

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

IVANICE GELLI PERIN

AÇÕES JUDICIAIS EM SAÚDE: PERFIL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO
AMBULATÓRIO DE NUTROLOGIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE
RIBEIRÃO PRETO/SÃO PAULO

RIBEIRÃO PRETO

2015

IVANICE GELLI PERIN

AÇÕES JUDICIAIS EM SAÚDE: PERFIL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO
AMBULATÓRIO DE NUTROLOGIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE
RIBEIRÃO PRETO/SÃO PAULO

Dissertação apresentada à Universidade de Ribeirão Preto como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

Área de concentração: Ensino da Ciência da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa

Ribeirão Preto
2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

P445a Perin, Ivanice Gelli, 1957-
Ações judiciais em saúde: perfil dos usuários atendidos no
ambulatório de nutrologia da Secretaria Municipal de Saúde de
Ribeirão Preto – São Paulo / Ivanice Gelli Perin. - - Ribeirão Preto,
2015.
104 f.

Orientadora: Profª Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa.

Dissertação (mestrado) - Universidade De Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2015

1. Direito a saúde. 2. Serviço social. 3. Decisões judiciais.
I. Título.

CDD 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

IVANICE GELLI PERIN

**AÇÕES JUDICIAIS EM SAÚDE: PERFIL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO
AMBULATÓRIO DE NUTROLOGIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DE RIBEIRÃO PRETO/SÃO PAULO**

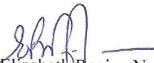
Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 26 de junho de 2015

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto


Prof. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld
UNESP – Universidade Estadual Paulista


Prof. Dra. Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP
2015

DEDICATÓRIA

A minha família, de parentesco e coração, por amar incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a oportunidade de adquirir novos conhecimentos.

À Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa, minha querida orientadora, por trilharmos este caminho juntas.

À Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva, por sua valiosa amizade, presente em todos os momentos.

Ao Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá, por incentivar e contribuir na elaboração do banco de dados da pesquisa.

À Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld, pela atenção e disponibilidade ao aceitar participar da Banca Examinadora da Dissertação.

À Profa. Dra. Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque, por incentivar o desenvolvimento da pesquisa, ao participar da Banca Examinadora na Qualificação e Dissertação.

Aos nossos docentes por transmitir saberes, vivências profissionais e esperança na perspectiva de novos horizontes.

Aos queridos colegas de turma, tão especiais, e dispostos a colaborar.

Aos meus colegas de trabalho da UBDS CENTRAL e NGA 59, por caminharmos juntos nesses anos de atividade profissional.

Aos usuários e familiares, pelo respeito nestes anos de convivência profissional.

RESUMO

PERIN, I. G. Ações Judiciais em Saúde: Perfil dos usuários atendidos no Ambulatório de Nutrologia da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. 104 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2015.

O fenômeno da judicialização da saúde, com o avanço de ações judiciais, relacionadas ao fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas, sinaliza o papel primordial e relevante das políticas públicas de saúde, em transformar essas demandas individuais, quando genuínas e adequadas, em ações coletivas de saúde. Para os propósitos deste estudo, entende-se como ações judiciais em saúde, a obrigação dos gestores do Sistema Único de Saúde, em fornecer fórmulas nutricionais industrializadas, por determinação judicial. O objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil dos usuários atendidos em decorrência de ações judiciais, para fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas, no Ambulatório de Nutrologia, do Núcleo de Gestão Assistencial da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto/SP. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa, com o uso da pesquisa bibliográfica e documental, realizado por meio da utilização de fonte de dados secundários. A dinâmica do estudo compreendeu a coleta de dados em 212 prontuários, referentes a atendimentos realizados, no período entre janeiro de 2011 a janeiro de 2014. O resultado da pesquisa constatou a prevalência do sexo feminino com 53,77% e a fase idosa (60 anos ou mais) do ciclo de vida, representou 58,02%. Confirmou o fenômeno da feminização da velhice, com 65,79% do sexo feminino, relacionado aos idosos. Na distribuição espacial relacionada à área geográfica de moradia dos usuários, destacou-se o bairro Ipiranga com 13,68%. Em relação aos distritos de saúde, apontou para a Região Leste com 29,25%, seguida da Região Oeste com 28,77%. No tocante à unidade básica de saúde, indicou a UBS Castelo Branco com 11,32% e CSE Sumarezinho com 10,38%. A origem dos condutores de ações judiciais direcionou para o Ministério Público Estadual, com 83,49%. A principal patologia descrita, conforme CID 10 revelou 75,00% para as doenças do Sistema Neurológico. A origem das prescrições apurou 54,24% advindas do setor privado de saúde. A via de administração das fórmulas utilizada com maior frequência foi por sonda nasoentérica (42,45%). Os principais tipos de fórmulas nutricionais industrializadas indicadas em 33,96% para dieta padrão e 29,72% para dieta padrão com fibras. A pesquisa, ao apontar o padrão demográfico e epidemiológico dos usuários das demandas judiciais, com a predominância das Doenças do Sistema Neurológico, mulheres e população idosa, sinaliza a necessidade de incorporação de política pública específica, com o objetivo de atendimento integral à população, com necessidades especiais de alimentação, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Judicialização. Direito à Saúde. Serviço Social. Decisões Judiciais. Fórmulas Nutricionais.

ABSTRACT

PERIN, I.G. Lawsuits Health Profile of users attended at the Nutrition Clinic at the Municipal Health Department of Ribeirão Preto. 104 f. Dissertation (Professional Master's in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2015.

The legalization of health phenomenon, with the advancement of legal actions related to the provision of industrialized nutritional formulas, signals the central role and relevant public health policies in turn these individual demands when genuine and appropriate, in collective health actions. For the purposes of this study, it is understood as lawsuits in health, the obligation of managers of the Unified Health System, to provide industrialized nutritional formulas, by court order. The objective of this research was to identify the profile of users serviced due to lawsuits, to supply industrial nutritional formulas, at the Clinic of Nutrition, the Care Management Unit of the Municipal Health Department of Ribeirão Preto / SP. It is a descriptive and retrospective study with a quantitative approach, using the bibliographic and documentary research, conducted through the use of secondary data source. The dynamics of the study involved collecting data on 212 records, pertaining to services performed during the period from January 2011 to January 2014. The results of the survey found the prevalence of women with 53.77 % and the senior phase (60 years or longer) life cycle, representing 58.02 %. He confirmed the old age feminization phenomenon, with 65.79 % female, related to the elderly. The spatial distribution related to the geographical area of housing of users, the highlight was the Ipiranga neighborhood with 13.68%. Regarding health districts, he pointed to the Eastern Region with 29.25%, followed by the Western Region with 28.77%. With regard to the basic health unit, said UBS White Castle with 11.32% and 10.38% with CSE Sumarezinho. The origin of lawsuits directed drivers to the State Prosecutor, with 83.49%. The main pathology described as ICD 10 showed 75.00% for diseases of the Neurological System. The origin of prescriptions was found 54.24% coming from the private health sector. The route of administration of the formulations was most frequently used for nasogastric tube (42.45%). The main types of nutritional formulas indicated in industrialized 33.96% Standard diet and to 29.72% for standard diet with fibers. The research, by pointing out the demographic and epidemiological pattern of users of litigation, with the prevalence of disorders Neurological System, women and elderly population, signals the need to incorporate specific public policy, with the goal of comprehensive care for the population, special food needs under the Unified Health System.

Keywords: Legalization. Right to Health. Social Service. Judicial decisions. Nutritional formulas.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos usuários de ações judiciais, por sexo, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011 – 2014, Ribeirão Preto-SP, 2015	64
Tabela 2 - Distribuição usuários de ações judiciais, por faixa etária (ciclo de vida), em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais no período de 2011-2014, Ribeirão Preto- SP, 2015	65
Tabela 3 – Distribuição usuários de ações judiciais, por sexo e faixa etária (ciclo de vida), em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto-SP, 2015	66
Tabela 4 - Distribuição usuários de ações judiciais, por bairro de origem, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto-SP, 2015	67
Tabela 5 – Distribuição usuários de ações judiciais, por distrito de saúde, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto-SP, 2015	68
Tabela 6 – Distribuição da população estimada, por distritos de saúde, segundo censo do IBGE, ano 2010, Ribeirão Preto- SP, 2015.....	69
Tabela 7 – Distribuição usuários de ações judiciais, por unidade básica de saúde, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto- SP, 2015.....	70
Tabela 8 – Distribuição usuários de ações judiciais, por origem dos condutores das ações, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	71
Tabela 9 –Distribuição usuários de ações judiciais, por categoria de doenças, conforme CID 10, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	72
Tabela 10 – Distribuição usuários de ações judiciais, por origem das prescrições, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	73
Tabela 11 – Distribuição usuários de ações judiciais, por via de administração, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	74
Tabela 12 - Distribuição usuários de ações judiciais, por tipos de fórmulas nutricionais industrializadas, em atendimento na dispensação, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto-SP, 2015.....	75

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CGR	-	Colegiados de Gestão Regional
CASE	-	Comissão de Análise de Solicitações Especiais
CIB	-	Comissão Intergestores Biparte
CIT	-	Comissão Intergestores Tripartite
CNJ	-	Conselho Nacional de Justiça
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	-	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CFESS	-	Conselho Federal de Serviço Social
CGAN	-	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
DAB	-	Departamento de Atenção Básica
DRS XIII	-	Departamento Regional da Saúde XIII
DS	-	Distrito Sanitário
GAPA-SP	-	Grupo de Apoio à Prevenção à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
GT	-	Grupo de Trabalho
MS	-	Ministério da Saúde
NGA/59	-	Núcleo de Gestão Assistencial 59
ONGs	-	Organizações Não Governamentais
PNAN	-	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
SAD	-	Serviço de Assistência Domiciliar
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 JUSTIFICATIVA	22
1.2 HIPÓTESE	24
1.3 OBJETIVOS.....	25
1.3.1 Geral.....	25
1.3.2 Específicos	25
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	26
2.1 JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	26
2.1.1 Comissão de Análise de Solicitações Especiais – CASE	29
2.2 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	33
2.3 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA.....	40
2.3.1 Perfil Demográfico.....	41
2.3.2. Perfil Epidemiológico.....	45
2.4 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	47
3.CASUÍSTA E MÉTODO.....	56
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	56
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	58
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	65
3.3.1 Critério de Inclusão	66
3.3.2 Critério de exclusão	66
3.4 COLETA DOS DADOS	66
3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados.....	66
3.4.2 Procedimento de Coleta de Dados.....	67
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	67
3.6 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	68
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	68
3.8 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA	68
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	70
4.1.1 Sexo	70
4.1.2 Faixa Etária – Ciclos de Vida.....	70
4.1.3 Área Geográfica – Bairro de Origem	72
4.1.4 Região de Saúde - Distrito	73
4.1.5 Unidade Básica de Saúde - Referência	74
4.1.6 Origem dos Condutores da Ações	75
4.2 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	76
4.2.1 Categoria de Doenças – CID 10	76
4.2.2 Origem das Prescrições	77
4.2.3 Via de Administração das Fórmulas Nutricionais	78
4.2.4 Tipos de Fórmulas Nutricionais.....	78
5. CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICE I	92
APÊNDICE II	93
APÊNDICE III	94
APÊNDICE IV	95
APÊNDICE V	96
ANEXO I.....	97
ANEXO II.....	98
ANEXO III.....	99
ANEXO IV.....	100

APRESENTAÇÃO

Nos anos de minha formação acadêmica, tive a oportunidade de conhecer mestres preocupados com a educação que ilumina, faz progredir e expressa uma nova visão do futuro, fundamentada nos princípios da solidariedade e igualdade.

Nesse sentido, marcou minha vida profissional e pessoal, a participação em programas educacionais e sociais, implantados na Faculdade de Serviço Social de Lins, referenciados em direção ao projeto ético-político, com vistas à realidade social do município de Lins - Estado de Paulo.

Em março de 1995, ingressei no serviço público do município de Ribeirão Preto, através de concurso público, lotada como Assistente Social, na Unidade Básica Distrital Central de Saúde.

No ano de 2007, recebi convite da Coordenadora do Programa da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal da Saúde, para integrar nova equipe técnica, responsável pelo cumprimento das liminares de processos judiciais, dispensação de fórmulas nutricionais industrializadas e a organização administrativa desse serviço. A Secretaria Municipal da Saúde instituiu equipe de referência e interdisciplinar denominada Núcleo de Nutrição composta por uma assistente social, uma pediatra e duas médicas nutrólogas.

O interesse em traçar, sistematicamente, o perfil dos usuários atendidos por liminares judiciais constitui-se o objetivo da minha pesquisa, no que tange suas características, nos aspectos demográficos e epidemiológicos.

Este foi o motivo pelo qual me interessei pelo Mestrado Profissional em Saúde e Educação e por fazer a pesquisa que oro apresento.

1 INTRODUÇÃO

As propostas apresentadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, defendidas pelos movimentos sociais e pelo Movimento de Reforma Sanitária, incorporam uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, estabelecida pela Constituição de 1988.

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela nova Carta Magna, no cenário nacional, estão os fundamentos de uma radical transformação do sistema de saúde brasileiro, que estabeleceu pela primeira vez de forma relevante, uma seção relacionada à saúde.

O embasamento constitucional, a garantia do direito à saúde no Brasil, encontra-se no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, cujo rol, elenca os chamados direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (BRASIL, 1998).

Assim, direito à saúde, expresso no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, abrange as políticas sociais e econômicas que visam evitar o agravo a esse direito, bem como, seus determinantes e condicionantes, além de ações e serviços de promoção, prevenção e sua recuperação.

Nesse contexto, a Constituição Federal, nos seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção autônoma em cada esfera de governo.

O SUS, enquanto sistema de saúde significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum e segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional. A construção do SUS é baseada nos preceitos constitucionais, norteados pelos princípios éticos e doutrinários da universalidade, equidade e integralidade.

A universalidade é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo cidadão, permiti que o usuário tenha direitos de acesso a todos os serviços públicos de saúde, bem como, aqueles contratados pelo poder público. Portanto, saúde é direito de cidadania e dever do Estado.

O princípio da equidade assegura ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade de cada caso. Todo cidadão é igual perante o sistema e será atendido conforme suas necessidades, com objetivo de reduzir as desigualdades.

A integralidade é o reconhecimento que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um conjunto e não podem ser compartimentalizadas. As unidades prestadoras de serviços, com seus diversos graus de complexidade, formam um agrupamento, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Em relação ao funcionamento do Sistema Único de Saúde, os princípios que regem sua organização e operacionalização, são a regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado.

