



O DIREITO À SAÚDE E A JUDICIALIZAÇÃO: apontamentos sobre o acesso

OLIVEIRA, Laura Freitas

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo apresentar com caráter exploratório, a ser desenvolvida no processo de doutoramento em Serviço Social, em curso no Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A proposta busca discutir sobre como o acesso à saúde, no nível de alta complexidade do Sistema Único de Saúde, em uma instituição de tratamento de pacientes com câncer, tem sido vivenciado e enfrentado pela população, em um contexto de implantação de um Sistema Estadual de Regulação (SER) e quais são os entraves experimentados pela população que transladam para o Judiciário competências da esfera Executiva de poder. O cotidiano profissional revela nos momentos de atendimento ao paciente que ingressa por via judicial, que este muitas vezes se apresenta como último recurso para garantia do tratamento, trazendo à reflexão, ainda, questões concernentes aos direitos individual e coletivo à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: serviço social; saúde pública; judicialização da saúde.

1. INTRODUÇÃO

Nos dias atuais presencia-se um crescente retrocesso da já incipiente proteção social no Brasil, em um claro processo de destituição de direitos sociais, ao mesmo tempo em que se reafirmam as expressões da questão social em um contexto de desregulamentação e precarização do trabalho, de aumento do desemprego e de acentuação da já expressiva desigualdade social no país. Sob os argumentos de modernização da economia e das necessidades do mercado, nos marcos da reestruturação produtiva e do ideário neoliberal, os direitos sociais passam, inclusive, a ser vistos como privilégios, em uma investida que coloca em risco a própria “legitimidade dos direitos” (TELLES, 1999).

A saúde, enquanto política social garantida como pública, universal e gratuita, conforme preconizado pela Carta Constitucional de 1988, não escapa a essas investidas, como veremos adiante. Importante salientar que esta é entendida e defendida aqui em seu conceito mais amplo, considerando “aspectos econômicos e sociais como condicionantes na produção de saúde, no risco de adoecimento e nas condições para o acesso ao sistema de saúde” (SILVA, 2010, p. 174). Esta compreensão se apresenta em consonância, ainda, com o conceito de saúde preconizado pelo SUS¹, que aponta para as condições de vida da população.

¹ A lei 8.080/90, em seu artigo 3º, dispõe o seguinte: “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade



O que se assiste, contudo, é que a saúde pública também expressa este processo de precarização, como parte de um projeto de contrarreforma, nos termos de Behring, “conservadora e regressiva” (2008, p. 171), desenvolvido pelo Estado em consonância com os interesses do capital. Neste sentido, depara-se com um contexto marcado por expressivas perdas para a classe trabalhadora e um distanciamento cada vez maior entre os dispositivos constitucionais que preconizam os direitos sociais e as correspondentes políticas públicas e sociais para acessá-los.

O contexto de precarização da saúde pública parte do processo mais geral de desmonte das políticas públicas engendrado pelo neoliberalismo, com seu trinômio privatização, focalização/seletividade e descentralização (DRAIBE, 1993 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 155). Monteiro e Schreider (2013, p. 78), neste sentido, destacam que se vive, na atualidade, uma realidade marcada pela

redução do valor real do salário da classe trabalhadora, sua inserção precária no mercado de trabalho, bem como a flexibilização deste mercado, a valorização do trabalhador polivalente e o desemprego estrutural, fatores que dentre outros, geram a pauperização cada vez mais acentuada dos trabalhadores.

Estas são apenas algumas das “expressões da chamada questão social, objeto do trabalho do assistente social, que, somadas ao adoecimento por câncer [...] trazem uma série de dificuldades tanto para os pacientes em tratamento quanto para os seus familiares” (CHAVES; OLIVEIRA, 2014, p. 149).

