



JUDICIALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO NO SUS: ELEMENTOS PARA UMA REVISÃO CRÍTICA

JUDICIALIZATION OF ONCOLOGICAL TREATMENT IN SUS: ELEMENTS FOR A CRITICAL REVIEW

Laura Freitas Oliveira¹

Senir Santos da Hora²

RESUMO

O presente trabalho tem como tema a judicialização na saúde, tomando como caso exemplar o acesso ao tratamento oncológico em uma unidade hospitalar do SUS no Rio de Janeiro, lócus de atuação profissional e investigação acadêmica das autoras. O artigo tem como objetivo principal apresentar o quadro atual da saúde pública no Brasil, situando os impactos dos retrocessos no campo das políticas sociais sobre aquela população, a fim de compreender as saídas encontradas para o acesso ao direito à saúde, previsto constitucionalmente. Neste sentido, propõe-se uma análise crítica sobre o Estado enquanto executor da política social no sistema capitalista, partindo, a seguir, para a reflexão sobre o Sistema Único de Saúde e as particularidades do tratamento oncológico no Brasil para, enfim, trazer o debate sobre a judicialização neste campo.

Palavras-chave: Estado; Sistema Judiciário; Política Social; Saúde Pública.

ABSTRACT

The present work has as its theme the judicialization of health, taking as an exemplary case the access to oncological treatment on a SUS hospital facility in Rio de Janeiro, locus of professional action and academic investigation of the authors. The main objective of the article is to present the current picture of public health in Brazil, situating the impacts of setbacks in the field of social policies on that population, in order to understand the solutions found for access to the right to health, constitutionally provided. In this sense, a critical analysis of the State as an executor of social policy in the capitalist system is proposed, followed by a reflection on the SUS and the particularities of cancer treatment in Brazil to, finally, bring the debate on the judicialization in this field.

¹ Mestre em Serviço Social, Instituto Nacional de Câncer, laura_frei@hotmail.com.

² Doutora em Serviço Social, Instituto Nacional de Câncer e Hospital Universitário Antônio Pedro, senirsantos@hotmail.com.



Keywords: State; Judiciary; Social Policy; Public Health.

1 INTRODUÇÃO

Considerando a atual conjuntura brasileira, marcada pelo quadro de recessão da economia internacional, submetida à ordem financeira do grande capital, que vem ocasionando a perda de direitos e de conquistas sociais históricas estabelecidas pela Constituição de 1988, dentre elas o direito à proteção da saúde, o judiciário e os órgãos jurídicos, na prevalência da “letra da lei”, ganham relevância, estando cada dia mais presentes na sociedade, principalmente no contexto da garantia de direitos. Desta forma, a busca pela via judicial para a efetividade do direito ao acesso à política de saúde tem sido uma demanda crescente no dia a dia do trabalho na área, pois muitas vezes tem sido a única alternativa de encaminhamento encontrada pelos profissionais diante da escassez de recursos da rede de atendimento. O presente artigo busca, partindo desta realidade, destacar que, em relação à garantia do acesso ao tratamento oncológico em um unidade hospitalar do município do Rio de Janeiro, a judicialização expressa o resultado de uma *reação ao não acesso* a um direito.

Defende-se aqui que a judicialização da saúde expressa reivindicações e modos de atuação legítimos de usuários(as) e instituições para a garantia e promoção dos direitos sociais. Sabe-se que a intervenção judicial no âmbito da saúde vem aumentando nos últimos tempos, e que a população tem pleiteado os seus direitos por esta via, muitas vezes alcançando decisões favoráveis. Parte da polêmica em torno do debate sobre o tema diz respeito à efetividade desse direito coletivo ao ser deferido judicialmente em um processo individual, uma vez que a decisão beneficiaria apenas aquele que ingressou em juízo e não a coletividade e, neste sentido, compreende-se que a efetividade³ do direito à saúde requer um

³ Barroso (2009, p. 36) afirma que a doutrina da efetividade tem como essência “tornar as normas constitucionais aplicáveis direta e imediatamente, na extensão máxima de sua densidade normativa”, ressaltando que novos patamares foram alcançados no âmbito do constitucionalismo brasileiro, com o estabelecimento da normatividade e a efetividade, a partir de 1988.



conjunto de respostas políticas e ações governamentais mais amplas e não meramente formais e restritas a ordens judiciais.

Os debates aqui levantados, ainda que de forma introdutória em decorrência dos limites da presente proposta, têm como objetivo apresentar alguns dos elementos que conformam as bases para a compreensão do processo de judicialização na saúde. Assim, nos itens que se seguem, serão realizados apontamentos sobre o Estado, políticas sociais e acesso ao tratamento oncológico no Brasil atual, a fim de balizar reflexões futuras sobre o tema.

2 ESTADO E POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE NO BRASIL

A temática da intervenção estatal após a consolidação do capitalismo, sobretudo ao firmar suas bases sobre a ideologia liberal, tem sido frequente nos debates sobre o trato à pobreza e os limites que devem ser estabelecidos a fim de assegurar a liberdade econômica e o compromisso com a manutenção da ordem capitalista. Neste sentido, compreende-se aqui que a análise deve centrar-se não na questão de se o Estado deve intervir na economia, mas *em quais setores* atuará majoritariamente, uma vez que a noção de Estado mínimo nunca se configurou como realidade, já que cumpre papel determinante para a sustentação do sistema de produção, como se verá. Parte-se do princípio, portanto, de que o Estado capitalista nunca será isento, constituindo-se como o “resumo da sociedade civilizada, sendo, sem exceção, em todos os períodos que podem servir como modelo, o Estado da classe dominante e, de qualquer modo, essencialmente máquina destinada a reprimir a classe oprimida e explorada” (ENGELS, 2009, p. 217).⁴ Gramsci compreende o Estado como um instrumento que possibilita que um grupo crie as condições para sua máxima expansão, o que não exclui, ao contrário, pressupõe o estabelecimento de equilíbrios entre seus interesses e os dos grupos subordinados, claro, sempre objetivando a prevalência dos interesses dos primeiros (GRAMSCI, 2000, pp.41-42). Esta concepção de Estado, longe de comportar