A regionalização e hierarquização indicam que os serviços são organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível.

O acesso da população à rede é através dos serviços de nível primário de atenção e, portanto, necessitam ser qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais são referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, ao favorecer ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

A resolubilidade é a exigência de que, quando um usuário busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

A descentralização é entendida como a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto.

Ademais, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional é de responsabilidade federal.

Portanto, o SUS incorpora uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde, denominado municipalização da saúde.

A participação dos cidadãos configura a garantia constitucional de que, a população seja integrante no processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, do federal até o local.

Dessa forma, a participação da população se concretiza por meio de Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde são realizadas com periodicidade quadrienal, com representantes dos vários segmentos sociais, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes. Essas Conferências se realizam em um processo ascendente desde Conferências Municipais de Saúde, passando por uma Estadual em cada estado e culminando a Nacional.

Os Conselhos de Saúde, por sua vez, são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo que estes últimos detêm 50% dos membros dos mesmos. Esses órgãos colegiados têm caráter permanente e deliberativo, e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na esfera correspondente. Os Conselhos constituem uma rede ascendente, com Conselhos Municipais de Saúde, Estaduais e por último o Nacional.

A complementaridade do setor privado é definida que, quando por insuficiência do setor público, for necessário, é possível a contratação de serviços privados. Os serviços particulares quando conveniados e contratados, passam a ser complementares e sob as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Em 2006, como resultado de um trabalho conjunto entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), pactuaram novas responsabilidades entre os gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde, denominado Pacto pela Saúde.

O Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social. A implementação do Pacto pela Saúde se dá por meio da adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão, renovado anualmente.

O documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida reúne um conjunto de compromissos sanitários, derivados à análise da situação de saúde e das prioridades pactuadas entre os gestores do SUS, que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, em torno dos seus distintos ciclos de vida: criança, adolescente, adulto e idoso.

Ademais, a definição de prioridades é estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

O Pacto pela Vida definiu seis grandes eixos de prioridades: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias (Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza); promoção da saúde; atividade física regular e alimentação saudável; fortalecimento da atenção básica à saúde.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas e o controle social, com o propósito de reforçar o SUS enquanto política de Estado.

O Pacto de Gestão, por sua vez, estabelece as responsabilidades de cada ente federado, inscritas no Termo de Compromisso de Gestão, que deve ser aprovado pelo Conselho de Saúde, pactuado na Comissão Intergestores Biparte

(CIB) e homologado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), formalizando a adesão dos Municípios, Estados e Ministério da Saúde.

O regulamento do Pacto pela Saúde estabelece o dever dos gestores em avaliar sua implementação, com vistas à revisão de seus objetivos, metas e indicadores.

As políticas públicas em saúde integram um modelo federativo, no campo de ação social do Estado, orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica, em relação às outras políticas públicas da área social, consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Nessa perspectiva, a organização de um sistema único de saúde no território nacional, necessita eleger e integrar os princípios de universalidade e equidade, no acesso às ações e serviços de saúde, as diretrizes de descentralização da gestão, a integralidade do atendimento e participação da comunidade.

O financiamento do Sistema Único de Saúde está previsto em lei, tanto na Constituição Federal como na Lei Orgânica da Saúde, composto pelas leis federais 8.080 e 8.142 de 1990. É uma responsabilidade comum dos níveis de governo (federal, estadual, distrito federal e municipal), expressa à alocação de recursos através de impostos e contribuições sociais pagos pela população.

Em 13 de Setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000), que alterou a Constituição de 1998, em relação aos recursos mínimos necessários ao atendimento da saúde pública, regulamentada com a Lei Complementar nº 141 de 2012.

A regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, ficou pendente por quase oito anos no Congresso Nacional, entre 2003 e 2011, provocando perda de recursos para o SUS.

A Lei Complementar nº 141, regulamenta o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal de 1998, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das

despesas com saúde nas esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993 (BRASIL, 2012).

O novo texto indica a coparticipação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Por parte da União, com a vinculação de recursos para a saúde pública, permitiu-se que os gastos com o SUS, aumentassem de 2,89% do PIB, em 2000, para 3,8% do PIB, em 2011, ainda insuficiente para ser universal e garantir o atendimento integral. O gasto público brasileiro é baixo em relação ao dos demais países, que têm um sistema público universal. Para que o Brasil atingisse o nível desses países, precisaria dobrar a participação do SUS em relação ao PIB, a fim de equiparar à média dos países europeus (Reino Unido, Canadá, França e Espanha), isto é, 8,3% (MENDES, 2012)

Em relação, ao financiamento, os Estados e Municípios, devem vincular, no mínimo, 12% e 15%, respectivamente, de sua receita de impostos e de transferências recebidas, para as despesas com saúde. Reforça a obrigatoriedade desses recursos, serem aplicados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, que serão acompanhados e fiscalizados pelos Conselhos de Saúde.

No município de Ribeirão Preto, em 2014, o aporte de recursos para o processo de financiamento do SUS, destinados ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde, representaram 25,08% de sua receita com arrecadação de impostos e transferências constitucionais (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

Nos anos 1990, o Banco Mundial assumiu papel central no debate internacional, com o processo de negação dos direitos sociais e dos princípios do SUS, ao ofertar ideias que tinham como argumento a consolidação de sistemas de saúde capazes de responder a um conjunto mínimo de ações essenciais e a crítica à universalidade do acesso à saúde (SOUSA, 2014).

A criação e a expansão do Sistema Único de Saúde, nesses últimos 25 anos se deu em meio a concepções distintas relacionadas ao papel do Estado. De um lado, assentou-se em uma proposta abrangente de Seguridade, inscrita na Constituição de 1988, baseada em desenho integrado e universalista de políticas sociais. De outro, iniciou-se na década de 1990, em contexto de predomínio de uma visão negativa do Estado; para se defrontar, a partir dos anos 2000, com uma

retomada da valorização do Estado, mas sob um modelo de articulação entre o econômico e o social que confere pouco espaço às políticas sociais universais.

Diante do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, pautado no modelo neoliberal de privatização, focalização e descentralização, com ações voltadas essencialmente para área econômica, demonstra a tendência à restrição e redução de financiamento nas áreas sociais.

O capitalismo financeiro brasileiro, inserido na economia globalizada e no comércio internacional, produz e reproduz a concentração de renda. Isso se dá, principalmente, pela manutenção de taxas elevadas de juros, drenando para o setor financeiro nacional e internacional, com o pagamento de juros da dívida pública. As consequências da política neoliberal se traduzem na transferência de responsabilidades governamentais e do patrimônio público para o setor privado, ao desmantelamento das carreiras do Estado, às restrições orçamentárias para as políticas sociais universais e a ameaça permanente de desvinculação das receitas constitucionais a elas destinadas.

A contrarreforma do Estado vem atingindo a saúde, desde a década de 1990, por meio da restrição do financiamento público e da dicotomia entre ações curativas e preventivas, ao romper com a concepção de integralidade através da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado, uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade. Os serviços privados na área diagnóstica, terapêutica e hospitalar de alta complexidade se expandiram principalmente, nos grandes centros urbanos.

Por outro lado, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, criada em 2010, composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários tem por objetivo defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos de 1980.

A universalidade do atendimento à saúde está relacionada à gratuidade no acesso aos serviços e assistência à saúde para toda a população, independente de nacionalidade ou classe social, o que consolida a afirmação da saúde como direito de todos e dever do Estado, por conseguinte, o Estado é obrigado a garantir os

recursos necessários para prover esse direito e gerenciar o sistema para que seja genuinamente efetivado o direito à saúde para todos.

Ademais, as responsabilidades do SUS devem ser explicitadas e adequadas às estruturas demográficas, socioeconômicas, geográficas dos entes federativos que não podem arcar com responsabilidades iguais quanto à garantia da integralidade da atenção à saúde no tocante às ações de saúde, sob pena de se promover a desigualdade federativa (SANTOS; ANDRADE, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui um desafio institucional, em seu contexto atual, mediante o crescimento acelerado de demandas judiciais individuais, para a concessão de fórmulas nutricionais industrializadas (dietas, fórmulas infantis, espessantes e suplementos alimentares). Para tanto, necessita de uma intervenção eficiente dos gestores, no sentido de garantir esse direito específico, mediante o acesso efetivo a serviços de saúde.

Conseqüentemente, o incremento de ações judiciais relacionadas às fórmulas nutricionais traduz-se em preocupação para os gestores de saúde, a partir de questões orçamentárias, aspectos financeiros, canalização e remanejamento de recursos.

A incorporação de novas demandas em saúde necessita ser orientada pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços, pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, com a organização de um sistema único de saúde no território nacional.

Cheiffer e Barata (2009) salientam que, com a promulgação da Constituição de 1988, aumentou a interferência do poder judiciário nas questões de competência dos poderes executivos e legislativos. Portanto, o uso do recurso judicial como forma de garantia dos direitos individuais tem sido denominado judicialização.

Em contrapartida, o direito à saúde no Brasil, constituído de direito universal, e que, portanto, necessita de ações positivas, construção de políticas públicas, no sentido de garantia e efetividade da saúde, sob pena de ineficácia de tal direito fundamental.

Travassos et al. (2013) enfatizam que no Brasil o fenômeno da judicialização da saúde acelerou no século passado, especialmente a partir da década de 1990, mediante a iniciativa de Organizações Não Governamentais (ONGs). Essas

organizações atuavam na garantia de direitos dos pacientes contaminados pelo vírus da síndrome de imunodeficiência adquirida (HIV), mediante ações judiciais que pleiteavam o acesso aos medicamentos e tratamentos.

O marco inicial é referenciado em 25 de julho de 1996, com a liminar julgada favorável, movida pelo Grupo de Apoio à Prevenção à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (GAPA-SP) contra o Gestor Estadual do SUS, em São Paulo, para fornecimento gratuito de medicamentos pelo Poder Público. A decisão abriu precedente para ajuizamento de outras demandas (TRAVASSOS et al., 2013).

É importante salientar que, as esferas de poder (Federal, Estadual e Municipal) têm o compromisso de assegurar o acesso às ações e serviços de saúde, a fim de oferecer uma assistência integral, universal e igualitária a todos os cidadãos, para promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Nessa ótica, a universalidade nas ações de saúde pressupõe a implantação de políticas públicas mais abrangentes, incorporando novas demandas, inseridas em um sistema com ações e serviços igualitários e atendimento equânime, eficiente e de qualidade a população brasileira.

A judicialização, das políticas públicas na área da saúde, mediante ações judiciais, visa os direitos sociais e coletivos interligados à garantia de acesso aos bens e serviços, principalmente, em relação ao princípio da igualdade. É um tema muito debatido nos aspectos teóricos e práticos com a participação de gestores públicos, operadores de Direito, profissionais da saúde e assistência social e sociedade civil.

Se, por um lado, a atuação do Poder Judiciário é fundamental para o exercício efetivo da cidadania e realização do direito à saúde, por outro, as decisões judiciais têm significado um forte ponto de tensão perante os elaboradores e executores das políticas públicas, que se veem compelidos a garantir prestações de direitos sociais das mais diversas, muitas vezes, contrastantes com a política estabelecida pelos governos para a área da saúde e além das possibilidades orçamentárias.

Diniz et al. (2014) argumentam que a incorporação de uma nova tecnologia em saúde deve ser debatida por equipe técnica da política pública de saúde e não pelo Poder Judiciário.

Nesse contexto, é fundamental priorizar a discussão e elaboração de estudos técnicos, visando à transformação de demanda judicial em política pública de saúde, com o estabelecimento de mecanismos para a organização e implantação de protocolos e programas, a serem pactuados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Assim, é necessária participação da comunidade científica na elaboração de diretrizes terapêuticas, baseadas em dados epidemiológicos, evidências científicas, critérios de segurança, eficácia e custos. A estratificação das ações de saúde, por níveis de atenção à saúde, buscando o atendimento das reais necessidades, através de um serviço ou de uma rede de serviços de saúde, é fundamental para garantir uma cobertura desejada.

O termo judicialização tem uso recente, relativamente comum na área acadêmica, utilizado para indicar um tipo de fenômeno relacionado ao surgimento e/ou crescimento de ações judiciais - individuais e coletivas que buscam garantir e promover determinados direitos expressos nas leis nacionais - notadamente são direitos sociais como o direito à saúde, até então, não discutidos no âmbito judicial.

Medeiros et al. (2013) enfatizam que por judicialização da saúde deve-se entender uma questão ampla e diversa de reclame de bens e direitos nas instâncias jurídicas, de insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas, a serem protegidas pelo princípio do direito à saúde.

Em consequência, existem argumentos distintos para analisar as implicações da judicialização do direito à saúde no país, sendo que de um lado, se anuncia a possibilidade de efetivação do direito, mas, por outro, há o risco de a judicialização ser uma interferência indevida do Judiciário nas políticas públicas, caso a decisão judicial não adote critérios objetivos e uniformes, ou não seja munida de informações suficientes para uma correta avaliação, quanto à viabilidade e adequação técnica e orçamentária do bem demandado.

A “judicialização da saúde” expõe limites e possibilidades institucionais estatais, instiga a produção de respostas efetivas, pelos agentes públicos do setor saúde e do sistema de justiça. Assim, a apreciação das decisões judiciais nos permite conhecer os fatos, detalhes da situação concreta, que provocou a judicialização.

A legislação brasileira, aqui expressa na Lei Federal n. 8080/90, aponta em seu artigo terceiro, a alimentação como um dos fatores condicionantes da saúde e estabelece em seu artigo sexto, como uma das atribuições específicas do SUS a vigilância nutricional e orientação alimentar. Para tanto, são de responsabilidade estatal a formulação, avaliação e controle de políticas públicas de alimentação e nutrição.

É de competência do poder público garantir o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas aos usuários com necessidades especiais de alimentação, naqueles casos específicos, com indicações respaldadas em protocolos e diretrizes terapêuticas, de acordo com os princípios e normas do Sistema Único de Saúde.

Em Ribeirão Preto, a partir de 2006, surgiram as primeiras demandas judiciais individuais, com solicitações de fórmulas nutricionais industrializadas.

A Secretaria Municipal da Saúde instituiu em 2007, nova equipe técnica interdisciplinar e de referência, denominada Núcleo de Nutrição, composta por uma assistente social, uma pediatra e duas médicas nutrólogas.