2. O CÂNCER COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Faveret Filho e Oliveira (1989, p. 32) já haviam destacado ter ocorrido no Brasil um processo de “universalização excludente’, onde cada movimento de expansão universalizante do sistema é acompanhado de mecanismos de racionamento (queda na qualidade dos serviços, filas etc.), que expulsa do sistema diversos segmentos sociais”. Este conceito, para os autores, expressa a implementação de uma política social de saúde que, em princípio, seria redistributiva, não sendo necessário, pelo menos diretamente, com ela contribuir, e era a perspectiva que se avistava com a Constituição Federal de 1988: se, de um lado, se dava a inserção de parte da população, até então alijada de qualquer atenção em saúde, ao mesmo tempo, eram expulsos os segmentos médios para a contratação privada de serviços de saúde. Resumindo,

A universalização no caso brasileiro, torna-se eficiente para efetivar o direito social à saúde não por incluir sobre sua responsabilidade, como subentende-se da formulação sanitária, a totalidade da população (Paradigma Inglês), mas por torná-



lo apto, tendo-se em vista a limitação da sua oferta potencial de serviços, a atender os setores de menor poder aquisitivo. (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1989, p. 34)

Behring (2008, p. 268), argumentando sobre esta categoria, destaca que há uma dualização entre um “sistema pobre para os pobres” e um padrão maior de qualidade para os que podem pagar por serviços mais corriqueiros, recordando que os serviços da alta complexidade – como o caso em pauta – permanecem no setor público. A autora cita, ainda, os atendimentos de média complexidade, ou que requisitam tecnologia de ponta, que se restringem ao setor privado, dificultando seu acesso pela maior parte da população.

A saúde no país tem sido caracterizada por uma realidade marcada pela negação de seus princípios norteadores: a universalidade – uma vez que nem todos acessam a saúde em todos os seus níveis de complexidade –; a integralidade – na medida em que as políticas públicas, e mesmo os programas da área da saúde, não dialogam entre si e o usuário do sistema é visto apenas em sua doença –; e a equidade, já que os sujeitos, em sua grande maioria, não são atendidos em suas necessidades, e as políticas, mesmo que elaboradas de forma a atender a população em sua diversidade, acabam, muitas vezes, por fragmentar ainda mais a atenção à saúde.

Importante destacar que o modelo de saúde afinado com um ideal de sociedade radicalmente democrático e que se realize, de fato, universalmente, está presente como projeto há muito pouco tempo. Isto também significa que ainda necessita de muita luta em seu favor, uma vez que o SUS tem sido consolidado como “espaço destinado aos que não tem acesso aos subsistemas privados” (BRAVO, 2009, p. 107).

O Brasil, enquanto país em desenvolvimento, vivencia uma transição epidemiológica, com uma “diminuição das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e, ao mesmo tempo, aumento da incidência de doenças crônico degenerativas, com destaque para as doenças cardiovasculares e o câncer” (SILVA, 2010, p. 176). Ainda assim, as doenças crônico-degenerativas, marca de sociedades com maiores expectativas de vida, coexistem com antigos problemas de saúde, como as hepatites B e C, por exemplo.

Barata (2009, p. 53), neste sentido, destaca que as “desigualdades sociais em saúde são manifestações de determinantes sociais do processo saúde-doença” e que, ainda, os “desfechos de saúde não são específicos a nenhuma causa em particular, mas o resultado de processos sociais nos quais interferem inúmeras mediações.”

Grande desafio se impõe, assim, ao se deter em uma das doenças que mais vitimizam no país². Como forma de garantir o acesso o mais precocemente possível ao

² De acordo com dados de 2014, extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade, o câncer representa 16,46% do total das causas de morte no Brasil, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares, com 27,73%.



tratamento, devido às maiores chances de cura, foi criada a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, conhecida como a “Lei dos 60 Dias”, que define o seguinte, em 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 [...]”. A elaboração de uma norma específica como esta pode ser considerada como reconhecimento pelo governo da magnitude que tem ganhado a doença nos dias atuais.

Deve ser lembrada, ainda, a transição demográfica – envelhecimento da população e maior expectativa de vida – e epidemiológica pelas quais o país vem passando, destacando-se que a estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer (INCA, 2015). Tal incidência e as altas taxas de mortalidade fazem do câncer um problema de Saúde Pública que acarreta grandes repercussões à vida dos pacientes e seus familiares, como é comprovado cotidianamente pelos profissionais de saúde e, especialmente, pelos assistentes sociais que atuam na área oncológica.