⁴ Marx (2018, s.p.) também trará importantes reflexões sobre o caráter do Estado na sociedade capitalista, ao denunciar os equívocos de Lassalle ao cair na ilusão de que seria possível construir uma nova sociedade com o apoio do Estado.



simplismos, deve ser tomada de modo a considerá-lo como terreno de conflito de classe, ou seja, “é, ao mesmo tempo, instrumento (de uma classe), mas também lugar (de luta hegemônica) e processo (de unificação das classes dirigentes)” (LIGUORI; VOZA, 2017, p. 263). Assim, o Estado é compreendido de forma ampliada, ou em sentido integral, tomado não apenas o aparelho de governo, mas também a sociedade civil, ou seja, “Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia couraçada de coerção” (GRAMSCI, 2000, 244).

O Estado cumpre função essencial no sistema capitalista, como parte do aparelho coercitivo que garante a sua sustentação e os meios para a sua reprodução, onde quer que se desenvolva. No caso brasileiro, este desenvolvimento do capitalismo e sua relação com o Estado se dá a partir de sua inserção dependente no sistema, a nível mundial, o que traz algumas implicações e particularidades, conforme segue:

O padrão de desenvolvimento capitalista dependente é incapaz de superar certas realidades, que se reconstituem e se revitalizam de modo permanente, como a forte dominação externa; a apropriação dual ou associada do excedente econômico; a extrema desigualdade na distribuição da riqueza, do prestígio social e do poder; a coexistência do crescimento capitalista interno com o subdesenvolvimento ‘absoluto’ ou ‘relativo’, forçando constantes rearticulações de setores ‘arcaicos’, ‘modernos’ e ‘ultramodernos’; intensa exclusão institucional das classes destituídas etc. (FERNANDES, 2011, p. 261).

Ianni (1965, p. 29-30), ao refletir sobre o desenvolvimento econômico do Brasil no século passado, sobretudo no período entre as décadas de 1940 e 1960, voltando sua análise sobre o papel do Estado no sistema capitalista, identifica o processo que designou *dirigismo estatal*. Naquele período, quando o capitalismo em sua fase monopolista estabelecia suas bases também em terras brasileiras, o autor demonstra como o Estado se torna lócus privilegiado do capital, “instituição fundamental o sistema social global” (id., bid., p. 55), o que não significava a constituição de um capitalismo de Estado, mas sim de um Estado para o capitalismo. Neste sentido, apresenta, a partir de dados econômicos da época, como o Estado, em determinado momento histórico, torna-se imprescindível ao desenvolvimento das forças produtivas. Assim, a dinâmica econômica do Brasil no



período, marcado pelo processo de substituição de importações promovido pela industrialização, a partir sobretudo da década de 1950, passa a contar cada vez mais com a intervenção ativa do Estado, através do incentivo à expansão e diversificação das atividades produtivas⁵. O autor (id., ibid., p. 51) destaca que este processo é marcado por “manifestações expressivas da maneira pela qual o processo econômico se vincula dinamicamente ao sistema institucional”⁶. Neste processo, o Estado é também levado a assumir atividades dirigidas à eliminação de focos de crise ou que levem ao seu desenvolvimento ordenado (IANNI, 1965, p. 56). Assim, as políticas sociais assumem papel estratégico como forma de assegurar hegemonia à burguesia, tendo em sua origem o signo contraditório de assegurar a manutenção das classes subalternas a partir, inclusive, de suas demandas e lutas, ao tempo em que a apazigua e controla⁷.

Marx (2021), em seu texto “Glosas Críticas Marginais ao Artigo ‘O Rei da Prússia e a Reforma Social’ de um Prussiano”, de 1844, são apresentadas valiosas indicações sobre o modo como a burguesia “enfrenta” a questão do pauperismo à época, e como o Estado, como “ordenamento da sociedade”, busca a origem do que chama “problemas sociais” em leis da natureza que independem da ação humana, ou na vida privada ou, quando muito, em falhas no âmbito da administração. No que diz respeito a esta última, afirma, referindo-se à situação da Inglaterra:

[...] o pauperismo foi configurando-se como uma instituição nacional e chegou por isso, inevitavelmente, a ser objeto de uma administração ramificada e bastante extensa, uma administração, no entanto, que não tem mais a tarefa de eliminá-lo, mas, ao contrário, de discipliná-lo. (MARX, 2021, s.p.)

Pastorini (1997) recorda que é apenas diante da possibilidade de lutas e conflitos sociais que o Estado lança mão da política social, antecipando-se, no mais das vezes, às crises desencadeadas pela pressão das classes subalternas. Esta lógica, que, de um lado, impede que o Estado, sob pena de negar-se a si mesmo e

⁵ É em 1952, por exemplo, que será criado o BNDE – Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico.

⁶ Também em Mandel (1982) o Estado aparece como pressuposto geral no processo de valorização do capital.

⁷ Para uma crítica da categoria “concessão-conquista”, conferir Pastorini, 1997.



ao sistema econômico que representa, reconheça como estruturais as causas da pobreza e, de outro lado, coloca sempre os interesses econômicos acima de todas as coisas, leva a que a miséria seja sempre tratada por meio de políticas residuais e, sempre que possível, outorgada à iniciativa da filantropia. Em períodos de crise, como a que se verifica desde a década de 1970, mais ainda o Estado se retrai no âmbito das políticas sociais.