Essa equipe assumiu a responsabilidade em atender e cumprir as liminares judiciais, mediante a dispensação de fórmulas nutricionais industrializadas e a organização administrativa desse serviço.

A partir de outubro de 2008, com a criação do Ambulatório de Nutrologia, a equipe técnica continuou, até a atualidade, responsável pela gestão administrativa e cumprimento das liminares judiciais.

A inserção do assistente social, compondo a Equipe Técnica do Núcleo de Nutrição e posteriormente do Ambulatório de Nutrologia, ganha materialidade, no desenvolvimento de estratégias de atuação profissional, coerentes com as necessidades dos usuários, na perspectiva da preservação e efetivação de direitos, acesso aos serviços de saúde e socialização de informações, em consonância o projeto ético-político e os princípios éticos da profissão.

Neste estudo, o enfoque da pesquisa no perfil demográfico e epidemiológico dos usuários atendidos, representa a preocupação em identificar e agregar conhecimento em relação a este grupo específico, que necessita recorrer às instâncias de Poder Judiciário, para viabilizar o direito constitucional aos serviços de saúde.

Silveira (2013) aponta que as intervenções profissionais do assistente social, voltadas para o fortalecimento da gestão democrática, a identificação de pesquisas e estudos técnicos, exigem, conhecimento teórico e capacidade de sistematização da prática e produção de novos conhecimentos.

Nesse contexto, é que a pesquisa se solidifica como uma dimensão integrante da prática profissional, sendo condição para a formulação de propostas profissionais efetivas com materialidade dos princípios éticos e políticos norteadores do projeto profissional do Serviço Social (IAMAMOTO, 2012).

Torna-se necessário, o conhecimento de situações e fenômenos sociais que são objetos de trabalho do assistente social e nesta perspectiva, significa a participação do Serviço Social em produções científicas.

JUSTIFICATIVA

A atenção ao usuário do Sistema Único de Saúde necessita realizar-se de forma integral e contínua, na garantia dos recursos relativos ao tratamento das diversas enfermidades, inclusive, a alimentação especial, em casos como doenças neurológicas, neoplasias, doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais ou aqueles usuários que dependem de alimentação via sonda, sendo necessário o uso de fórmulas nutricionais industrializadas, a citar, as dietas enterais, fórmulas infantis, espessantes e suplementos alimentares.

As demandas judiciais relacionadas às fórmulas nutricionais industrializadas sinalizam a necessidade de estudos técnicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de atendimento integral aos usuários com necessidades especiais de alimentação.

As necessidades que os usuários apresentam de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, devem presidir o planejamento estratégico dos gestores e a inclusão de novos programas de saúde, de acordo com a realidade de cada região e microrregião, com bases nas características demográficas e epidemiológicas da população.

Políticas públicas equânimes devem partir do reconhecimento da saúde como direito, da priorização das necessidades, como categoria essencial para as formas de justiça e do estabelecimento de mecanismos correspondentes de financiamento.

A informação epidemiológica é base do planejamento de saúde. O processo decisório e a definição de prioridades têm que se fundamentar em dados confiáveis e atualizados, subsidiando os gestores em saúde, com informações epidemiológicas indispensáveis (BRASIL, 2009).

A epidemiologia tem sido uma ferramenta bastante utilizada para definir as necessidades de saúde e auxiliar o planejamento dos serviços. É de vital importância um serviço de informações em saúde, que sistematize dados demográficos e epidemiológicos, cuja análise alimente o processo de planejamento e tomada de decisões.

Assim, a epidemiologia está interligada, com o desenvolvimento de estratégias para as ações voltadas à proteção e promoção da saúde. Constitui instrumento para o desenvolvimento de políticas de saúde, adequadas à realidade local.

Portanto, políticas e programas de saúde, orientadas por parâmetros epidemiológicos, podem conseguir resultados mais equitativos no campo da saúde.

Boa parte do desenvolvimento da epidemiologia como ciência, teve por objetivo final a melhoria das condições de saúde da população, o que demonstra o vínculo indissociável da pesquisa epidemiológica com o aprimoramento da assistência integral à saúde, na identificação de novos problemas de saúde pública.

A transição demográfica com as mudanças nos níveis de fecundidade, natalidade e mortalidade altera a composição de uma população e influencia sua estrutura etária e gênero. O fator decisivo para o fator envelhecimento populacional é a queda da fecundidade, com a diminuição de contingentes populacionais nas faixas etárias mais jovens, e ampliação da população idosa (VERMELHO; MONTEIRO, 2002).

Na atualidade, o Brasil encontra-se em transição demográfica, em rápido processo de envelhecimento da população e novos desafios se apresentam como, por exemplo, ampliar e aprimorar a atenção à saúde dos idosos. Torna-se fundamental que na elaboração de políticas públicas de saúde, seja considerado o processo de transição demográfica do país (VASCONCELOS, 2012).

Ademais, a importância em estabelecer inquéritos em áreas de produção de conhecimento, relacionados ao perfil demográfico, com a distribuição dos usuários por idade e sexo atendidos por liminares judiciais. Conhecer as principais

características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças mais frequentes, como também, em termos de suas necessidades de saúde para identificar quais os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde, a serem desenvolvidos prioritariamente.

O presente estudo, na identificação do perfil demográfico e epidemiológico dos usuários contemplados com liminares judiciais, pretende contribuir no planejamento, execução e análise de inquéritos e estudos epidemiológicos, relativos aos usuários de fórmulas nutricionais industrializadas.

A dimensão investigativa científica como elemento constitutivo, no cotidiano da intervenção profissional do assistente social, mediante pesquisa das situações concretas, é o caminho para a identificação das múltiplas expressões da questão social, presentes na demanda profissional.

Todavia, intervir na realidade de forma crítica e criativa, associada à produção de conhecimento, é o que garante ao profissional a capacidade da unidade pensamento e ação.

Para tanto, é preciso que os assistentes sociais imprimam, permanentemente, na ação e no conhecimento da realidade, uma atitude investigativa para garantir maior rigor e consistência teórico-metodológica no cotidiano profissional.

A qualidade e a eficiência técnica e metodológica da investigação e intervenção profissional, com articulação de projetos técnico-científicos e os princípios e diretrizes ético-políticas do Serviço Social, representam respostas profissionais na dinâmica da realidade.

HIPÓTESE

O presente estudo não é passível de formulação de hipóteses, uma vez que a sua natureza descritiva e exploratória, ao caracterizar o perfil demográfico e epidemiológico dos usuários atendidos por liminares judiciais, relacionadas às fórmulas nutricionais industrializadas, apresenta dados primários que poderão ser utilizados em outros estudos.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

O objetivo geral deste projeto de pesquisa é identificar o perfil dos usuários atendidos em decorrência de ações judiciais, no Ambulatório de Nutrologia do Núcleo de Gestão Assistencial da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto/SP.

1.3.2 Específicos

Caracterizar o perfil dos usuários considerando a idade, sexo, bairro de origem, Unidade de Saúde Básica e Distrital de Referência, origem dos condutores dos processos judiciais.

Apontar a origem das prescrições, diagnóstico principal, vias de administração e tipos de fórmulas nutricionais industrializadas contempladas nas ações judiciais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este tópico apresenta revisão da literatura, com fundamentação teórica, mediante o mapeamento das publicações pesquisadas, que se relaciona aos conceitos de judicialização das políticas de saúde, alimentação e nutrição, caracterização demográfica e epidemiológica, Serviço Social no contexto da Saúde.

2.1 JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

O fenômeno da judicialização da saúde expressa a responsabilidade do Estado em promover o bem-estar dos cidadãos, de maneira igualitária e garantir o acesso universal aos avanços biotecnocientíficos. A crescente demanda judicial na saúde indica a busca de efetividade desse direito, mediante o acesso aos recursos materiais, com o objetivo do fornecimento de bens e serviços (VENTURA, 2010).

As principais causas e consequências da Judicialização da Saúde envolvem diversas dificuldades, que pleiteiam princípios e valores constitucionais, como: dignidade da pessoa humana, trazendo o conceito do mínimo existencial; isonomia em que cidadãos que entram na justiça são mais beneficiados que os que apenas se submetem ao SUS; princípio da equidade em que as políticas públicas partem de um ideal de justiça distributiva, cuja finalidade é assegurar um tratamento igual aos cidadãos e a separação dos poderes, judiciário atuando em questões públicas. Seguem a estes, o princípio federativo na responsabilidade de cada ente federado; a universalidade e a integralidade e culminam no princípio da reserva do possível, de modo a assegurar que as demandas judiciais individuais ou coletivas não comprometam a política pública de saúde existente (VALLE; CAMARGO, 2011; PEREIRA, 2010).

Além disso, a deficiência de organização administrativa, nos serviços de saúde, gera muitas vezes, a ausência de informação adequada, relacionada aos protocolos de atendimento sobre o que é fornecido, o que é preciso para se obter o produto, quem é o responsável pelo fornecimento e em que local se realiza a distribuição.

Os pedidos judiciais apresentam-se, também, como uma tentativa de abreviar o caminho a se percorrer, para a obtenção do que é necessário (TRAVASSOS, 2013).

O caráter de relevância pública, das ações e serviços de saúde, precisa ter um aporte de intervenção do Poder Judiciário, nas políticas públicas de saúde, desde que essa interferência se dê, mediante a utilização de critérios objetivos e técnicos. Além dos parâmetros jurídicos, cada caso concreto, deve ser analisado por equipe técnica da saúde, vinculado ao Poder Judiciário, que auxiliará o juiz, no momento da decisão fundamentada. Esses profissionais emitirão parecer técnico relacionado à necessidade, urgência, utilidade e efeitos comprovados do produto, bem como, se ele consta na lista de fornecimento gratuito pelo Estado ou Município, seu custo e a possibilidade de substituição por outro (DINIZ, 2014).

A importância da análise, relacionada à judicialização da saúde, precisa requer a incorporação de estudos técnicos, que orientem a necessidade de estabelecer mecanismos, para a organização e implantação de protocolos e programas a serem pactuados pelo Ministério da Saúde, transformando demanda judicial, em política pública de saúde.

As políticas públicas constituem o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa a dar resolutividade à determinada problemática, em diversas áreas. Expressa a transformação daquilo que é de âmbito privado em ações coletivas no espaço público (GUARESCHI, 2004)

Seria ideal que o cidadão tivesse a garantia de seus direitos assegurados, sem ingressar com pedidos judiciais. Deve-se sempre ter em mente que, a judicialização do direito a saúde, não pode implicar ganho individual e perda coletiva, pois a eficiência que se espera, no campo das prestações de serviços à saúde é aquela que concretiza o direito para toda a sociedade, e não apenas para aqueles que ajuízam seus pedidos (MACHADO, 2011).

É necessária uma maior aproximação entre os poderes judiciário e executivo, uma compreensão do judiciário acerca da lógica dos programas e políticas, do uso racional de insumos e alocação de recursos disponíveis na saúde. Assim como, maior agilidade na inclusão das novas tecnologias, transparência e efetividade nas ações em saúde, pelo executivo, para que ocorra uma redução na

demanda judicial, sem comprometer o direito constitucional e fundamental à saúde (VALLE; CAMARGO, 2011).

O fenômeno da judicialização da saúde manifesta-se no Brasil, na crescente demanda feita pelo cidadão, via judiciário, por aquisição de fórmulas nutricionais industrializadas.

O direito à saúde é um direito social a ser assegurado mediante políticas sociais e econômicas, desenvolvidas pelo Poder Executivo, de modo a promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos (GRESELE, 2013).

Nesse contexto, o entendimento de que a judicialização ocorre quando se busca perante o Poder Judiciário a obtenção de soluções, que são omitidas pelas políticas públicas de saúde.

A saúde comporta duas vertentes: a primeira que corresponde a programas sociais e econômicos que visem à redução coletiva de doenças e seus agravos, com melhoria da qualidade de vida do cidadão; e a segunda, que obriga o Estado a manter ações e serviços públicos de saúde que possam promovê-la e prevenir, de modo mais direto, mediante uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados, os riscos de adoecer e recuperar o indivíduo das doenças que o acometem (PEREIRA et al., 2010).

A linha de tensão entre o judiciário e o setor saúde, revela dificuldades e fragilidades institucionais, políticas, sociais e culturais brasileiras. Duas dificuldades podem ser destacadas: a) a dos gestores na tomada de decisão, em especial, relativas à ausência de instrumentos ágeis e sistemáticos de informação e de análise da demanda judicial, e de conhecimento de aspectos importantes da atuação do sistema judicial; b) a dos agentes do sistema de justiça em relação à dinâmica do sistema público de saúde, comprometendo a qualidade e a efetividade da intervenção judicial.

A relação estabelecida entre acesso à justiça e à saúde pode ter um efeito benéfico na responsabilização do Estado em desenvolver procedimentos adequados de incorporação, compra e distribuição de procedimentos terapêuticos pela rede pública (BAPTISTA, 2009).

Os efeitos negativos da atuação do judiciário podem relacionar-se à alta e persistente demanda judicial, combinada com respostas automáticas e

insatisfatórias, sem uma devida e cuidadosa análise crítica da demanda, pelos atores envolvidos (VENTURA, 2010).

O debate sobre a judicialização da saúde é bastante amplo e polêmico, pois envolve questões relacionadas ao direito individual e coletivo, muitas vezes, e acarreta a utilização excessiva e contraditória das vias judiciais, na solicitação de serviços de saúde.

O Sistema Único de Saúde possui a atribuição de garantir à população, o direito à saúde, porém, frente aos interesses privados, tornou-se um grande mercado consumidor para os novos lançamentos da indústria farmacêutica, que nem sempre atendem às necessidades sanitárias dos usuários do SUS (VIDOTTI, 2008).

A identificação de distorções no tratamento judicial, de demandas por acesso integral à saúde, acentua o papel primordial das políticas públicas de saúde, que refletem em transformar as solicitações individuais, quando genuínas e adequadas, em ações coletivas, pautadas nos princípios fundamentais de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, resolutividade, regionalização, hierarquização e controle social, que se constituem no alicerce do Sistema Único de Saúde.

Da mesma forma, é fundamental a integração das responsabilidades federais, estaduais e municipais com o objetivo de garantir o direito universal constitucional à saúde. Ademais, não se pode impor aos Municípios a prestação de todo e qualquer serviço de saúde, como acontece em determinadas decisões judiciais, pois, nessas hipóteses, acarreta-se uma invasão de competência do Judiciário no Executivo.

No entanto, cabe ao Poder Judiciário contribuir para que o sistema funcione, tal como previsto na lei. E, nesse sentido, exigir de cada ente federado a prestação de serviços de sua responsabilidade.