O câncer pode ser tratado, de modo geral, por meio de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, conjugados ou não, e requer do paciente um alto grau de comprometimento, 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, ainda, a difícil e longa trajetória 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 TNM³) avançado da doença, sendo esta uma das questões que mais tem chamado a atenção no cotidiano profissional.

3. ADOECIMENTO POR CÂNCER E JUDICIALIZAÇÃO

Refletir acerca da temática da judicialização para acesso a uma instituição de atenção oncológica implica pensar o desmonte da política de saúde, os ataques ao SUS, as

³ 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)



crescentes perdas da classe trabalhadora em um contexto que sugere mudanças ainda mais nefastas nos curto e médio prazos para a classe trabalhadora⁴.

O tema levanta, ainda, questões como: os limites entre direito individual e direito coletivo; qual a população que está tendo acesso à Justiça a fim de ter seu direito à saúde garantido; como a instituição tem recebido os pedidos de matrícula por mecanismos extrajudiciais, como, por exemplo, ofícios da Defensoria Pública.

Segundo Asensi (2013, p. 811), a “forte judicialização das relações sociais encontra-se ancorada na percepção dos cidadãos do Judiciário como forma privilegiada de resolução de conflitos e efetivação de direitos”, o que indica que a população, de modo geral, tem tido acesso a informação e acesso à justiça. Quando se fala população em geral, pesquisas (DINIZ et al, 2014; BIEHL; PETRYNA, 2016; SILVA et al, 2016) têm indicado, de fato, que a grande maioria das ações são iniciadas por Defensorias Públicas, por pessoas com renda até um salário mínimo, com escolaridade média o Ensino Fundamental Completo. Asensi (2013, p. 819), porém, destaca que “em função dos obstáculos culturais e socioeconômicos do direito à saúde é colonizada predominantemente por um perfil de classe média”.

No caso aqui em pauta, pesquisa realizada no ano de 2015 (SILVA, 2015) apontou que, dos pacientes matriculados por via judicial na instituição em tela, entre janeiro e junho, quase 90% acessou o Sistema Judiciário através da Defensoria Pública, ou do estado do Rio de Janeiro ou da União, o que indica a baixa renda dos solicitantes. Destes, ainda, quase 60% tinham apenas o Ensino Fundamental (34,38% completo e 25% incompleto), o que também fala da baixa instrução escolar deste público. (SILVA, 2016).

Fleury (2012, p. 159), destaca que a saúde, sendo assumida “sem requisitos de contribuição prévia ou prova de incapacidade, o seu exercício passa a depender das necessidades dos indivíduos e das condições asseguradas pelo Estado para que o direito na lei se transforme em direito em exercício.” Saúde é, assim, um direito universal garantido por políticas públicas, e se o Estado, responsável por esta garantia, não está cumprindo com este dever constitucional, o Judiciário tem sido acionado para atuar na sua efetivação.

Neste sentido, é importante destacar que Asensi (2010, p. 35) aponta, neste sentido, que a saúde, enquanto direito fundamental e dever do Estado, possui em sua natureza uma dupla-dimensão: direito-dever. O autor também recorda que o “direito à saúde, enquanto direito fundamental, se insere na categoria dos chamados direitos de titularidade difusa e

⁴ A Proposta de Emenda Constitucional nº 241, que propõe congelamento do teto com despesa primária em todos os Poderes da União e órgãos federais com autonomia administrativa e financeira integrantes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social para os próximos vinte anos, é apenas um dos exemplos dos retrocessos que o governo ilegítimo atual de Michel Temer.



coletiva⁵(2010, p. 63).” Muito comum que se recorra à justiça, porém, de forma individual, gerando o que Castro (2012) sinaliza como motivador de um potencial conflito entre direito individual e o direito coletivo à saúde. Isto porque, segunda a mesma autora, “a satisfação do direito individual pode, muitas vezes, atingir e prejudicar o direito à saúde da coletividade” (CASTRO, 2012, p. 289).