Mesmo em se tratando de um Estado focalista, seletivo, clientelista, no campo das políticas sociais, importante destacar a vinculação orgânica entre o capital e o Estado. Cislighi (2015, p. 36) o ilustra ao analisar os serviços de saúde, constituintes das políticas sociais, tomando como referência Mandel. A autora lembra que, mesmo sendo oferecidos pelo Estado, estes serviços ainda se mantêm dentro do circuito do capital, uma vez que acelerariam a rotação do capital por meio da compra de materiais do capital privado pelo Estado, como equipamentos, medicamentos e outros, “reduzindo os custos da produção como salário indireto”⁸. No capitalismo, portanto, “quando oferecidos pelo Estado os serviços sociais participam indiretamente da valorização do capital. Quando oferecidos diretamente pelo capital, os serviços sociais tornam-se fontes diretas de mais valia, muitas vezes subsidiados pelo fundo público” (CISLAGHI, 2015, p. 38).

Destaca-se que, mais recentemente, com os governos Lula da Silva e Dilma Rousseff, no início do século XXI, assistia-se a um inédito investimento estatal no combate à pobreza, com o fortalecimento de benefícios e programas de transferência de renda – como BPC e Programa Bolsa Família (PBF) - um investimento que revela, nos termos de Behring (2008), um expressivo “choque de gestão”. Ao mesmo tempo, seguiu-se o que se caracterizou como contrarreforma da Previdência Social, a despeito do projeto que se apresentava, inicialmente, como contraposto aos interesses hegemônicos das classes dominantes. Neste sentido, o Plano Diretor da Reforma do Estado, proposto em 1995, consolidava-se como “documento orientador de períodos” (BEHRING, 2008) e seguiu balizando o projeto

⁸ De acordo com a autora: “as políticas sociais são financiadas pela produção social da riqueza seja trabalho necessário, seja a mais valia social com o intermédio direto do Estado na organização dessas políticas. Costumam ser chamadas de salário indireto, porque não mercantilizadas diretamente. Quando financiadas além do trabalho necessário pela mais-valia social, essas políticas podem significar uma redução indireta da taxa de exploração, na medida em que a mais valia é devolvida parcialmente ao trabalhador em forma de bens e serviços” (CISLAGHI, 2015, p. 25).



macroeconômico dos governos do PT (2003-2016), com o aprofundamento daquelas contrarreformas, equilibradas com as parcas melhorias aos setores populares. No que se refere à saúde, o Projeto da Reforma Sanitária⁹, vitorioso na Constituição de 1988, continuou sendo vítima de ataques, já que estes governos continuaram a fortalecer o projeto privatista¹⁰.

3 O ACESSO À SAÚDE: PANORAMA ATUAL DO PACIENTE ONCOLÓGICO NO SUS

Importante dedicar, neste momento, algumas linhas à temática do acesso à política social de saúde e ao tratamento oncológico no SUS, a fim de apresentar as suas especificidades e os entraves para a integralidade da atenção à saúde no âmbito do SUS. A este respeito, vale iniciar a partir da reflexão sobre o conceito de acesso, voltado à temática da saúde.

A terminologia “acesso” tem um significado amplo, que varia conforme o autor, contexto sócio-histórico e perspectiva ideológica, podendo ser compreendido, se tomado enquanto acessibilidade, a partir da perspectiva de Donabedian (1973), como “um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população”, referindo-se, portanto, “às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários.” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 191).

Outros autores, como Penchansky & Thomas (apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 192), defendem que o acesso é caracterizado como:

⁹ A Reforma Sanitária constitui-se em um projeto originado no Movimento Sanitário, que teve suas bases fundadas na década de 1970, de acordo com Teixeira e Mendonça (2011), tendo, de acordo com as mesmas, se desenvolvido, em parte, pela constituição de um pensamento crítico definido por Escorel (1999) como de caráter contra-hegemônico. Este processo acaba por concretizar propostas de transformação do Sistema de Saúde, dando-lhe o caráter que define atualmente a saúde como dever do Estado e direito universal.

¹⁰ A título de exemplo, podem ser citados: a instalação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pelo Ministério da Educação pela portaria nº 442, de 25 de abril de 2012, transferindo a gestão de grande parte dos Hospitais Universitários do país; a abertura de ofertas de serviços de saúde ao capital estrangeiro, a partir da lei nº 13.097/2015; o aprofundamento do subfinanciamento da área de saúde, com cortes e desfinanciamento.



a disponibilidade de serviços em relação às necessidades; acessibilidade – tomada aqui como uma dimensão do acesso –, caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; acolhimento, que representa a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização; capacidade de compra, definida pela relação entre formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem por esses serviços; e aceitabilidade, que representa as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.

Sanchez e Ciconelli (2012, p. 261) consideram, a partir da definição de McIntire e Mooney (2007), que as principais características do acesso à saúde podem ser resumidas em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. As autoras, porém, ao dirigir o foco da análise às iniquidades em saúde, aprofundam as indagações quanto às desigualdades no acesso, trazendo como conclusão o fato de que

A maior parte das análises e pesquisas convergem para uma reflexão comum: o problema do acesso à saúde e, por consequência, da equidade em saúde, precisa ser confrontado através de ações intersetoriais e transversais a todas as áreas de governo, abrangendo políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde. (SANCHEZ E CICONELLI, 2012, p. 261)

Neste mesmo sentido, Monnerat e Souza (2011) apontam a *intersetorialidade* como um dos principais pilares da atuação sobre problemas estruturais da sociedade incidentes no processo saúde-doença, além de colaborar de forma determinante na superação do paradigma biológico. De acordo com as autoras, “o paradigma da promoção da saúde e a reatualização da discussão sobre os determinantes sociais nessa área” teria reflexos “em programas prioritários fortemente dependentes da ação intersetorial” (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 47).