2.1.1 Comissão de Análise de Solicitações Especiais – CASE

No município de Ribeirão Preto, já em junho de 2002, foi instituída a Comissão de Análise de Solicitações Especiais (CASE), instância colegiada, de natureza consultiva, para prestar assessoria técnica ao Poder Judiciário com a emissão de parecer técnico nas demandas judiciais relacionadas à solicitação de

medicamentos, fórmulas nutricionais industrializadas, equipamentos e insumos junto ao Ministério Público Estadual, Poder Judiciário e Defensoria Pública.

Na atualidade, a CASE é constituída por profissionais do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (HCFMRP-USP) e da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP).

Designada originariamente de Comissão de Análise para Solicitação de Medicamentos e/ou Equipamentos, a partir de dois de agosto de 2004, sua denominação foi alterada para Comissão de Análise de Solicitações Especiais (CASE), quando se definiram os protocolos, formulários e as atribuições de cada componente do fluxo de análise.

A composição da CASE, inicialmente, contava com a participação de médicos e farmacêuticos do DRS XIII, Hospital das Clínicas e Secretaria Municipal da Saúde, ampliando-se com a inclusão de nutricionistas e advogados, após a edição da portaria do DRS XIII de 22 de setembro de 2006 e publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo.

Para atender às demandas, a partir de 2007, tornou-se necessário, a ampliação da representatividade, com a incorporação de profissionais de outras áreas, tais como: Serviço Social, Nutrologia, Pediatria, Infectologia, Auditoria, Enfermagem e Direito, com a premissa de análise das solicitações, em reuniões semanais.

A Equipe Técnica da área de Nutrologia elaborou um protocolo técnico de triagem e avaliação nutricional, para descrição do estado clínico nutricional do paciente, a ser preenchido pelo profissional médico e nutricionista que acompanham o atendimento do usuário.

Considerando subsidiar a análise de cada solicitação, instituiu-se de forma inovadora, a elaboração e incorporação de um descritivo técnico de dietas e fórmulas especiais, para a escolha de dieta ou fórmula mais adequada, sendo necessário ao profissional solicitante, descartando-se a prescrição por nome comercial.

A inclusão de reuniões técnicas semanais, para avaliação das demandas judiciais, com a efetiva participação dos profissionais da Secretaria Municipal da Saúde, Departamento Regional de Saúde (DRS XIII) e Hospital das Clínicas da

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto na Comissão de Análise das Solicitações Especiais, possibilitou a criação em conjunto, dos protocolos e descritivos técnicos para solicitação das fórmulas nutricionais industrializadas.

Entre os avanços conquistados na Case, destacam-se na área de Nutrologia, as reuniões periódicas com Ministério Público e Poder Judiciário, a solicitação e inclusão nas sentenças judiciais da necessidade de relatório e receita médica atualizada, a cada três meses, para o acompanhamento clínico-nutricional dos prescritores das fórmulas nutricionais industrializadas aos usuários em atendimento, bem como, a descrição técnica das mesmas.

No âmbito do planejamento, a perspectiva histórica, diante de ações conjuntas, respaldadas por decisões técnicas, com a implantação de relatórios técnicos e financeiros, imprimiu a participação de diversos atores sociais: Departamento Regional de Saúde – DRS XIII, Secretaria Municipal da Saúde, Hospital das Clínicas, Ministério Público, Defensoria Pública, Juízes da 1ª. e 2ª. Vara da Fazenda e Juiz da Infância, Juventude e Idoso.

Nesse contexto, ampliou-se a gama de informações para a análise técnica, mediante a modificação do protocolo já instituído, na área de medicamentos. Outro exemplo se constitui na introdução e elaboração de protocolo e descritivo técnico para materiais e equipamentos, permitindo a incorporação de novos subsídios técnicos, para análise detalhada, das demandas judiciais.

As inovações instituídas com a criação e implementação de um banco de dados ao armazenar informações relevantes para o monitoramento e avaliação das demandas judiciais, através do cadastro das ações judiciais que demandaram o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializada, ao incorporar dados que permitam localizar o processo, identificar o usuário, a representação jurídica e planejar as futuras aquisições.

O cadastro é único e compartilhado o acesso entre as áreas que atuam no atendimento das demandas judiciais. Essas informações são importantes para verificar medidas preventivas que podem ser realizadas, para evitar a demanda judicial. O conhecimento das ferramentas da epidemiologia contribuiu na construção do banco de dados e na sumarização dos resultados.

Os crescentes desafios municipais e estaduais geram a necessidade de elaboração e encaminhamento de novos projetos, para que a esfera federal se

sensibilize e fomente a incorporação de políticas públicas inovadoras, que atendam as novas demandas e as realidades enfrentadas pela população brasileira na área de nutrição.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), órgão de controle da atuação administrativa e financeira dos tribunais, que possui a atribuição de coordenar o planejamento, a gestão estratégica e implementar diretrizes nacionais, para nortear a atuação do Poder Judiciário, instituiu a Recomendação no. 31 em Março de 2010, com o objetivo de recomendar aos tribunais de justiça a adoção de medidas, com vistas a subsidiar os magistrados e demais operadores de direitos, e assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais relacionadas à assistência a saúde (BRASIL, 2010).

No elenco das medidas, acentuava que até dezembro de 2010, os tribunais de justiça celebrassem convênios que tivessem como objetivo disponibilizar apoio técnico, composto por médicos e farmacêuticos, para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor, quanto à apreciação das questões clínicas, apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais (BRASIL, 2010).

Gandini (2010) argumenta a importância da criação, no âmbito da comarca de Ribeirão Preto, de uma comissão de médicos, nutricionistas e farmacêuticos, para assessorar os juízes e promotores, no que diz respeito, ao fornecimento de medicamento, dietas especiais e demais insumos médicos e farmacêuticos. Destaca que a comissão deve ser criada por portaria do DRS (Departamento Regional de Saúde) e abranger profissionais do Estado e do Município e, se for o caso, também de alguma universidade, às melhores evidências científicas, sobre a eficácia, efetividade, eficiência e segurança.

A judicialização da saúde necessita ser pautada por uma análise mais criteriosa do Poder Judiciário, mediante estudos técnicos, antes de conceder como favorável a determinação de demanda relacionada à saúde (PEPE et al., 2010; BORGES; UGA, 2010; VENTURA et al., 2010; FIGUEIREDO et al., 2010; SANT'ANNA et al., 2011).

Dentre os enunciados aprovados na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça em 15 de maio de 2014, em São Paulo relacionados a saúde pública destacam-se:

Enunciado n.17 – Na composição dos Núcleos de Assessoramento Técnico (NAT's) será franqueada a participação de profissionais dos Serviços de Saúde dos Municípios.

Enunciado n.18–Sempre que possível, as decisões liminares sobre saúde devem ser precedidas de notas de evidência científicas emitidas por Núcleos de Apoio Técnicos em Saúde – NATS.

Enunciado n.19 - Nas ações que envolvam pedido de assistência à Saúde, é recomendável à parte autora apresentar questionário respondido por seu médico para subsidiar o deferimento da liminar, bem como para ser utilizado na instrução probatória do processo, podendo fazer uso dos questionários disponibilizados pelo CNJ, pelo Juízo processante, pela Defensoria Pública, pelo Ministério Público ou pela OAB, sem prejuízo do receituário competente (BRASIL, 2014).

As iniciativas do Poder Judiciário demonstram a necessidade de discutir as questões relativas às demandas judiciais, que visam o fornecimento de prestações de saúde, em relação à carência de informações clínicas prestadas aos magistrados, a respeito dos problemas de saúde enfrentados pelos autores dessas demandas.

2.2 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 estabelece a saúde, incluindo a alimentação como um dos direitos sociais conforme seu Artigo XXV:

Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Em seu artigo 16, inciso I, a Lei Federal no. 8080/90 determina a competência da direção nacional do Sistema Único de Saúde em: “formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição” (BRASIL, 1990).

A Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), do Departamento de Atenção Básica/ Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde tem como principal atribuição implementar as ações, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), com vistas à garantia de condições de saúde adequadas à população brasileira, em todas as esferas de atribuição governamental, do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) apresenta os propósitos de: garantia da qualidade dos alimentos colocados para o consumo no

País, promoção de práticas alimentares saudáveis, prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como, o estímulo às ações intersetoriais, que, propiciem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição foi aprovada por meio da Portaria MS/GM n. 710, de 10 de junho de 1999, pelo Ministério da Saúde e consiste em um documento legal, fruto de ampla discussão com a sociedade civil e organizada e com os conselhos gestores e entidades de controle social, integrantes da Política Nacional de Saúde. Assume especial relevância, na medida em que define o papel do setor Saúde, no Sistema Nacional de Segurança Alimentar Nutricional do Brasil, bem como, está em sintonia com a Política de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

A PNAN está dividida em sete diretrizes que servem de base conceitual, para a elaboração e implantação de programas e projetos em alimentação e nutrição, do setor Saúde. São elas: I. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; II - Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços nesse contexto; III - Monitoramento da situação alimentar e nutricional; IV - Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; V - Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; VI - Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; VII - Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2013, p 25).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição projeta à concepção referenciada, em seu texto introdutório, que a alimentação e a nutrição, constituem requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, direcionados a afirmação plena, do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2011a). Tais atributos estão ainda consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 1948, que foram reafirmados no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, incorporado à legislação nacional em 1992 e introduzindo a alimentação como direito social no artigo 6º da Constituição de 1988 promulgado com a Emenda Constitucional n. 64 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2011a).

Com a implantação dessa política, o Ministério da Saúde reafirma que alimentação e nutrição são requisitos básicos de promoção e proteção da saúde,

referenciados no compromisso com a erradicação da fome, redução da desnutrição, das deficiências nutricionais e a promoção da alimentação saudável para a população.

A nutrição pode ser feita por via oral, ou seja, pela maneira natural do processo de alimentação, ou por um modo especial. No modo especial, temos a nutrição enteral e a nutrição parenteral. A nutrição enteral é quando o alimento é colocado diretamente, em uma área do tubo digestivo, geralmente o estômago ou o jejuno, através de sondas que podem entrar pela narina ou boca, ou por um orifício feito por cirurgia diretamente no abdômen do paciente, é indicada para pacientes que não conseguem ingerir alimentos por via oral. A nutrição parenteral é feita quando o paciente é alimentado com preparados, para administração diretamente na veia, não passando pelo tubo digestivo (WAITZBERG, 2000). A sua utilização constitui em um recurso importante, para a manutenção e recuperação do estado de saúde de pacientes hospitalizados ou no domicílio.

A Resolução RDC n. 63, de 06 de Julho de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que aprovou o Regulamento Técnico, para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral, apresenta a definição para Nutrição Enteral:

alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas (BRASIL, 2000, p. 2).

A Terapia Nutricional é um conjunto de procedimentos terapêuticos, utilizados para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente, por meio de Nutrição Parenteral ou Enteral. É considerado um importante recurso terapêutico, na redução da morbidade e mortalidade de pacientes portadores de patologias neurológicas, traumas, câncer, pós – operatórios, entre outras (LEANDRO, 1990).

A Terapia Nutricional Domiciliar (TND), como modalidade de atendimento em saúde, começou a se destacar na década de 1980. A sua prática no Brasil não é tão recente, apesar de a nutrição parenteral ter sido regulamentada somente em 1998,

através da Portaria ANVISA nº 272/98 e a nutrição enteral em 2000, com a resolução da ANVISA 63/00 (SCHIEFERDECKER, 2013).

Com o avanço da tecnologia de Terapia Nutricional, principalmente na última década, o suporte nutricional parenteral ou enteral demonstra a sua eficácia no tratamento de pacientes criticamente enfermos, com graves distúrbios do aparelho digestivo (SICCHIERI, 2009).

A grande expectativa é de fomentar a elaboração de políticas públicas, que incorporem o acesso e uso adequado de fórmulas nutricionais industrializadas especiais, baseados em estratégias de diagnóstico e acompanhamento clínico nutricional.

Em relação às fórmulas nutricionais industrializadas, pode-se destacar a Portaria SAS/MS nº 44, de 22/01/07, que instituiu no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS, o Grupo de Trabalho (GT) com a finalidade de proceder a estudos técnicos, visando estabelecer, as orientações relativas a disponibilização de fórmulas nutricionais especiais, no âmbito do Sistema Único de Saúde: I - Critérios para elaboração de diretrizes terapêuticas e procedimento técnico administrativo para a disponibilização de fórmulas nutricionais industrializadas especiais; II - Critérios para a organização da rede de serviços para triagem dos casos específicos; III – Critérios para a definição de responsabilidades nas esferas de gestão (BRASIL, 2007, p 01).

A Portaria determina, ainda, a composição do referido Grupo de Trabalho designando a coordenação ao Departamento de Atenção Básica DAB/SAS/MS, por meio da Coordenação da Política de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2007).

Em suas considerações, a portaria enfatiza, que todo cidadão tem direito fundamental à vida e ser de responsabilidade do Estado, a garantia da saúde da população por meio da integralidade da assistência. Salaria que o direito humano à alimentação é condição indispensável à vida e à construção da cidadania (BRASIL, 2007).

Destaca que, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), indica a importância da garantia de acesso universal, regular e permanente à alimentação adequada e tem, ainda, como uma de suas diretrizes a prevenção e controle dos distúrbios alimentares associados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2007).

Menciona que, o planejamento da terapia nutricional, requer critérios, para estabelecer a escolha da conduta nutricional adequada, aliando-as às necessidades nutricionais específicas e à disponibilidade de alimentos (BRASIL, 2007).

Argumenta que a orientação alimentar deve ser realizada mediante a avaliação da condição geral do usuário, de sua doença e de seu estado nutricional, sendo imprescindível, o monitoramento e avaliação da conduta prescrita, a fim de avaliar o sucesso da terapia nutricional (BRASIL, 2007).

Salienta que existem inúmeras demandas no âmbito federal, para a disponibilização de fórmulas alimentares, após a alta hospitalar e ou atendimento domiciliar de usuários do SUS, oriundas do Ministério Público, Advocacia-Geral da União/AGU e Poder Legislativo (BRASIL, 2007).

Este Grupo de Trabalho (GT) apresentou na VIII Encontro de Trabalho na Rede de Nutrição do SUS, ocorrido em Brasília no período de 22 a 24 de Abril de 2008, os resultados sobre fórmulas alimentares no SUS, indicando que os trabalhos do referido grupo foram finalizados em setembro de 2007, totalizando sete reuniões. Apresentou como principal recomendação à necessidade de estruturação de serviços locais para triagem, disponibilização de fórmulas e acompanhamento de pacientes com necessidades especiais de alimentação e que sejam regulamentados por Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2008).