De fato, o que se observa, nesta primeira revisão realizada, é que a judicialização da saúde no Brasil tem “reconfigurado drasticamente as responsabilidades dos poderes para o estabelecimento de políticas públicas que atendam aos critérios de universalidade, integralidade e descentralização” (ASENSI, 2013, p. 813).

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.⁶ Parte da polêmica reside, portanto, na questão referente da 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, conforme apontado acima, haveria menores possibilidades de iniquidades no acesso ao sistema de saúde.

Fleury (2012, p. 160) apontará, por sua vez, 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, como já

⁵ “Os direitos *coletivos* e *difusos* são metaindividuais porque atingem grupos que têm algo em comum, e não pertencem a uma pessoa isolada, nem a um grupo delimitado de pessoas. O direito ao meio ambiente, por exemplo, é um direito desta natureza, pois não diz respeito a uma pessoa singular ou a um grupo específico, mas a toda a humanidade, sob pena de ser visto como um privilégio.” (ASENSI, 2010, p. 63 – grifos no original).

⁶ 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 (2013, 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.” Já a teoria da reserva do possível, de origem na doutrina alemã, é definida por Ribeiro (2014) 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. Importante contribuição oferece, neste sentido, Fleury (2012, p. 160), ressaltando que tendências baseadas na reserva do possível não devem ser levadas em consideração, uma vez que, segundo a autora, tornariam a democracia inviável, “ao subordinar os direitos sociais à lógica da acumulação financeira, drenando os recursos públicos por meios de juros da dívida”.



mencionado acima. 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”.

Refletindo-se sobre os mecanismos de regulação no SUS, verificou-se em documentos que regulamentam este sistema, que o seu objetivo precípua diz respeito a equidade no acesso e a integralidade (BRASIL, 2008, 2011). No caso em pauta, a regulação foi implantada nas unidades assistenciais do instituto, de maneira processual, através do SISREG, Sistema de Regulação municipal. Recentemente a regulação do acesso a essas clínicas ficou a cargo do SER, que funciona a nível estadual, e da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), nos casos de pacientes de outros estados da federação e esta forma de ingresso na instituição cobre, hoje, a maior parte das suas clínicas especializadas. Os procedimentos necessários para realização da matrícula se iniciam nas Unidades Básicas de Saúde onde forem atendidos os pacientes do município do Rio de Janeiro, nas Secretarias de Saúde dos seus municípios para pacientes do estado do Rio de Janeiro. Já moradores de outros estados são encaminhados pelas Secretarias Municipais de Saúde e/ou Secretarias Estaduais de Saúde para cadastro na CNRAC, como informa o site. Serão os sistemas de regulação que irão gerenciar as vagas disponíveis e definir onde será feito o atendimento, segundo critérios como proximidade com a residência do paciente e complexidade do caso.

Deste modo, além das propostas de equidade e integralidade, pode-se acrescentar os princípios da regionalização e hierarquização, previstos pela Lei Orgânica da Saúde, como motivadores da estruturação de um sistema de regulação. Importante mencionar, porém, os riscos da potencial burocratização do acesso, uma vez que a realização de exames, consultas e outros procedimentos ainda prévios ao encaminhamento ao instituto agora devem ser regulados, o que pode tornar – e a experiência o tem demonstrado – o início do tratamento ainda mais tardio.

A partir do exposto, não seria possível sugerir que atualmente a questão social, que já foi alvo de política e, posteriormente, caso de política, estaria sendo, nos últimos tempos, tratada também como caso de justiça?

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tempo que as políticas sociais e direitos sociais vêm sendo objeto de um contraofensivo e conservador ataque, o Serviço Social é chamado a dar respostas às reatualizadas expressões da questão social. Entre essas necessidades sociais, encontra-se o direito à saúde e a realidade vivenciada pela população que necessita dos serviços



públicos. Estes direitos, vilipendiados e transformados em serviços, sujeitos aos crescentes processos de privatização e mercantilização são, muitas vezes, dificilmente acessados, mesmo nos casos de doenças graves como o câncer.