Vidal (2017, p. 36), por fim, apresenta uma definição simples, como “a chegada do usuário ao um sistema de saúde [a partir do qual] o usuário deverá ser capaz de suprir a necessidade buscada e garantir seu livre trânsito nos demais níveis de complexidade da atenção”. Esta definição pode ser considerada ponto de



partida para uma concepção mais ampliada¹¹, como se busca defender aqui. O termo acesso é compreendido, assim, no presente estudo, como a ação de entrada do(a) usuário(a) no sistema de saúde no sentido da garantia das possibilidades de utilização efetiva dos serviços, prestados de forma qualificada, tendo na intersetorialidade uma das principais estratégias para a qualidade da oferta. Considera-se, desta forma, que a mera existência do serviço de saúde não pressupõe a garantia do acesso da população ao SUS, como sugere Donabedian (1973), e variados aspectos devem ser considerados na formulação e condução da política.

O Brasil vivencia, nos últimos tempos, os processos de transição demográfica – envelhecimento da população e maior expectativa de vida – e epidemiológica, em que o perfil de morbidade¹² e mortalidade¹³ passa por um processo de transição, com uma incidência crescente de agravos por doenças crônicas não transmissíveis, destacando-se entre elas o câncer. Até o momento da elaboração da presente tese¹⁴, o câncer configura-se como a segunda causa de mortalidade geral no país (com dados brutos de 232.030 óbitos no ano de 2019), atrás apenas das doenças cardiovasculares, destacando-se que a estimativa para o Brasil, para o ano de 2020, apontava a ocorrência de cerca de 625.370 casos novos de câncer (INCA, 2019). Tal incidência e as altas taxas de mortalidade fazem do

¹¹ Partindo dos preceitos da Reforma Sanitária que defende “uma ‘nova consciência sanitária’, um projeto de reforma social na saúde a partir da observação da relação entre economia e saúde, entre as condições de trabalho, renda e as condições de prevenção das doenças e recuperação da saúde nas diferentes classes sociais”, tendo como elementos constituintes: “(...) a) *democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) *democratização do Estado e seus aparelhos*, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) *democratização da sociedade* alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma ‘totalidade de mudanças’, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, mediante uma reforma intelectual e moral (MASSON, 2007, p.55 apud PAIM, 2008, p. 173, grifos nossos).

¹² “Refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças (ou determinadas doenças) num dado intervalo de tempo em uma determinada população. A morbidade mostra o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população” (PEREIRA, 2007, s.p.).

¹³ “Refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo de tempo. Representa o risco ou probabilidade que qualquer pessoa na população apresenta de poder vir a morrer ou de morrer em decorrência de uma determinada doença” (PEREIRA, 2007, s.p.).

¹⁴ Os óbitos por COVID-19 no Brasil somavam 194.949 até o final de 2020, valor que, até o mês de agosto de 2021, já se aproxima do triplo, ainda com tendência de crescimento.



câncer um problema de saúde pública que acarreta grandes repercussões à vida dos(as) usuários(as) e seus familiares, como é comprovado cotidianamente pelos(as) profissionais de saúde.

O câncer é caracterizado por sua complexidade, abrangendo mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos a distância e dificultam o acesso aos meios necessários para sua detecção precoce (INCA, 2021). Os tipos de tratamento variam, de modo geral, entre cirurgia, radioterapia¹⁵, quimioterapia¹⁶, transplante de medula óssea e imunoterapia, conjugados ou não, e requerem do(a) usuário(a) um alto grau de adesão. Deste modo, a continuidade do tratamento é dificultada pela alta frequência ao hospital e, em alguns casos, internações prolongadas. São indiscutíveis, assim, os impactos do câncer na vida do paciente e de suas famílias, em toda a sua trajetória, desde a confirmação do diagnóstico – muitas vezes demorada – até a chegada ao local onde será realizado este tratamento. Verifica-se, portanto, o difícil e muitas vezes longo caminho destes sujeitos desde os primeiros sintomas, passando pelo processo de confirmação do diagnóstico até a chegada à alta complexidade no SUS. Tal processo, em grande parte das vezes, inviabiliza a realização de tratamentos curativos, devido ao estadiamento (referência TNM¹⁷) avançado da doença. Este quadro também vem se agravando com a pandemia, uma vez que, desde o início do ano de 2020, reduziu-se drasticamente o número de diagnósticos¹⁸ com a limitação de vagas para exames, a fim de evitar aglomerações, apenas para apresentar um exemplo.

¹⁵ “A radioterapia é um método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes. Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais” (INCA, 2016).

¹⁶ “A quimioterapia é o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Quando aplicada ao câncer, a quimioterapia é chamada de antineoplásica ou quimioterapia antitumoral” (INCA, 2016).

¹⁷ O TNM é o sistema de Classificação dos Tumores Malignos e é utilizado para avaliar a extensão da doença e determina todo o planejamento terapêutico e indica o prognóstico do caso, ou seja, o seu estadiamento (INCA, 2016).

¹⁸ As sociedades brasileiras de Patologia e Cirurgia Oncológica calculam que, apenas entre março e maio de 2020, 50 mil diagnósticos deixaram de ser feitos no Brasil. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/cancer-a-luta-nao-pode-parar-com-a-pandemia/>>. Acesso em: 17 março de 2021. Estudos futuros poderão demonstrar, porém, o impacto da pandemia no aumento da mortalidade por outras causas, como o câncer e doenças cardiovasculares, em decorrência da crise sanitária instalada no período.