O relatório final detalha os critérios estabelecidos para iniciar a organização do serviço de dispensação de fórmula alimentar pelo SUS, ficando de elaborar e definir os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Destaca-se que, priorizar os erros inatos do metabolismo e as alergias alimentares. Instituir ferramentas de controle e avaliação do serviço, Definir área responsável pelo controle e avaliação deste serviço no Ministério da Saúde. Avaliar o cálculo do impacto financeiro para a implantação do serviço e para a dispensação de fórmulas alimentares industrializadas e formas de financiamento para implantação do serviço e custeio de fórmulas (BRASIL, 2008).

Para as doenças de erros inatos do metabolismo observou-se que havia diferentes formulações para os casos específicos, para cada patologia, e, assim, uma grande variação de preços desses alimentos especiais, superando a casa de mil reais por unidade do produto, no caso de doenças como a tirosinemia (BRASIL, 2008).

O Relatório de Gestão de 2007-2010, da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) argumenta que elaborou, em 2008, 145 pareceres e notas técnicas para subsidiar a Consultoria Jurídica (CONJUR), nas respostas as ações judiciais referentes à solicitação de dispensação de fórmulas alimentares pelo Ministério da Saúde, além de respostas a e-mail e telefonemas de dúvidas sobre o tema e elaboração de material informativo disponibilizado no site da CGAN (BRASIL, 2011b).

Em 2009, a CGAN participou da elaboração do protocolo clínico dos Erros Inatos do Metabolismo, coordenada pela Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade – Departamento de Atenção Especializada.

As ações judiciais referentes às fórmulas alimentares recebidas pela CGAN, durante o período de 2002 a 2010, podem ser caracterizadas da seguinte forma

- pouco detalhamento do diagnóstico da doença que acomete o paciente;
- ausência de informação referente ao quadro ou evolução nutricional do paciente ou interessado;
- prescrição de fórmulas alimentares por marcas de produtos sem indicação de condutas alternativas e sem associação desta com avaliações de saúde e de nutrição como determina a boa prática de nutrição clínica;
- dispensação das fórmulas alimentares com base no preço de mercado (sem licitação);
- ações judiciais relacionadas à dispensação de fórmulas alimentares especiais para doença de menor gravidade;
- a importância da elaboração e a revisão de protocolos clínicos e terapêuticos e o incremento da criação de centros de referência para assistência à saúde e a nutrição;
- a aparente falta de esclarecimento dos autores e condutores das ações gera o desgaste na relação executivo-judiciário e desvio dos recursos para ações coletivas de assistência (BRASIL, 2011b, p.23).

Diante deste cenário, a CGAN recomendou o fortalecimento de estratégias como a Rede de Banco de Leite Humano e a Política de Aleitamento Materno; o fortalecimento da promoção da alimentação complementar adequada e saudável e em tempo oportuno; a organização da rede de serviços de triagem de portadores de erros inatos do metabolismo e alergia alimentar; estratégias que ampliassem o conhecimento dos profissionais de saúde na prescrição de fórmulas alimentares e a racionalização na prescrição e no uso das fórmulas alimentares, pela adoção de protocolo de atenção nutricional e apoio técnico ao judiciário, nas questões referentes a fórmulas alimentares (BRASIL, 2011b).

Ressalva-se a importância da iniciativa do Governo do Estado de São Paulo, em relação às estratégias de atendimento à solicitação de fórmulas nutricionais industrializadas, com a Implantação da Resolução SS-336, de 27 de novembro de 2007, que atribui à Secretaria Estadual de Saúde a competência da normatização, avaliação e dispensação das fórmulas infantis especiais aos pacientes portadores de alergia a proteína do leite de vaca, atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado de São Paulo.

A Portaria do Ministério da Saúde n. 3.237, de 24 de dezembro de 2007, no § 2º, do artigo 3º, já apontava para a integração de insumos relacionados a Alimentação e Nutrição no Componente Estratégico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, contudo, não instituiu a necessária regulamentação e definição de critérios e responsabilidades dos entes federados para o fornecimento de dietas.

A normatização do Ministério da Saúde no eixo relativo à execução e financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica, constando na Portaria nº 2.982, de 26 de novembro de 2009, que no § 2º, do art. 1º, indica que:

os medicamentos e insumos para o Combate ao Tabagismo e para a Alimentação e Nutrição integram o Componente Estratégico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica (2009, p.2).

Diferentemente do que fez com os insumos e fármacos de combate ao tabagismo e alguns contraceptivos, a citada Portaria nº 2.982/09, deixou de regulamentar e disciplinar, em seus anexos, o assunto relacionado à alimentação e nutrição.

O conteúdo da Nota Técnica nº 84/2010-CGPAN/DAB/SAS/MS, da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, admite que:

o Sistema Único de Saúde – SUS não dispõe de programa para dispensação de Leites Especiais e Dietas Enterais e não possui legislação ou protocolo específico para esta questão, sendo necessário que o assunto seja avaliado pelas três esferas de gestão do sistema no sentido de estabelecer políticas que orientem a solução de demandas como esta, a curto, médio e longo prazo (BRASIL, 2010a,p.10).

Na citada Nota Técnica, o departamento especializado em alimentação e nutrição do Ministério da Saúde reconhece a:

necessidade de organização de serviços estruturados baseados em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas nos estados e municípios, como passo inicial para consolidação de um fluxo de

triagem, diagnóstico, tratamento, dispensação de produtos e acompanhamento destes pacientes na rede pública de saúde (BRASIL, 2010a,p.12).

Contudo, é importante ressaltar, que apesar dos esforços amparados em análises técnicas, até o momento, a ausência de ações estratégicas desenvolvidas em âmbito nacional, oriundas do Ministério da Saúde, para a implantação de política pública de saúde tem acarretado o aumento de ações judiciais voltadas para essa demanda específica.

Torna-se necessária a elaboração e regulamentação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, criação de centros de referência destinados ao atendimento integral e fornecimento de fórmulas nutricionais especiais industrializadas.

2.3 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

As características demográficas e epidemiológicas são imprescindíveis para o estabelecimento de políticas públicas de saúde que visem à atenção ao estado de saúde da população brasileira.

Face às transições demográfica e epidemiológica observadas em nosso país nas últimas décadas, tem-se discutido as alterações nos perfis de saúde-doença das populações e suas implicações para a atenção à saúde.

Nesse contexto, há uma relação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica, pois, ao serem beneficiados pela diminuição da mortalidade por doenças infectocontagiosas, grupos específicos da população sofrem outros desgastes que favorecem o aparecimento de doenças crônico-degenerativas (DUARTE; BARRETOS, 2012).

Deve-se atentar que uma população está mudando, constantemente, por influência dos três fatores demográficos: natalidade, mortalidade e migração. Ao conhecer o âmbito demográfico e epidemiológico de um território, identificar os principais problemas de saúde existentes, elaborar as prioridades de acordo com os problemas de saúde identificados, permiti a tomada de decisão em relação aos problemas de saúde prioritários em relação a segmentos específicos da população (CAMARGOS et al., 2006).

2.3.1 Perfil Demográfico

A pesquisa da situação demográfica possibilita conhecer as características de uma determinada população.

Neste estudo foram consideradas em relação ao perfil dos usuários dos processos judiciais em atendimento na dispensação de fórmulas industrializadas, as seguintes variáveis demográficas: sexo, faixa etária (ciclos de vida), distrito de saúde e unidade básica de referência, área geográfica de residência, origem dos condutores das ações judiciais.

A predominância do sexo feminino entre os idosos e, sobretudo, faz crer que sejam elas as maiores dependentes de cuidados, com repercussões importantes nas demandas por políticas públicas. Atualmente, a maioria dessas mulheres são viúvas, sem ou com pouca experiência de trabalho no mercado formal, com reduzido grau de escolaridade e apresentam as piores condições de saúde (CAMARANO, 2004).

Pesquisa desenvolvida por Andrade et al. (2010), relacionado ao perfil das ações judiciais em Maringá/Paraná, no período de 1999-2009, indicou 54% do sexo feminino, e 46% do sexo masculino.

Gabriel et al. (2012), em seus estudos relacionados a ações judiciais no município de João Pessoa/Paraíba, observaram que dos 159 processos avaliados no tocante ao sexo do usuário, identificaram que 86 (54%) eram do sexo feminino e 73 (46%) do sexo masculino.

Estudo em Tocantins, por Andrade et al.(2013), referente as demandas judiciais, relacionada a gênero, indicou o sexo feminino em 54% e o masculino em 46% dos processos.

O predomínio de idosos (63,5%) foi observado em estudo desenvolvido no município do Rio de Janeiro, por Vieira e Zucchi (2007).

Estudo de Machado et al (2011) no Estado de Minas Gerais revelou que em relação à idade dos usuários, 58,7% pertencia à categoria acima de 60 anos.

Marçal (2012) desenvolveu pesquisa em Recife/Pernambuco, relacionada a gênero e faixa etária do perfil dos usuários de processos judiciais, constatou 60,8% do sexo feminino e 35% referente à categoria de usuários acima de 60 anos de idade.

Levantamento realizado entre 01 e 23 de abril de 2006, divulgada em 07 de maio de 2007, relacionado à população idosa brasileira, mediante pesquisa nacional organizada pelo Serviço Social do Comércio – SESC, em parceria com a Fundação Perseu Abramo, apresentou dados coletados através de entrevista com 2136 pessoas com 60 anos ou mais, em 204 municípios de todas as regiões do país (BRASIL, 2007)

O estudo contemplou o perfil sociodemográfico dos idosos brasileiros e suas percepções do envelhecimento, no contexto social em vivem, além da descrição das atuais condições de educação, saúde, acessibilidade, violência, tempo livre e lazer, trabalho remunerado e renda dos idosos, garantindo assim, a generalidade dos dados.

A pesquisa intitulada “Idoso no Brasil - vivências, desafios e expectativas da terceira idade” revelou a amplitude dos temas abordados com algumas constatações importantes, a citar: Feminização da velhice.

A pesquisa constatou que há muito mais viúvas entre as mulheres do que entre os homens e, mais mulheres do que homens idosos, mulheres essas que são mais pobres, menos escolarizadas, mais doentes e solitárias do que os homens, configurando o que a literatura gerontológica chama de processo de feminização da velhice.

Esse fenômeno é visível no Brasil, na América Latina e em todo o mundo. A feminização da velhice é reconhecida como uma forte demanda para as políticas de saúde e proteção social e uma questão de justiça social, pois se trata de retribuição das contribuições que as mulheres ofereceram e oferecem à sociedade, representadas pela maternidade, pelos cuidados aos filhos, a casa e ao cônjuge, cuidados pelos quais são responsáveis até a velhice, quando se tornam cuidadoras também de outros idosos e dos filhos e netos de mulheres jovens que têm que sair de casa para trabalhar.

Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde - OMS, o período de 1975 a 2025, representará uma nova configuração sócio-etária caracterizando-se como a Era do Envelhecimento – a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes – colocando o país em termos absolutos como a sexta população de idosos do mundo, ou seja, mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (SIQUEIRA et al., 2002)

Assim, os dados coletados, pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE apresenta o crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, configura um fenômeno mundial e está ocorrendo em um nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo. Já em 1998, quase cinco décadas depois, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas; um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas, montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade (ANDREWS, 2000).

Outros aspectos importantes para explicar esse fenômeno, na visão de Andrews (2000, p.32), estão relacionados a:

- Desde 1950, a esperança de vida ao nascer em todo o mundo aumentou 19 anos;
- Hoje em dia, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais; para 2050, estima-se que a relação será de um para cinco, para o mundo em seu conjunto, e de um para três para o mundo desenvolvido;
- Segundo as projeções, o número de centenários – de 100 anos de idade ou mais – aumentará 15 vezes, de aproximadamente 145.000 pessoas em 1999, para 2,2 milhões em 2050;
- Entre 1999 e 2050, o coeficiente entre a população ativa e inativa – isto é, o número de pessoas entre 15 e 64 anos de idade por pessoa de 65 ou mais – diminuirá em menos da metade, nas regiões desenvolvidas, e em uma fração ainda menor nas áreas menos desenvolvidas.

O processo de envelhecimento da população brasileira é considerado irreversível, diante do comportamento da fecundidade e da mortalidade registrado nas últimas décadas e do esperado para as próximas, e enfatizada a importância dos estudos sobre a população idosa.

Ademais, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, revelam que em 2025 o número de idosos no Brasil representará 14% no total da população (BRASIL, 2010b).

Assim como o Brasil, Ribeirão Preto segue a tendência de queda da fecundidade e do aumento da expectativa de vida, fatores que influenciam diretamente no perfil epidemiológico da população.

Em 2010, o IBGE apontou que 75.694 habitantes, entre os 604.682 ribeirões-pretanos tinham mais de 60 anos, ou seja, 12,51% da população total (IBGE, 2010).

No início da década de 1990, momento ainda de institucionalização do SUS, foi proposto à criação de distritos sanitários em todo o país (MENDES, 1993). Os distritos representavam um modo de organização espacial dos serviços do SUS e mais especificamente dos serviços de atenção primária à saúde no Município (PAIM, 1993; MENDES, 1993).

O Distrito Sanitário (DS) ou Distrito de Saúde é a área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la. A área geográfica é definida para cada realidade e pode ser constituída por vários bairros de um município (MENDES, 1993)

No processo de definição do chamado território-distrito devem ser consideradas para a sua composição, as relações de fluxos existentes entre os bairros, as referências natural ou culturalmente já estabelecidas entre eles em suas diversas atividades, principalmente na área da saúde.

A área de abrangência dos serviços básicos se refere a uma área geográfica definida ou a ser definida no processo de territorialização, tendo como ponto de referência os serviços básicos de saúde (unidade básica de saúde, estratégia de saúde da família). Operacionalmente, significa identificar e quantificar numa dada área geográfica a população adstrita a cada serviço de saúde, que terá a responsabilidade pelos cuidados sanitários dessa população (MENDES, 1993).

A área de influência traduz em um conceito operacional que define os serviços de saúde do município como de referência para as populações das áreas de abrangência.