Refletindo sobre o cotidiano profissional, ressalta-se que a atuação do assistente social em uma esfera pública de serviços de saúde como a oncologia pressupõe, de acordo com Chaves e Oliveira (2014, p. 152),

uma aproximação adequada desta população usuária e suas demandas, captando-as e compreendendo-as no cotidiano em que se delineiam como expressões da questão social inerente à sociedade capitalista. Isto permitirá, a partir de uma análise sócio-político-econômica e institucional, inserir a população na rede de serviços disponíveis intra e extra-institucionalmente.

Vários são os desafios que se colocam na prática cotidiana do assistente social, e a judicialização para acessar o tratamento de uma doença como o câncer tem sido um dos que chamam a atenção no dia-a-dia institucional. Compreender, através de uma postura crítica, o modo como se desenvolvem esta e outras situações que são apresentadas como demandas destes usuários, possibilitará perceber as questões que as permeiam.

O Serviço Social possui uma especificidade enquanto profissão que atua “sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social, ou seja, aquela formada pelos grupos subalternos, pauperizados ou excluídos dos bens, serviços e riquezas dessa mesma sociedade”, e que, assim, “atuam basicamente na trama das relações de conquista e apropriação de serviços e poder pela população excluída e dominada” (CARVALHO; NETTO, 2007, p. 52). Ou seja, é imperativo que o assistente social compreenda as mediações dos processos que informam as demandas das atividades no cotidiano profissional, sobretudo ao atuar como “mediador privilegiado” (id., p. 51) na relação entre a população usuária e o Estado.

Ressalte-se que a direção social dada à prática é de fundamental importância no nosso cotidiano profissional, esta, porém, normalmente é força contrária àquela da direção social dada pela sociedade capitalista transnacional, que conta como um de seus instrumentos poderosos a informação, conforme tem-se verificado até aqui, lembram Carvalho e Netto (id., p. 56). Assim, considerando que toda a prática social é determinada, a diferença pode – e deve – estar na direção desta prática profissional, que pode tomar “uma direção mais profunda e global”, e é aí que ela passa a ser denominada práxis social.

REFERÊNCIAS

ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: UERJ, 2010. p. 33-55.



_____. Saúde, Poder Judiciário e sociedade: uma análise de Brasil e Portugal. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: UERJ, 2013. p. 801-820.

BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARROSO, L. R. *Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática*. Disponível em: <http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso_para_Selecao.pdf> Acesso em : 12 out. 2016.

BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. 5ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 12 mar. 2014.

_____. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde*. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm> Acesso em 09 out. 2016.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 22 ago. 2016.

_____. Resolução Nº 238, de 06 de setembro de 2016. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3191>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

_____. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 16 out. 2016.

_____. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et. al. (Org.) *Serviço Social e Saúde*. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 88-110.

CARVALHO, M. do C. B. de; NETTO, J. P.. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2007.



CASTRO, I. M. D. de. Direitos à saúde no âmbito do SUS: um direito ao mínimo existencial garantido pelo Judiciário? São Paulo: I.M.D., 2012.

CHAVES, A. R. de M.; OLIVEIRA, L. F. Rebatimentos sociais do tratamento oncológico: reflexões do Serviço Social na Clínica de Hematologia. *Cadernos de Psicologia*, n. 2, Rio de Janeiro: INCA, 2014. p. 148-152.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. de. *A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ, IEI, 1989.

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

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

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

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.

SCHREIDER, E.; MONTEIRO, M. V. de C. Serviço Social e a atenção à saúde de crianças e adolescentes em tratamento oncológico. In: SOARES, M. C. M.; COSTA, N. F. da (Org.). *O Serviço social na teoria e na prática: os desafios contemporâneos*. Rio de Janeiro: SUAM, 2013. p. 75-87.

SILVA, J. C. da. *Judicialização da saúde e tratamento oncológico: uma experiência a partir da Residência Multiprofissional em Oncologia no INCA*. 2016, 23 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Oncologia) – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA, Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, L. B. Condições de vida e adoecimento por câncer. *Libertas*. Juiz de Fora, vol. 10, n.2, jul./dez. 2010. p. 172-187

TELLES, V. da S. *Direitos sociais: afinal do que se trata?* Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1999.

VIANNA, L. W. et. al. *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

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.