A confirmação do diagnóstico nas fases iniciais da doença é fator chave para a sobrevida no início do tratamento oncológico. Na particularidade do SUS, na maioria dos casos, a “porta de entrada” da regulação em saúde é a rede de atenção básica. Após a suspeita do câncer a partir de atendimento ambulatorial na unidade básica de saúde, é feito o cadastro do usuário no SISREG (sistema de regulação de vagas no município) para referência ao nível secundário (média complexidade), onde serão realizados exames diagnósticos e tratamento de lesões precursoras (lesão inicial)¹⁹. Caso haja lesão invasiva, será realizado agendamento de consulta oncológica em unidades de atenção terciária (alta complexidade) através do Sistema Estadual de Regulação (SER²⁰).

Entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o ingresso na rede de atenção à saúde até o início do tratamento, muitas dificuldades podem ser encontradas e a demora pode ser grande. Estudo realizado por Vidal (2017) demonstrou que a média temporal em dias de mulheres com câncer de colo do útero em tratamento no SUS, entre o ingresso na alta complexidade e o início do tratamento em CACON de referência, era de 74 dias, ultrapassando o período determinado por lei. A Lei no 12.732 de 2012 determina o tempo máximo de 60 dias para início do primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna. De acordo com o seu artigo segundo:

O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), *no prazo de até 60 (sessenta) dias* contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico *ou em prazo menor*, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. §1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso. (BRASIL, 2012 - grifos nossos).

¹⁹ A lesão inicial é considerada curável e desta para a fase invasiva, que caracteriza o câncer, existe um intervalo de tempo de cerca de 10 anos, variando conforme a particularidade histológica e imunológica de cada caso (INCA, 2016)

²⁰ O SER é o sistema responsável pelo agendamento de consulta oncológica nos hospitais e institutos especializados em tratamento de câncer.



Ainda a Lei nº 13.896, de 2019, assegura aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com suspeita de câncer o direito à realização de exames necessários para a confirmação do diagnóstico no prazo máximo de *30 dias*, reforçando o reconhecimento formal da importância de um atendimento, diagnóstico e início do tratamento o mais precoce possível, como demanda a natureza da doença.

Recente publicação do INCA sobre o diagnóstico precoce, destaca ainda, a partir de definição da OMS, que as etapas do diagnóstico precoce “podem ser resumidas no tripé: população informada, profissional capacitado e acesso aos serviços de saúde” (INCA, 2021, p. 17-18). Voltando brevemente ao conceito de acesso acima apresentado, que ressalta o aspecto da qualidade dos serviços ofertados nas unidades de atendimento, pesquisa realizada em 2014 apontou (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015) que os participantes, usuários(as) do SUS em curso de tratamento de câncer, relataram erros iniciais no diagnóstico, que incluíam tratamentos inadequados, e falta de preparo técnico para a realização de exames específicos, além da demora em conseguir agendamento de consultas com especialistas e para a realização de exames.

4 A JUDICIALIZAÇÃO COMO SINTOMA E REMÉDIO

No campo das políticas sociais, os retrocessos têm impactado diretamente nas condições de vida e trabalho da população em geral, tendo no contexto pandêmico um sério agravante. Os reflexos deste quadro tem sido sentidos também no cotidiano de trabalho, uma vez que pessoas com câncer usuárias do SUS se viram impedidos, também em decorrência da realidade pandêmica, de acessar direitos, devido ao fechamento de postos de atendimentos por um determinado período, como foi com o passe livre em meados de 2020²¹, no caso exemplar de um hospital de tratamento oncológico no Rio de Janeiro. Além disso, a

²¹ Uma vez que os postos de cadastramento encontravam-se fechados, os(as) usuários(as) foram orientados(as) pela SETRANS a simplesmente apresentar o formulário específico para solicitação de vale social para trem, barca, metrô ou ônibus intermunicipal, preenchido pelo médico do Instituto, aos condutores ou seguranças ao ingressar neste modais para acesso ao tratamento, acesso que podia ser inviabilizado a depender da “boa vontade” do responsável, não havendo garantias para acesso ao transporte.



própria necessidade de ingressar em transportes públicos em geral lotados para acessar o tratamento em meio à pandemia, já representa um grave risco a esta população, uma vez que a pessoa com câncer é parte do grupo de risco para COVID-19, sobretudo quando em curso de radioterapia e quimioterapia, em uso de medicamentos que reduzem a imunidade, ou nos trinta dias após a realização de procedimentos cirúrgicos.²² Neste contexto, os impactos da pandemia de COVID-19 tem colocado à mostra os efeitos devastadores de anos de ultraneoliberalismo²³, e, no caso do Brasil recente, de ausência de políticas para o seu enfrentamento, que, até o momento, conduziu à absurda marca de quase 600 mil mortos. Este quadro pandêmico trouxe impactos tanto para o tratamento das pessoas com câncer²⁴ quanto na ampliação de ações judiciais para acesso ao tratamento da COVID-19, como vagas em UTIs²⁵, estabelecendo novos recordes de ações na Justiça para tratamento de saúde.²⁶

A partir da Constituição de 1988, como destaca Barroso (2009, p. 35),

as normas constitucionais deixaram de ser percebidas como integrantes de um documento estritamente público, mera convocação à atuação do Legislativo e do Executivo, e passaram a desfrutar de aplicabilidade direta e imediata por juízes e tribunais.

²² Disponível em:

<<https://www.inca.gov.br/videos/o-paciente-com-cancer-esta-no-grupo-de-risco-para-covid-19>>.

Acesso em: 14 ago. 2021.

²³ Cislighi (2021, s.p.) caracteriza o ultraneoliberalismo como uma espécie de transformação pela qual passou e ainda passa o neoliberalismo, a partir de novos arranjos, a partir da “apropriação de pautas progressistas em determinado momento do ciclo histórico, culminando em sua face ultraneoliberal no momento presente, que não rompem nunca, entretanto, com seus principais objetivos e fundamentos”.

²⁴ No caso do INCA, por exemplo, é possível destacar a redução do número de cirurgias e o aumento da ocupação de leitos de UTI por pacientes com COVID-19, como divulgado na grande mídia.