Essas referências dizem respeito à necessidade de realização de procedimentos para o diagnóstico e/ou terapia e/ou reabilitação, que a maioria dos serviços básicos das áreas de abrangência não realizam. Esses procedimentos podem ser feitos nos hospitais (gerais ou especializados), nos ambulatórios de especialidades, nos serviços de apoio diagnóstico ou terapêutico de média complexidade ou nos chamados procedimentos de alto custo (PAIM, 1993)

A definição do território de influência desses serviços em um dado município deve ser elaborada incluindo necessariamente os seguintes passos:

- identificação dos serviços que serão de referência na área do distrito;
- qualificação da oferta em termos de procedimentos que realiza;

- quantificação (capacidade de oferta por mês) de cada serviço;
- necessidade dos procedimentos (base mensal) para a população da área de abrangência do serviço;
- definição da oferta disponível para a população da área de influência;
- especificação da oferta mensal para a população da área de influência segundo o município e/ou bairros;
- estabelecimento dos mecanismos e instrumentos de referência e contra-referência;
- estabelecimento de mecanismos/instrumentos para o pagamento/ressarcimento dos procedimentos realizados;
- estabelecimento de mecanismos/instrumentos para o processo do controle da pertinência, oportunidade e qualidade dos procedimentos realizados;
- outras medidas de acordo com as necessidades (MENDES,2013, p.57).

A atenção primária, denominada Atenção Básica de Saúde, além de ser um nível de atenção no sistema de saúde regional, pode ser compreendida também em outras dimensões, como, por exemplo, uma estratégia para alcançar um aumento da cobertura das ações de saúde na população, à medida que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem as células que irão compor esse tecido, chamado Atenção Básica de Saúde, e, desse modo, tem implicações na composição e função dos demais níveis (PAIM, 1993).

As UBS são, portanto, a “porta de entrada” do usuário ao sistema e devem se destinar a um determinado grupo populacional que mora ou trabalha na área geográfica de sua abrangência. Não há um número determinado de população para cada Unidade Básica de Saúde.

Tendo em vista o artigo 1º, inciso III, da Constituição – que elege como princípio fundamental da República Federativa do Brasil a dignidade da pessoa humana – e o paradigma do regime democrático, conclui-se ser o Ministério Público órgão legitimado a defender o interesse indisponível da saúde, seja de modo difuso, seja coletivo e individual homogêneo, garantindo o direito à representação judicial.

Estudos desenvolvidos por Barreto et al. (2013), em municípios do Estado da Bahia, foi constatado que em 57% das ações encontradas, o Ministério Público iniciou o processo de petição judicial.

2.3.2 Perfil Epidemiológico

A informação epidemiológica possibilita identificar os problemas de saúde de segmentos da população, através de indicadores de saúde.

Neste estudo foram consideradas em relação ao perfil dos usuários dos processos judiciais em atendimento na dispensação de fórmulas industrializadas, as seguintes variáveis epidemiológicas: principais diagnósticos agrupados conforme categorias elencadas no CID10, origem das prescrições, vias de administração e tipos de fórmulas nutricionais industrializadas contempladas nas ações judiciais.

Diferentemente de algumas décadas atrás, as doenças infectocontagiosas têm perdido espaço nos indicadores epidemiológicos de morbi-mortalidade para as doenças ligadas ao sistema neurológico, neoplasias, sistema circulatório e outras condições crônicas de saúde. Essa mudança do perfil epidemiológico da população brasileira indica a necessidade de planejamento dos serviços de saúde baseado em novas demandas, priorizando políticas públicas.

Observou-se nos estudos de Silva e Silveira (2014), desenvolvidos em Alfenas/Minas Gerais a prevalência de 63,% das doenças do sistema neurológico entre os usuários pesquisados.

Estudo de Pereira et al.(2014), relacionado ao perfil das demandas judiciais encaminhadas ao Ministério da Saúde, possibilitou identificar 39,3% dos usuários com doenças do sistema neurológico.

No Espírito Santo, estudo de Barcelos (2010) prevaleceu as prescrições originadas em serviços privados (64,2%), assim como pesquisa de Machado e colaboradores (2011), em Minas Gerais (70,5%) e trabalhos desenvolvidos por Pereira et al. (2010), prevaleceram prescrições originadas em serviços privados (55,8%)

As vias de administração ou vias de acesso da nutrição apresentam características específicas: I - Sonda Nasoentérica com via de acesso através do nariz até o estômago; II – Sonda Nasogástrica com via de acesso através do nariz até o intestino delgado; III – Gastrostomia em que a sonda é introduzida via endoscopia no estômago e trazida para fora através da parede abdominal permitindo a via de acesso para a alimentação e suporte nutricional; IV – Jejunostomia em que a sonda é introduzida via endoscopia até o intestino delgado e trazida para fora através da parede abdominal permitindo a via de acesso para a alimentação e suporte nutricional e V – Via Oral se constitui no método natural de alimentação.

Martins et al.(2012), desenvolveram estudos que ao apontar a via de acesso para nutrição mais utilizada, prevaleceu a nasoentérica em 59,5% dos usuários.

Estudos de Silva e Silveira (2014) apuraram que a via de acesso prevalente em nutrição enteral, constituiu-se a sonda nasoentérica, utilizada por 63% dos indivíduos.

Em todas as fases do curso de vida ocorrem alterações metabólicas e fisiológicas que causam mudanças nas necessidades alimentares dos indivíduos, assim, como patologias e agravos à saúde podem causar mudanças nas necessidades alimentares especiais.

Nesse sentido, as necessidades alimentares especiais, sejam restritivas ou suplementares, indicadas para portadores de alterações metabólicas ou fisiológicas que cause mudanças, temporárias ou permanentes, compõe cuidados integrais com atenção nutricional.

Em relação ao uso de fórmulas industrializadas, o estudo desenvolvido por Pereira et al. (2010), destacou a prescrição predominante de dieta padrão para 41,1% dos usuários.

2.4 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

A promulgação da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 194, inaugurou um novo sistema de proteção social, pautado na Seguridade Social e introduziu avanços históricos, na universalização dos direitos sociais através da Saúde, Assistência Social e Previdência Social, como questão pública e de responsabilidade do Estado.

O Conselho Nacional da Saúde, através da Resolução CNS n° 218 de 06 de março de 1997, reconheceu o assistente social, juntamente com outras categorias, como profissional de saúde de nível superior (BRASIL, 1997). A Resolução n° 383 de 29 de Março de 1999, do Conselho Federal de Serviço Social em seu artigo 1º indica o Assistente social como profissional de saúde e no artigo 2º adverte para o fato de que o assistente social exerce suas atividades no largo espectro das políticas sociais, podendo atuar em outras áreas, não sendo, portanto, um profissional exclusivo da área de saúde. (CFESS, 1999).

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades, das formas de adoecer, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde.

De fato, o Assistente Social como profissional de Saúde, tem competência para atuar junto aos fenômenos socioculturais e econômicos, que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, ao nível de promoção, prestação ou recuperação de saúde.

Ademais, o Assistente Social é, pois, um profissional de saúde, que vem colaborar, mediante a posição que emerge da categoria, sinalizada nos avanços obtidos na trajetória histórica da profissão, ao buscar a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade à população brasileira (CFESS, 1999).

Na década de 1990, com a expansão do projeto neoliberal do estado brasileiro, incorpora na saúde dois projetos em disputa: o modelo privatista da saúde e o modelo articulado ao projeto de reformar sanitária, trazendo posturas antagônicas, com demandas profissionais distintas ao exercício profissional do assistente social.

Dessa forma, o projeto privatista requisita ao assistente social demandas relacionadas à seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, postura assistencialista por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Em contrapartida, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demanda, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, trabalho interdisciplinar, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação popular.

O Serviço Social tendo como perspectiva a Seguridade Social, pautada no projeto ético-político da categoria, é concebido em sua amplitude como integrante de uma agenda estratégica de luta democrática e popular no Brasil, com vistas à construção de uma sociedade justa e igualitária.

A Resolução nº 273, de 13 de Março de 1993, do Conselho Federal de Serviço Social apresenta ferramentas fundamentais para a atuação profissional no cotidiano, ao elencar os onze princípios éticos.

Tais princípios constituem-se no reconhecimento da liberdade como valor ético central; defesa intransigente dos direitos humanos; ampliação e consolidação da cidadania; na democracia; equidade e justiça social; eliminação de qualquer

forma de preconceito; garantia do pluralismo; opção por um projeto profissional voltado para uma nova ordem profissional; articulação com outras categorias; qualidade de serviços prestados e, livre de discriminação no exercício profissional.

O Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho, constrói o seu fazer profissional, a partir das demandas de diferentes segmentos de classe, surgidas na heterogeneidade e na imediatez da vida cotidiana (MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

O exercício profissional do Assistente Social vai além das rotinas institucionais e busca apreender o movimento da realidade, ao atribuir uma base científica às demandas, inserindo-se no campo da defesa e realização de direitos sociais. Ao mesmo tempo, o profissional de Serviço Social deve em seu trabalho cotidiano interpretar e compreender a realidade social, para facilitar a inserção do cidadão nas políticas públicas de saúde.

A prática profissional do assistente social exige, principalmente, um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua competência crítica; não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade (IAMAMOTO, 2012).

Para Netto (2006, p. 144), os projetos profissionais

apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas.

O projeto profissional do Serviço Social caracterizado como projeto ético-político, revela uma indicação ética, combinada com uma direção político-profissional. Construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação (CFESS, 2010).

Ademais, a atuação profissional do Assistente Social deve ser baseada nos princípios éticos fundamentais inscritos no código de ética do Serviço Social.

Iamamoto (2012, p.34) indica a questão social como objeto do Serviço Social apontando que

os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...] ... a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social.

Os assistentes sociais passam a ser requisitados para atuar também na formulação e avaliação de políticas, bem como no planejamento e na gestão de programas e projetos sociais, desafiados a exercitarem uma intervenção cada vez mais crítica e criativa.

Boschetti (2008, p. 20) argumenta que

o Serviço Social ao se constituir como uma profissão que atua predominantemente, na formulação, planejamento e execução de políticas públicas de educação, saúde, previdência, assistência social, transporte, habitação, tem o grande desafio de se posicionar criticamente diante da barbárie que reitera a desigualdade social, e se articular aos movimentos organizados em defesa dos direitos da classe trabalhadora e de uma sociedade livre e emancipada, de modo a repensar os projetos profissionais nessa direção. Esses são os compromissos éticos, teóricos, políticos e profissionais que defendemos no Brasil e em nosso diálogo com o mundo.

A formação do Assistente Social não é específica da área da saúde, mas possibilita aos profissionais atuarem, com competência, nas diferentes dimensões da questão social, e, como tal, com habilidades de elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais, inclusive da saúde.

Na contemporaneidade, é exigido do assistente social o domínio na esfera da execução e da gestão de políticas sociais, devido à esperada capacidade de contribuição no esclarecimento dos direitos sociais e dos meios para exercê-los. Estamos, antes, falando sobre antigas demandas, revestidas de novas nuances. Permanece o limite tênue entre a aceitação de atividades preestabelecidas e, em direção oposta, a ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, defendendo suas qualificações e funções profissionais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005).

Os espaços ocupacionais se ampliam também para atividades relacionadas ao funcionamento e implantação de conselhos de políticas públicas nas áreas da

saúde, assistência social, criança e adolescente, habitação, entre outros, em programas de capacitação de conselheiros, na elaboração de planos municipais, no monitoramento e avaliação de programas e projetos, na coordenação de programas e projetos, no planejamento estratégico do trabalho.

A discussão do perfil do profissional na contemporaneidade aponta três dimensões que devem ser de domínio do assistente social contemporâneo, afinado ao projeto ético político profissional (IAMAMOTO, 2012)

As dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa vão direcionar o agir profissional, a partir da identidade profissional construída pelo seu projeto ético político. Além disso, faz-se necessário apreender o caráter investigativo da profissão, em que a pesquisa, a reflexão crítica, a conduta pautada na ética e nas leis que regulamentam as relações sociais. Estes são os pressupostos básicos para se compreender o Serviço Social como profissão institucionalizada, inserida no mercado enquanto especialização do trabalho (IAMAMOTO, 2012)

O Serviço Social propõe a construção de um projeto coletivo, onde a dignidade dos usuários e a qualidade de vida, sejam prioridades, na horizontalidade das informações, no acesso às políticas públicas, para assegurar os direitos sociais.

Iamamoto e Carvalho (2005, p.16) afirmam que

a evolução histórica da profissão e os novos posicionamentos éticos e políticos frente à realidade brasileira. O Serviço Social, no marco de sua renovação crítica, vem afirmando o compromisso profissional com os interesses dos usuários e com a qualidade dos serviços prestados, afirmando uma nova forma de pensar e realizar o trabalho profissional, em contraposição à herança conservadora do passado, orientada por uma perspectiva teórico-metodológica apoiada na teoria crítica, e em princípios éticos de um humanismo radicalmente histórico. A profissão apresenta uma grade acadêmica e social renovada, voltada à defesa dos direitos da cidadania e dos valores democráticos, na perspectiva da liberdade, da equidade e da justiça social. O assistente social tem demonstrado um compromisso efetivo com os interesses públicos, atuando na defesa dos direitos sociais dos cidadãos e cidadãs brasileiros e na sua viabilidade junto aos segmentos majoritários da população.

O exercício profissional do Assistente Social encontra-se inserido nas principais demandas que se estabelecem nas instituições em que atuam, referenciada no contraditório campo das relações sociais da sociedade capitalista, cuja direção e função social estão historicamente determinadas, pela divisão sociotécnica do trabalho e para a reprodução da força de trabalho.

Em especial, o projeto ético político do Serviço Social prioriza uma nova relação com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais: é seu componente elementar o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, aí incluída a publicidade dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários (NETTO, 2004).

O cotidiano profissional do Assistente Social é pautado pelo conhecimento dos anseios, necessidades, modos de vida, expressões culturais, formas de luta, pressão e resistência dos usuários dos serviços de saúde, na complexidade de suas realidades e demandas, frente à crescente pauperização e exclusão da classe trabalhadora, na perspectiva de uma intervenção que ultrapasse a imediatividade das demandas sociais, rumo à esfera da universalidade do direito a saúde.

É no planejamento e na execução de determinadas estratégias e ações que o assistente social, forma e transforma num recurso vivo, cada vez mais qualificado. Consolida a sistematização, a análise, a crítica e a avaliação das ações; fortalece suas referências, seus valores, seus compromissos, seus objetivos. Ao mesmo tempo, assegura o acesso e a ampliação dos direitos e do controle social (NETO, 2006)

Nesse sentido, a perspectiva de consolidação, garantia e ampliação de direitos, almejados no exercício profissional do assistente social, frente à viabilização do acesso a bens e serviços de saúde.

