúde, mas pode-se refletir sobre o sentido de cidadania a partir da pesquisa de campo a fim de compreender que o outro é integrante do corpo da sociedade e não como mero ônus, sem serventia a esta. O atendido da Defensoria pode ser um administrado ou pode ser qualificado como jurisdicionado em se tratando de processo judicial. Mas é o seu *status* de cidadão que lhe confere direitos, principalmente os direitos sociais, que objetivam diminuir as desigualdades de condições entre as pessoas já existentes na sociedade.

## Referência Bibliográficas

ALEXY, Robert. Formal principles: Some replies to critics. *International Journal of Constitutional Law* 12, 3, p. 511-524, 2014.

BARROSO, Luis Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão: Brasília, 2007. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-deapoio/publicacoes/saude/Saude\\_-\\_judicializacao\\_-\\_Luis\\_Roberto\\_Barroso.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-deapoio/publicacoes/saude/Saude_-_judicializacao_-_Luis_Roberto_Barroso.pdf)>. Acesso em 28/06/18.

BLOCH; Renata Arruda; ESCOREL, Sarah. As conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: EDLER, Flávio Coelho; GERSCHMAN, Silvia; LIMA, Nísia Trindade; SUÁREZ, Júlio Manuel (orgs.). Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, pp.83-119.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Conta-Satélite de Saúde 2010-2015. Rio de Janeiro, 2017.

\_\_\_\_\_. Sinopse do Censo Demográfico 2010. IBGE: Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>>. Acesso em 14/06/18.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. Relatório Sistemático de Fiscalização. 2014. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/relatorio-sistemico-de-fiscalizacao-saude-8A81881F6364D8370163E248AEB66A6B.htm>>. Acesso em 18/06/18.

CÂMARA, Alexandre Freitas, 18º Ed., Editora Lumen Juris, Rio de Janeiro, 2008. p. 58.

CARVALHO, José Murilo. Cidadania no Brasil: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

Código de Processo Civil Brasileiro de 2015.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.



DUARTE, Fernanda; IORIO FILHO, Rafael Mario. A lógica do contraditório: ainda somos medievais. In: CONPEDI/UFS; Gustavo Silveira Siqueira; Antonio Carlos Wolkmer; Zélia Luiza Pierdoná. (Org.). História do direito. Florianópolis: CONPEDI, 2015, pp.123. Disponível em: <<https://www.conpedi.org.br/publicacoes/c178h0tg/405y7512/p11102aGtQDxF62B.pdf>>. Acesso em 25/06/18.

EDLER, Flávio Coelho; ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: EDLER, Flávio Coelho; GERSCHMAN, Sílvia; LIMA, Nísia Trindade; SUÁREZ, Júlio Manuel (orgs.). Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, pp.59-81.

JUNIOR, Nelson Gonçalves de Souza. A Defensoria Pública como fator indispensável para a construção da cidadania brasileira e do mínimo existencial. Associação Nacional dos Defensores e Defensoras Públicos do Brasil: Brasília, 2011. Disponível em: <[https://www.anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/11336/Artigo\\_Defensor\\_P\\_blicoMaido\\_2011.pdf](https://www.anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/11336/Artigo_Defensor_P_blicoMaido_2011.pdf)> Acesso em 28/06/18.

KANT DE LIMA, Roberto. Sensibilidades jurídicas, saber e poder: bases culturais de alguns aspectos do direito brasileiro em uma perspectiva comparada. Anuário Antropológico/2009-2, Brasília, pp. 25-51, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/ineac/sites/default/files/02-anuarioantropologico-robertokant.pdf>>. Acesso em 28/06/18.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. O estado do bem-estar social na idade da razão: a reinvenção do estado social contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MARSHALL, T.H. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

JÚNIOR, Nelson Nery. Princípios do processo na Constituição Federal: processo civil, penal e administrativo. 9. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009, p. 314.

OLIVEIRA, Vanessa Elias; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v.16, n.1, pp.17, janabr, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/02.pdf>>. Acesso em 15/06/18.

SAFFIER, Igor Pedrosa; SILVA, Martha Vieira Christo Barbosa. Consultas e exames na rede pública municipal do Rio de Janeiro via SISREG: desafios e alternativas de gestão para desafogar a demanda. Revista Científica de Saúde, v.2, n.2, maio-ago. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://smsrio.org/revista/index.php/revsa/article/download/323/283>>. Acesso em 26/07/2018.

SANTOS, Wanderley Guilherme. Cidadania e Justiça Social: a política social na ordem brasileira. 3ªed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

STF. HABEAS CORPUS n. 92453. Relator: Ministro Eros Grau DJ: 25/04/2008. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo512.htm>>. Acesso em: 07/ 11// 2020.