Disponível em:

<<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/16/pacientes-com-cancer-reclamam-da-falta-de-previsao-para-cirurgias-no-inca.ghtml>>. Acesso em 07 ago. 2021.

²⁵ Exemplo emblemático da escassez de vagas nas UTIs foi o caso do município de São Paulo, onde, em março de 2021, hospitais privados solicitaram vagas de UTIs junto à rede pública hospitalar.

Disponível em:

<<https://www.band.uol.com.br/noticias/15-hospitais-privados-ja-solicitaram-vaga-de-uti-na-rede-publica-da-cidade-de-sp-veja-lista-16327816>>. Acesso em: 07 ago. 2021.

²⁶ Disponível em:

<<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/acoes-na-justica-por-tratamento-de-saude-batem-recorde-na-pandemia-25051259#:~:text=A%20pandemia%20tamb%C3%A9m%20puxou%20um,6%25%20em%20rela%C3%A7%C3%A3o%20a%202019>>.

Acesso em 07 ago. 2021.



Isto quer dizer que houve uma alteração na forma como se encaram os direitos instaurados pela Constituição de 1988, já que, uma vez previsto constitucionalmente, um direito fundamental²⁷ torna-se exigível, inclusive mediante ação judicial, como destaca o mesmo autor (BARROSO, 2009). A denominada judicialização da saúde, a partir deste trânsito no modo como são tratados os direitos fundamentais no Brasil, acaba por ser encarada de forma naturalizada como fruto da ineficácia e/ou omissão do Estado, como afirma Oliveira (2015, p. 13), tendo ainda como uma de suas características e efeitos a individualização das demandas perante o Estado.

O Estado Democrático de Direito, como designado no artigo primeiro da Constituição de 1988, traz como um de seus principais preceitos doutrinários a garantia do direito de acesso à Justiça, como meio e fim da proteção dos direitos do cidadão²⁸, através das vias judiciais estatais e de mecanismos extrajudiciais, por meio dos quais é possível defender-se de ameaça ou lesão a direitos. Sendo assim, o direito de acesso à Justiça deve ser facultado a todos(as), como mecanismo de composição de seus conflitos, seja em suas relações com a sociedade ou com o próprio Estado. Este processo de judicialização vem chamando a atenção das ciências sociais crescentemente há mais de duas décadas, considerado como reflexo da “explosão de litigiosidade” observada nos últimos tempos, que lançou mão do direito como instrumento para implementar prestações sociais.

A judicialização assume diferentes expressões: os juristas usam o termo para se referirem à obrigação legal de que um determinado tema seja apreciado judicialmente; afirma-se, também, que a judicialização é o ingresso em juízo de determinada causa, que indicaria certa preferência do autor por esse tipo de via; refere-se, ainda, a decisões privadas de cidadãos [como questões de famílias]; pode

²⁷ Trindade (2019, s.p.), de forma sucinta, apresenta o seguinte conceito de direitos fundamentais: são “os direitos considerados básicos para qualquer ser humano, independentemente de condições pessoais específicas. São direitos que compõem um núcleo intangível de direitos dos seres humanos submetidos a uma determinada ordem jurídica”.

²⁸ Sobre o conceito de cidadania, salienta-se a compreensão de Marx (2005), a partir da qual a ordem burguesa inaugura uma cisão entre o homem real, indivíduo independente egoísta, e o *citoyen*, cidadão abstrato, alegórico, moral. Trindade (2011, p. 77) acrescenta que esta dicotomia reflete e viabiliza o convívio entre a desigualdade privada e a igualdade pública, uma vez que “os direitos deste homem, abstratamente tomado, são receptáculos da desigualdade social, e os do ‘cidadão’ são idealmente equalizadores”. Ao ingressarmos no debate sobre o direito e o marxismo, o tema será aprofundado.



ser considerada, por fim, como aumento desmesurado de leis com o objetivo de regular a sociedade. Porém, todas estas compreensões estão relacionadas à expansão do poder judicial, ou seja, ao aumento da participação dos órgãos jurídicos na tomada de decisões, em que o Poder Judiciário torna-se palco da luta de classes, à medida que passa a regular relações sociais, em um solo onde predomina a cultura do “vá para a Justiça”. Este movimento fomenta dois processos: um deles, coloca o magistrado de hoje em posição central, assumindo um importante encargo mecanicamente atribuído pela sociedade; outro diz respeito à passagem do judiciário de última instância para solução dos conflitos, à gestão e regulação das relações sociais. Todavia, não podemos deixar de lado o fato de que os órgãos jurídicos trabalham com a aplicação da lei formal estabelecida no Brasil e que o direito é muito mais amplo do que a lei, uma vez que é produzido pelo povo em suas relações sociais, ainda que nem sempre seja plenamente materializado em leis. É em decorrência disto que passamos por tantas mudanças constitucionais, reformulações de códigos e legislações. Conforme nos ensina Telles (1999), os direitos dizem respeito ao modo como as relações sociais se estruturam, é o reconhecimento do outro como sujeito de interesses, valores e demandas legítimas, operando como princípios reguladores de práticas sociais.

Ao mesmo tempo, Neto (2012, p. 53) nos adverte que

Ampliar a judicialização da realização de Direito como estratégia única ou prevalente é um grande e perigoso equívoco. Pergunto: dar a um determinado aparelho estatal o monopólio para a realização do Direito é democrático, no sentido radical da democracia? Não. Democrático é fazer com que um número maior de esferas públicas não governamentais consiga também proteger os direitos fundamentais individuais, sociais, coletivos e difusos, sem tentar judicializar a questão social. [...] Democrático é lutar para que o controle social seja realmente mais efetivo, eficaz e eficiente no acompanhamento, monitoramento, avaliação e correção de toda máquina estatal, de todos os três Poderes – Judiciário, Legislativo e Executivo.