Do ponto de vista estritamente profissional, o projeto ético implica o compromisso com a competência, que só pode ter como base, o aperfeiçoamento intelectual do assistente social. Daí, a ênfase, numa formação acadêmica qualificada, fundada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social. (MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

A ação do Serviço Social deve comprometer-se, com a defesa e qualidade dos serviços ofertados, com a ampliação e consolidação de um sistema de saúde público e universal, frente ao compromisso ético, com os interesses e demandas dos usuários.

O processo de descentralização das políticas sociais requisita aos profissionais de Serviço Social a atuação nos níveis de planejamento, gestão e

coordenação de equipes, programas e projetos. Tal atuação deve embasar-se na realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de saúde dos usuários e/ou coletividade (NETTO, 2006).

As investigações realizadas têm por objetivo alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, bem como, da política de saúde local, regional, estadual e nacional.

Outra demanda, indicada aos assistentes sociais, é a sua inserção nos processos de auditoria, de gestão, a partir do monitoramento, investigação, regulação e avaliação dos serviços prestados, com o objetivo da melhoria da qualidade dos serviços, buscando superar os impasses vividos na política de saúde. A reestruturação dos processos de trabalho e das formas de gestão têm impactado as instituições de saúde com uma ampla movimentação dos espaços ocupacionais, fruto das mudanças sociais (NETTO, 2006).

O Conselho Federal de Serviço Social organizou e elaborou um documento técnico, com versão final aprovada em novembro de 2009, intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, com vistas a referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social, na área da saúde, com bases na legislação profissional: o Código de Ética, a Lei nº 8662 de 1993, que regulamenta o exercício profissional e as Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social propostas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS (CFESS, 2010).

O documento sinaliza que uma atuação competente e crítica do Serviço Social, na área da saúde, deverá ser pautada na elaboração de um projeto democrático, ético e político. De acordo com o CFESS (2010, p.17), para tal, há a necessidade:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do

- SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
 - estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
 - tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
 - elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
 - efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

A atuação profissional do Serviço Social, no campo da saúde, se expressa como uma prática transformadora, que se estabelece entre os serviços de saúde, os usuários e profissionais, com a possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos, ao considerar uma possibilidade de promoção em saúde.

A intervenção do assistente social, ao participar dos projetos com os demais membros da equipe, busca conhecer a realidade individual e familiar do usuário, fazer a associação com o meio em que vive e incorporar a família como foco central das ações em saúde.

Mioto e Nogueira (2009), ao caracterizarem as ações profissionais na saúde, consideram que há três processos básicos, dialeticamente articulados: processos político-organizativos, processos de planejamento e gestão e processos socioassistenciais.

Assim, os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010).

Considera-se importante a ocupação desses espaços profissionais na saúde pelos assistentes sociais, tendo como diretriz o projeto ético-político profissional, com vistas às seguintes ações:

- elaborar planos e projetos de ação profissional com a participação dos profissionais;
- interferir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde procurando garantir a participação dos usuários e trabalhadores da saúde;
- participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;
- utilizar a documentação técnica a fim de produzir conhecimento no âmbito do SUS;
- manter sistema de registro e estudos das manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social;
- registrar as ações realizadas com a elaboração de relatórios periódicos, a fim de possibilitar a análise e avaliação do plano de ação; realizar estudos da política de saúde local, regional, estadual e nacional;
- fornecer subsídios a partir das investigações realizadas para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional;
- integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da reforma sanitária e o ético político profissional (CFESS,2010, p.20).

O assistente social em seu cotidiano profissional deve atuar em consonância com o projeto ético-político, posicionar-se a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais (NETTO, 2006).

Nesse sentido, a capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do Assistente Social, deve contemplar a permanente reflexão com base em estudos, que articulem a prática profissional e pesquisa científica, para que possa, no exercício profissional, dar cumprimento às suas competências, em consonância com a regulamentação da profissão.

A inserção do Serviço Social na área da saúde, ao estimular ações integradas e intersetoriais com outras Secretarias (Assistência Social, Esportes, Cultura e Lazer) visa à integralidade da atenção ao usuário do serviço.

Portanto, torna-se essencial a concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente reforçado pelo conceito ampliado de saúde desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, como “um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doenças ou de enfermidade” (OMS, 1946, p 100).

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando-se da pesquisa bibliográfica e documental, que tem como objetivo geral identificar o perfil dos pacientes atendidos em decorrência de ações judiciais, no Ambulatório de Nutrologia do Núcleo de Gestão Assistencial da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP.

Minayo (1993, p.23) argumenta que pesquisa é

atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado, e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Gil (2010, p.30) defende a pesquisa como um

processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos.

A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno, podendo estabelecer correlações entre variáveis. Esta modalidade de pesquisa é utilizada quando a situação exige um estudo exploratório para um conhecimento mais aprofundado do objeto de estudo ou quando se necessita de um diagnóstico inicial da situação (VERGARA, 2005).

A natureza descritiva desta pesquisa visa favorecer a obtenção de dados relacionados ao conhecimento do perfil dos usuários atendidos por liminares judiciais no Ambulatório de Nutrologia.

Nesse sentido, o estudo descritivo permite fornecer informações relevantes para elaboração de políticas públicas de saúde apontando dados em relação às características clínicas, demográficas, geográficas e temporais da população investigada. A análise documental é um exemplo de pesquisa descritiva. Por meio dela a base do trabalho investigativo é realizada em documentos contemporâneos e retrospectivos, arquivados em instituições públicas e privadas, de qualquer natureza, ou com indivíduos: registros, anais, regulamentos, circulares, ofícios, memorandos,

balancetes, comunicações informais, filmes, microfilmes, fotografias, diários, cartas pessoais (SANTOS, 2000).

A análise documental é fundamental na investigação, para configurar uma mudança temporal nas ocorrências de determinada situação ou, ainda, para se observar modificações conjunturais e estruturais.

A pesquisa documental apresenta material que ainda não recebeu tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2002).

O estudo retrospectivo realiza-se a partir de registros do passado e adiante a partir daquele momento até o presente, considerando determinada linha temporal.

A pesquisa bibliográfica é de natureza teórica, tornando-se obrigatória e necessária para o desenvolvimento de qualquer pesquisa científica. Por meio desta pesquisa, o pesquisador se coloca em contato direto com tudo o que foi publicado, dito ou, de alguma outra forma, registrado, procurando conhecer, analisar e explicar sobre determinado assunto, tema ou problema de pesquisa.

No presente estudo a pesquisa bibliográfica ocorreu nas bases de dados Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no período entre 2007 a 2015, buscando publicações científicas versadas sobre a temática judicialização da saúde, Serviço Social e fórmulas nutricionais especiais.

A abordagem quantitativa considera que tudo na realidade pode ser quantificado, utilizando técnicas estatísticas para a análise e interpretação dos dados.

Na abordagem quantitativa as técnicas de análise são dedutivas, partindo do geral para o particular e referenciada pelos resultados. A pesquisa quantitativa pressupõe uma abordagem focalizada, pontual e estruturada utilizando-se de dados quantitativos (GIL, 2010).

A pesquisa ocorreu no universo de 212 prontuários de usuários atendidos por liminares judiciais no Ambulatório de Nutrologia relacionado ao período entre janeiro de 2011 a janeiro de 2014. A escolha desse estudo permitiu a caracterização temporal referenciada nos últimos três anos ao traçar o perfil dos usuários.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no Ambulatório de Nutrologia da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto - Estado de São Paulo, localizado no Núcleo de Gestão Assistencial – NGA 59, que tem a responsabilidade do cumprimento de liminares judiciais na dispensação de fórmulas nutricionais industrializadas.

O município de Ribeirão Preto situa-se na região Noroeste do Estado de São Paulo, a 21° 10' 42" de latitude sul e 47° 48' 24" de longitude oeste, distante à 313 km da capital e à 706 Km de Brasília. Ocupa uma área geográfica de 650 km², sendo que 157,50 km² estão em perímetro urbano, 172,18 km² constituem área de expansão urbana e 320,32 km² de zona rural.

Em termos de perfil demográfico, em 2010, Ribeirão Preto, segundo o Censo do IBGE, possuía 604.682 habitantes, destacando-se como o oitavo município mais populoso de São Paulo, precedido por: São Paulo, Guarulhos, Campinas, São Bernardo do Campo, Santo André, Osasco e São José dos Campos. Os limites da cidade são direcionados pelos municípios: ao sul, Guatapará; a sudeste, Cravinhos; ao norte, Jardinópolis; a leste, Serrana; ao oeste, Dumont; a noroeste, Sertãozinho; e ao nordeste, Brodoswki (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

A principal via de acesso é a Via Anhanguera (SP 330), uma rodovia de pista dupla, que liga o município à capital, à Campinas e ao Triângulo Mineiro. Além desta rodovia, o município conta com mais um conjunto de 5 (cinco) rodovias ligando-o à Franca, Sertãozinho, Araraquara, Cajuru, e outros, ou seja, localiza-se em um entroncamento rodoviário que possibilita acesso fácil para diferentes regiões do estado e do país (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

No aspecto de Gestão Estadual em Saúde, Ribeirão Preto pertence ao Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII) composto por 26 (vinte e seis) municípios divididos em 3 (três) Colegiados de Gestão Regional (CGR) denominados: Aquífero Guarani, Vale das Cachoeiras e Horizonte Verde que têm como objetivo se constituir em espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa entre os gestores.

O município de Ribeirão Preto, na qualidade de Gestor Pleno do Sistema, é considerado polo e está inserido ao CGR Aquífero Guarani composto por 10 (dez) municípios.

A Rede de Saúde do Município de Ribeirão Preto é organizada por serviços municipais, estaduais e por serviços filantrópicos e particulares conveniados/contratados pelo SUS, distribuídos em atendimento hospitalar, ambulatorial (básico e especialidades), laboratórios clínicos e serviços de apoio diagnóstico e programas de saúde.

A Rede Física municipal de serviços públicos próprios de saúde constitui-se de 28 Unidades Básicas de Saúde, 14 Unidades Saúde da Família, 31 Equipes de Saúde da Família, 05 Unidades Básicas Distritais de Saúde, 01 Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas Porte III, 01 Unidade Básica Especializada Infantil - PAM II, 01 Laboratório do Município (Patologia e Citologia), 01 Ambulatório Regional de Especialidades – NGA 59, 03 Centros de Referência Moléstias Infecto Contagiosas, 01 Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente e Fissurada – NADF, 02 Ambulatórios de Saúde Mental; 01 Centro de Atenção Psicossocial CAPS ad; 01 Centro de Atenção Psicossocial CAPS III; 01 Centro de Atenção Psicossocial CAPS II (Semi Internação); 01 Centro de Atenção Psicossocial CAPS i (Infantil); 01 Centro de Saúde do Trabalhador – CEREST; 05 Centros Distritais de Vigilância em Saúde; 01 Divisão de Controle de Vetores e Animais Peçonhentos; 01 Divisão de Controle de Zoonoses; 02 Farmácias Populares: 01 Consultório na Rua – (Dr. Móvel); 03 Equipes Serviço Atendimento Domiciliar (SAD) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

A Secretaria Municipal da Saúde, na tentativa de compatibilizar as necessidades advindas do crescimento do município, com a melhora do acesso da população aos serviços de saúde, organizou de maneira descentralizada a assistência em 05 regiões, denominadas Distritos de Saúde. Estes estão localizados nas Regiões: Norte - Distrito do Simioni; Sul - Distrito de Vila Virgínia; Leste – Distrito de Castelo Branco; Oeste - Distrito de Sumarezinho e Região Central – Distrito Central (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

Os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais do município. (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

A distribuição das Unidades em Distritos visa oferecer aos munícipes um atendimento básico e de pronto atendimento em urgências, próximo à sua residência e tornar mais acessível o atendimento de algumas especialidades encontradas nas

UBDS. Cada Distrito de Saúde conta com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), que presta assistência emergencial 24 horas, atendimento básico para sua área de abrangência e é referência de algumas especialidades para todo o distrito.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem para a população de sua área de abrangência.

Todas as Unidades de Saúde contam com a retaguarda de laboratório clínico, ultrassonografia, radiologia simples e eletrocardiografia. Nas distritais e ambulatórios de especialidades também são realizados exames mais específicos e complexos, por meio dos serviços contratados e ou conveniados.

O Núcleo de Gestão Assistencial – NGA 59 é um ambulatório de especialidades, municipalizado, situado em edificação com titularidade do imóvel pertencente à Secretaria Estadual da Saúde, localizado na Região Central de Ribeirão Preto (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Foi construído em 1970 com recursos financeiros da Secretaria Estadual da Saúde visando incorporar órgãos estaduais constituídos da Divisão Regional de Saúde/6 (DRS 6) e Centro de Saúde (CSI). Posteriormente o DRS recebeu a denominação de Escritório Regional de Saúde/50 (ERSA 50) (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

No final de 1989, foi instituído o Ambulatório Regional de Especialidades (ARE) agregando o Posto de Assistência Médica (PAM-1) do Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) e o Centro de Saúde (CS-I) da Secretaria Estadual da Saúde. Além disso, o Escritório Regional de Saúde/50 passou a funcionar em outro endereço (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

O Ambulatório Regional de Especialidades foi criado com o objetivo de ser referência secundária de atendimentos especializados para os municípios que faziam parte do Escritório Regional de Saúde/50, visto que a Secretaria Estadual da Saúde estava assumindo as ações de saúde com a transferência dos recursos financeiros, físicos e humanos oriundos do Instituto Nacional de Previdência Social, através do Ministério da Saúde.

Em 1993, o Ambulatório Regional de Especialidades passou a denominar-se Núcleo de Gestão Assistencial (NGA 59). A partir de dezembro de 1995, com a

ampliação da municipalização, o NGA 59 manteve o atendimento dos 28 (vinte e oito) municípios que compõem a microrregião de saúde.