O fato é que, apesar do estabelecido pelo poder constituinte e pela legislação infraconstitucional e mesmo sendo considerado um direito fundamental cuja aplicabilidade deve ser imediata, a realidade revela as falhas na concretização do direito à saúde. Assim, é no Judiciário e nos órgãos jurídicos que são



depositadas as expectativas de conferir eficácia e efetividade a este direito. Segundo o Conselho Nacional de Justiça, há uma tendência de crescimento expressivo²⁹.

Brito (2012, p. 433) sinaliza que a judicialização pode ser considerada uma representação social que acaba por naturalizar uma hegemonia do Poder Judiciário, em especial do STF, que, ao atuar interventivamente, ativamente, apresenta-se como “única ou última arena decisória e legítima na resolução de conflitos sociais e políticos, em temas cuja repercussão social demandaria decisões exercidas por mecanismos da democracia direta ou representativa”. Um dos corolários deste processo, que recorta e despolitiza as expressões da “questão social” ao levá-las ao Poder Judiciário, como recorda Oliveira (2015, p. 183),

é justamente a de fazer com que não sejam percebidos em sua totalidade, como parte integrante e umbilicalmente ligada ao movimento contraditório do capitalismo; como uma manifestação de uma situação somente: aquela relação entre os detentores dos meios de produção e os que apenas detêm a sua força de trabalho.

O modo como as buscas por soluções individualizadas para a garantia do direito à saúde pode afetar toda a coletividade, uma vez que o gasto com este indivíduo pode dificultar a implementação de políticas para a coletividade. É neste sentido que duas teorias têm sido utilizadas para justificar a necessidade e os riscos das ações judiciais para casos individuais: a teoria do mínimo existencial e a teoria da reserva do possível.

A teoria do mínimo existencial formulada por Rawls (2005), muito utilizada para justificar decisões judiciais, indica que, antes de se falar no exercício dos direitos e liberdades fundamentais, deve-se pressupor a satisfação das necessidades básicas, como alimentação, saúde etc. Neste sentido, Weber (2016, s.p.), destaca que essa explicitação traz consigo “a necessidade de uma concepção de justiça dever incluir um mínimo existencial na formulação de seus princípios, sobretudo quando trata da garantia e promoção dos direitos fundamentais e de seu fundamento, a dignidade humana”.

²⁹ De mais de 240 mil processos judiciais em 2013 (ZAMPIER, 2013), para mais de dois milhões de ações sobre saúde em 2020, de acordo com dados do CNJ (HERCULANO, 2020).



Já a teoria da reserva do possível, de origem na doutrina alemã, é definida por Ribeiro como aquela que visa resguardar o Estado do esgotamento dos seus recursos financeiros. Esta teoria não se refere exclusivamente à existência de recursos, mas à “razoabilidade da pretensão” (RIBEIRO, 2014, p. 90), e tem sido utilizada como argumento nas decisões judiciais como justificativa ao indeferir pedidos. A mesma autora lembra, porém, que este discurso tem sido utilizado pelo Estado, em juízo ou não, de forma corriqueira, sem comprovação desta carência de recursos, de forma geral e abstrata. Contrapondo-se a esta argumentação, Fleury (2012, p. 160) ressalta que tendências baseadas na reserva do possível não devem ser levadas em consideração, uma vez que tornariam a democracia inviável, “ao subordinar os direitos sociais à lógica da acumulação financeira, drenando os recursos públicos por meios de juros da dívida”. A autora (2012, p. 160) apontará, ainda, o potencial da judicialização para a efetivação do SUS, sinalizando que a luta não deve ser contra a judicialização em si, mas por evitar que essa se torne uma “fonte adicional de iniquidade”, uma vez que envolveria não só a problemática do acesso à saúde, mas também do acesso à Justiça. Outro aspecto importante apontado pela autora (ibid.) é o necessário apoio à “judicialização que garanta a tutela coletiva do direito à saúde, ainda mais quando este se encontra ameaçado com as investidas de interesses privados no interior do sistema público”.

5 CONCLUSÃO

Considera-se que o processo de judicialização na saúde é uma das expressões do recuo da intervenção estatal nas políticas sociais, efetivado pelas contrarreformas neoliberais, e constitui-se, em alguns casos, como única alternativa para garantir o acesso a direitos legalmente previstos. Esta concepção não desconsidera as determinações do sistema capitalista de produção, que traz em si contradições insolúveis dentro dos seus marcos, como o fetiche da igualdade (FREIRE, 2013, p. 44), perpassado pela ilusão do direito.

Parte da polêmica, como visto, reside na questão referente à possibilidade de indivíduos que aguardam, por exemplo, em longas filas de espera



por atendimento no SUS, serem prejudicados ao perderem a vez para alguém que foi inserido no sistema através do litígio. Ao se pensar, portanto, em estratégias de incentivo às ações de caráter coletivo, haveria menores possibilidades de iniquidades no acesso ao sistema de saúde. Estes aspectos poderiam ser, assim, considerados alternativas mais eficazes de solução de demandas, como aquele do acesso à alta complexidade do SUS, sobrepondo-se ao tradicional tratamento que se dá aos pleitos que, a princípio seriam tomados no mero âmbito litigioso e de forma individualizada.

A partir dos estudos realizados e da análise do campo de trabalho, verifica-se que, mais do que a judicialização, encontram-se expressas manifestações da questão social postas na problemática da configuração do SUS e nas deficiências da intersectorialidade nas políticas sociais, que repercutem nas dificuldades de acesso ao tratamento oncológico. Buscou-se demonstrar aqui o agravamento das condições de vida de uma parte cada vez maior da população, com o aumento do desemprego e da precarização das condições de trabalho, aprofundadas pelo contexto pandêmico e a condução das políticas sociais, sobretudo nos últimos anos. Deste modo, é fundamental destacar a existência e a ampliação daqueles extratos mais pauperizados da população, que não têm acesso ao mínimo de alimentação e água tratada, por exemplo, como tanto tem sido divulgado no atual contexto pandêmico, e, portanto, não acessariam nem a política de saúde, tampouco teriam condições de acessar o Sistema Judiciário para tentar garantir o acesso ao direito legalmente previsto. O quadro é grave, e as alternativas para o seu enfrentamento encontram na Justiça possibilidades pontuais para garantia de acesso a direitos como a saúde. Pensar em estratégias eficazes e coletivas pressupõe necessariamente, porém, caminhar em direção à ruptura com o paradigma hegemônico ultraneoliberal que incide no Estado e no direito, determinando e reforçando uma cultura individualizada e individualizante que generaliza inclusive a responsabilização da pessoa com câncer, desconsiderando, a natureza adocedora do meio e do sistema onde vive.

REFERÊNCIAS



BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial.

Jurisp. Mineira, Belo Horizonte, MG, ano 60, n. 188, p. 29-60, jan./mar. 2009.

BATISTA, D. R. R.; MATTOS, M. de; SILVA, S. F. da. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Rev Enferm UFSM**, 5(3), p. 499-510, jul./set. 2015.

BEHRING, E. R. Trabalho e seguridade social: o neoconservadorismo nas políticas sociais. In: BEHRING, E. R.; ALMEIDA, M. H. T. de (orgs.). **Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2008.

BRITO, J. A. de. Judicialização. In: CALDART, R. S.; PEREIRA, I. B.; ALENTEJANO, P.; FRIGOTTO, G. (Orgs.). **Dicionário da educação do campo**. Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular, 2012.

CISLAGHI, J. F. **Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil: parcerias público-privadas e valorização do capital**. 193 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social, 2015.

_____. **Do neoliberalismo de cooptação ao ultraneoliberalismo: respostas do capital à crise**. Disponível em:

<https://esquerdaonline.com.br/2020/06/08/do-neoliberalismo-de-cooptacao-ao-ultranoliberalismo-respostas-do-capital-a-crise/>. Acesso em: 23 jan. 2021.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. São Paulo: Editora Escala, 2009.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

FERNANDES, F. Mudanças sociais no Brasil. In: IANNI, O. (org.). **Florestan Fernandes: sociologia crítica e militante**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

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

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Volume 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

HERCULANO, L. C. **Soluções construídas pelo CNJ buscam reduzir judicialização da saúde**. In: Agência CNJ de Notícias, jun. 2020. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/solucoes-construidas-pelo-cnj-buscam-reduzir-judicializacao-da-saude/#:~:text=Atualmente%2C%20s%C3%A3o%20mais%20de%20dois,%2>



C%20mas%20negligenciados%20pelo%20Estado>. Acesso em: 07 ago. 2021.

IANNI, O. **Estado e Capitalismo**: estrutura social e industrialização no Brasil. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1965.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Quimioterapia**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=101>. Acesso em: 09 jul. 2016.

_____. **Radioterapia**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=100>. Acesso em: 09 jul. 2016.

_____. **Estadiamento**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54>. Acesso em 23 set. 2106.

_____. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

_____. **Detecção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

LIGUORI, G.; VOZA, P. (orgs.). **Dicionário Gramsciano**. São Paulo: Boitempo, 2017.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, K. **A questão judaica**. 5ª ed. São Paulo: Centauro, 2005.

_____. **Crítica ao Programa de Gotha**. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marx/1875/gotha/index.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. **Glosas críticas marginais ao artigo “O Rei da Prússia e a Reforma Social” de um Prussiano**. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ma000012.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2021.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011.

NETO, Wanerlino Nogueira. A judicialização da questão social: desafios e tensões na garantia dos direitos. In: **II Seminário nacional: o serviço social no campo sociojurídico na perspectiva da concretização de direitos**. Brasília: CFESS, 2012.

OLIVEIRA, Rodrigo Silva. **A judicialização da saúde no Brasil e no Rio de Janeiro**: a funcionalidade do Estado e o significado aos Direitos Sociais. 195 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense,



Escola de Serviço Social, 2015.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 14 ago. 2021.

PASTORINI, Alejandra. Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria concessão-conquista. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 18, n. 53, p. 80-101, mar. 1997.

PEREIRA, S. D. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na vigilância sanitária**. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf> Acesso em: 29 jul. 2019.

RAWLS, J. **Political Liberalism**. New York: Columbia University Press, 2005.

RIBEIRO, D.S. **O direito à saúde em tempos neoliberais**: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos? 167 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, 31(3), p. 260-8, 2012.

SILVA, J. A. da. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais**, 6ª ed., São Paulo: Malheiros, 2002.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20, Sup 2, p. 5190-5198, 2004.

TRINDADE, J. D. de L. **Os direitos humanos na perspectiva de Marx e Engels**. São Paulo: Alfa Ômega, 2011.

TRINDADE, J. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portalTvJustica/portalTvJusticaNoticia/anexo/Joao_Trindade__Teoria_Geral_dos_direitos_fundamentais.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2019.

VIDAL, M. L. B. **Acesso ao tratamento de neoplasia maligna do colo do útero no SUS**. 190f. Tese (Doutorado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.



WEBER, T. **A ideia de um "mínimo existencial" de J. Rawls**. Kriterion, vol.54 no.127 Belo Horizonte, Jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2013000100011> Acesso em: 12 out. 2016.

ZAMPIER, D. **Tribunais devem priorizar julgamentos sobre saúde, decide CNJ**. In: Agência Brasil, Brasília, ago.2013. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-08-06/tribunais>>. Acesso em: 17/08/2013.