Em 1998, a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto a partir da gestão plena do sistema municipal de saúde, suspendeu o atendimento dos casos novos dos municípios da região no NGA/59. Esses novos pacientes foram encaminhados sob a responsabilidade da Divisão Regional de Saúde (DIR XVIII), atualmente Departamento Regional de Saúde (DRS XIII), para o Ambulatório de Especialidades do Hospital das Clínicas – Campus (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Atualmente, o Núcleo de Gestão Assistencial é caracterizado como unidade especializada prestadora de atendimento em âmbito municipal congregando Programas de Saúde (Saúde da Mulher e Assistência ao Paciente Ostomizado, Tabagismo, Órteses e Próteses, Fórmulas Infantis, Serviço de Assistência Domiciliar); Ambulatórios Especializados (Nutrologia, Geriatria); cumprimento de liminares judiciais para o fornecimento de fórmulas nutricionais especiais industrializadas e fraldas (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

O NGA 59 disponibiliza atendimento secundário nas especialidades médicas de Acupuntura, Cardiologia, Cirurgia Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral, Hematologia, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endocrinologia, Fisiatria, Geriatria, Gastroenterologia, Hepatologia, Homeopatia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Nutrologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Radiologia, Reumatologia, Tisiologia e Urologia.

O NGA 69 agrega atendimento especializado nas áreas de Enfermagem; Serviço Social, Nutrição, Odontologia (CTO - Centro de Triagem Odontológica - referência secundária e atendimento a pacientes com HIV), Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. É referência para a realização de exames complementares: audiometria, impedanciometria, radiologia, endoscopia, eletrocardiograma, eletroencefalograma e ultrassonografia.

Em 13 de Outubro de 2008 inaugurou-se o Ambulatório de Nutrologia, funcionando nas dependências do NGA 49, desenvolvendo e ampliando suas ações em relação a atendimento integral dos processos judiciais; atendimento na dispensação das fórmulas industrializadas, organização administrativa com previsão de compras e controle de estoque; atualização de banco de dados; elaboração de descritivos técnicos para novas aquisições de formulas nutricionais industrializadas

através de registro de preços; pactuação de solidariedade dos novos processos judiciais com o DRS XIII; elaboração de relatórios técnicos e financeiros; atendimento às solicitações de informações técnicas para o Ministério Público, do Poder Judiciário, da Defensoria Pública e da Procuradoria do Município; atendimento aos profissionais dos Hospitais, das Unidades Básicas e Distritais de Saúde, Estratégia de Saúde da Família e do setor privado; reuniões técnicas internas e externas; visitas institucionais e visitas domiciliares.

Integrando a equipe técnica do Ambulatório de Nutrologia, as atribuições do Assistente Social, encontram-se direcionadas no atendimento ao usuário ou seu familiar, para dispensação das formulas nutricionais industrializadas e organização administrativa do serviço, em cumprimento das liminares judiciais.

Na atualidade, os espaços ocupacionais do assistente social se ampliam também para atividades relacionadas ao funcionamento e implantação de políticas públicas nas áreas da saúde, na elaboração de planos municipais, no monitoramento e avaliação de programas e projetos, na coordenação de programas e projetos e no planejamento estratégico do trabalho.

O atendimento adequado a essas demandas exige novas qualificações e capacitação teórica e técnica para a leitura crítica do tecido social, elaboração de diagnósticos integrados das realidades municipais e locais, formulação de indicadores sociais, apropriação crítica do orçamento público, capacidade de negociação de interlocução pública.

No Ambulatório de Nutrologia, até dezembro de 2013, a introdução de um novo processo judicial era incorporada, através de envio de cópia de liminar judicial remetida com ofício da Secretaria de Negócios Jurídicos da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto ao Secretário Municipal da Saúde e via malote ao Ambulatório de Nutrologia para cumprimento da decisão judicial. A partir de 2014, foi criada uma plataforma on line para introdução e armazenamento das ações judiciais, acessada através de login e senha eletrônica.

Após recebimento da ação é montando prontuário do usuário contendo seus dados pessoais, cadastro do Sistema Hygia, número do processo judicial, origem da Vara do Poder Judiciário, telefone para contato e preenchimento de formulário para controle da dispensação do produto, bem como, encaminhado para as nutrólogas mediante receita e relatório atualizado para cálculo da quantidade do produto.

O cumprimento é imediato da ação judicial com abertura e confecção de prontuário individual do processo judicial, sendo que, o Poder Judiciário concede prazo correspondente a um período de 15 (quinze) a 30 (trinta) dias para que seja efetivada a liminar judicial.

Tendo em vista a questão da responsabilidade jurídica dos entes federados (município e estado), foi introduzida a partir de 2009, que a solidariedade (cumprimento da liminar judicial) entre a Secretaria Municipal da Saúde e o Departamento Regional de Saúde- DRS XIII (instância administrativa da Secretaria Estadual da Saúde) é pactuada em caráter definitivo. Sendo assim, o município ou estado é responsável pelo atendimento a um determinado paciente de maneira integral, enquanto durar a necessidade da dieta, conforme prescrição e relatório médico.

A dinâmica e estrutura organizacional de distribuição dos produtos apresentam a inter-relação de procedimentos operacionais amparados: em criação de agenda com lançamento prévio, elaboração de cartão personalizado de controle de entrega constando nome do paciente, data futura da retirada do produto, horário, dia da semana e informação da necessidade de entrega de relatório clínico nutricional e receita atualizada. O lançamento individualizado por usuário e fórmula em planilha eletrônica, bem como, apuração diária de estoque.

Para o atendimento inicial do processo judicial é realizado contato telefônico visando o agendamento de entrevista com o familiar responsável pelos cuidados do usuário, apresentando a orientação sobre o fornecimento, relação de documentos para cadastro único e relatório clínico nutricional e receita atualizada e renovação cada 03 meses.

Um dos maiores desafios contemporâneos do Assistente Social é desenvolver e construir propostas criativas de trabalho, capazes de preservar, garantir e efetivar direitos, em relação às demandas do cotidiano (IAMAMOTO, 2002)

No primeiro contato com o familiar é realizada entrevista apresentando a dinâmica do atendimento, esclarecimento de dúvidas, orientação, informações sobre os critérios de exclusão e fatores determinantes para a suspensão da entrega do produto baseados na liminar judicial, responsabilidades legais dos familiares em relação ao produto ofertado, cuidados com armazenamento e dispensação da fórmula nutricional industrializada.

Dessa maneira, o atendimento direto aos usuários acontece em diversos espaços de atuação profissional do Assistente Social na Saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organiza a partir de ações de média e alta complexidade.

Na perspectiva de criar canais de comunicação é apresentado e entregue no primeiro atendimento, cartão personalizado contendo informações do funcionamento do Ambulatório: endereço, telefone, horário e dias da semana para atendimento agendado, nome do responsável.

O documento técnico denominado Termo de Compromisso e Recibo contem informações e orientações, dados do processo judicial, identificação do paciente, do produto com numero de lote, data de fabricação e validade do produto, período com quantidade do produto para 30 (trinta) dias e deverá ser assinado por familiar responsável pelo usuário, mediante apresentação de documento original de identidade.

É importante, pensar a prática profissional do assistente social em sintonia com a afirmação de um projeto de profissão, que tem a democracia e justiça social como base e norte nas ações, com dimensões macro e no cotidiano da intervenção (FAVERO, 2009).

Com a finalidade de implementação de novas ações destinadas ao aprimoramento do atendimento na dispensação das fórmulas nutricionais industrializadas, foi instituída a programação previa dos retornos mensais e distribuição de horários, conforme a necessidade dos usuários e seus familiares, na garantia de acesso a informações e ao serviço de saúde. Desse modo, facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, de forma compromissada e criativa, compõe a atuação do Assistente Social.

De fato, o território local, com seu espaço de trabalho, precisa representar a ação profissional, enquanto desafio de articular as expressões da questão social, na relação direta com o usuário da saúde, associada à conjuntura social, política e econômica.

Vasconcelos (2002) indica que, é papel do Serviço Social na área da saúde, tematizar, publicizar e ampliar o direito à saúde, possibilitar a busca da mesma e atenção a ela pelo usuário do serviço público, mediadas pelo direito à oferta de serviços que a própria população desconhece, pelo direito ao saneamento, pelo

direito às condições de trabalho, às condições e estilos de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigação do Estado.

A estrutura física e o ambiente de trabalho, do Ambulatório de Nutrologia, dispõem de infraestrutura para o atendimento adequado, ao proporcionar o sigilo profissional na disposição de sala de espera, sala individualizada de atendimento, sala de dispensação de fórmulas e localização centralizada, na facilitação do acesso para a retirada mensal do produto.

A partir da primeira dispensação do produto, é incorporada rotineiramente a programação com agendamento mensal dos retornos subsequentes, com o registro em planilha eletrônica para a dispensação das fórmulas nutricionais industrializadas.

É fundamental que o assistente social inclua os reais interesses e necessidades dos usuários dos serviços de saúde, no centro da discussão, principalmente, por ser um profissional que tem o contato com as perspectivas do cotidiano dos usuários e por ser mediador entre estes e a instituição. Tem como dever ético e político defender que suas demandas sejam atendidas pelo sistema, que os serviços de saúde as considerem como prioritárias (VASCONCELOS, 2012).

Em outros termos, avançar na direção dos interesses e necessidades dos usuários, exige do assistente social, mediar à discussão do que está sendo vivenciado pela população, como por exemplo, a qualidade, os critérios e as exigências para o acesso às ações, serviços e rotinas de saúde, como que está assegurado formalmente.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo estudada compreendeu todos os usuários com dispensação de fórmulas nutricionais industrializadas, relacionadas a liminares judiciais, independente de sexo e idade. Foram analisados 212 prontuários de usuários em atendimento no período entre janeiro de 2011 a janeiro de 2014, ao corresponder à totalidade do universo pesquisado. A escolha dos últimos três anos possibilitou a representativa estatística ampliada, além da profundidade e volume de informações.

3.3.1 Critério de Inclusão

O critério de inclusão apontou para os usuários contemplados com liminares judiciais, na dispensação de fórmulas nutricionais industrializadas, sem restrição de sexo, idade ou indicação do produto, atendidos durante o período de janeiro de 2011 a janeiro de 2014.

3.3.2 Critério de exclusão

O critério de exclusão compreendeu os usuários não contemplados com liminares judiciais e atendidos fora do período estipulado para a pesquisa.

Os critérios de descontinuidade consideraram usuários que por algum motivo, não possuísem, em seus prontuários, os dados pontuados para a presente investigação científica.

3.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados corresponde ao ato de pesquisar, juntar documentos e procurar informações sobre um determinado tema ou conjunto de temas correlacionados e agrupá-las de forma a facilitar uma posterior análise.

As fontes escritas na maioria das vezes são muito ricas e ajudam o pesquisador a não perder tanto tempo na hora da busca de material em campo (GIL, 2002).

3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados pertinentes à pesquisa contou com um instrumental técnico previamente estruturado desenvolvido pela pesquisadora (APÊNDICE I), para o registro e medição dos dados coletados, de acordo com os critérios de inclusão preestabelecidos.

Os dados do instrumento são advindos das informações contempladas no prontuário, considerando variáveis, relacionadas à identificação dos usuários: idade,

sexo, bairro de origem, distritos de saúde de referência, unidade de saúde de referência e origem dos condutores das ações judiciais.

No aspecto clínico foram consideradas as variáveis: principal patologia prevalente, origem das prescrições, via de administração das fórmulas industrializadas e tipos de fórmulas prescritas.

O instrumento de coleta de dados foi avaliado e aprovado, por quatro profissionais com especialidade na área de nutrologia, em relação à clareza, pertinência e adequação das informações.

3.4.2 Procedimento de Coleta de Dados

Os prontuários dos usuários atendidos no Ambulatório de Nutrologia foram analisados no período entre março a abril de 2015, com a coleta de dados, mediante a aplicação do instrumento.

A coleta de dados ocorreu a partir do levantamento das informações registradas, pautando-se nos dados de identificação dos usuários, bem como da condição clínica, priorizando as variáveis já citadas no item instrumento de coleta.

Para a consulta dos prontuários, foi necessário, separá-los em ordem alfabética, nas dependências do Ambulatório de Nutrologia. A pesquisadora acessou 15 (quinze) prontuários por dia, coletando as informações necessárias, para o desenvolvimento do estudo, relacionado ao período de atendimento dos usuários, ou seja, janeiro de 2011 a janeiro de 2014.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Com a coleta de dados finalizada, ocorreu a tabulação e análise dos resultados em torno das variáveis: idade, gênero, bairro de origem, unidade de saúde de referência, distrital de saúde de referência, origem dos condutores das ações judiciais, origem das prescrições, principal patologia prevalente, vias de administração das fórmulas especiais, tipos de fórmulas prescritas.

O software Office Excel, versão 2013, licenciado pela Microsoft foi utilizado para a digitação e sistematização dos dados coletados em planilhas eletrônicas, que

passaram por análise individualizada através de procedimentos estatísticos com finalização dos resultados transcritos em tabelas.

3.6 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) está dispensado nesse estudo, uma vez que foram utilizados dados já registrados em prontuários, contudo, ressalta-se o compromisso da pesquisadora ao cumprir a Resolução 466/12, no aspecto da ética e legislação, preconizadas para estudos com Seres Humanos, onde está assegurada, inclusive, a privacidade dos sujeitos.

Assim, enfatiza-se que não houve situação de risco para os participantes do estudo.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão e aprovado sob o número 949.398 de 26 de Fevereiro de 2015 (ANEXO III).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa desenvolveu-se após a autorização do Secretário de Saúde do Município de Ribeirão Preto – SP (APÊNDICE III), do responsável pelo Núcleo de Gestão Assistencial - 59 (APÊNDICE IV), do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (APÊNDICE V), e da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO II), conforme solicitação ao Secretário e Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (APÊNDICE III), ao responsável pelo Núcleo de Gestão Assistencial- 59 (APÊNDICE IV) e a Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde (APÊNDICE III). Foram preservados os nomes dos usuários contidos nos prontuários, com a guarda dos formulários sob a responsabilidade da pesquisadora.

Os benefícios diretos desta pesquisa, para os usuários e para o serviço, com os resultados, poderão nortear planejamentos futuros, acerca dos atendimentos aos usuários, nessa condição, no Município de Ribeirão Preto.

3.8 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo com os mesmos propósitos ou com superioridade metodológica. Salienta-se que, não ocorreu nenhuma das possibilidades referenciadas, o que viabilizou a realização da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico, o plano de análise e interpretação dos dados, encontra-se constituído, no detalhamento das informações coletadas, com a apresentação de tabelas.

Os resultados advindos da coleta de dados, mediante instrumento, aplicado neste estudo, consideraram uma população de 212 usuários atendidos por liminares judiciais, no Ambulatório de Nutrologia, para dispensação de fórmulas nutricionais industrializadas, referente ao período de janeiro de 2011 a janeiro de 2014. O recorte descritivo da pesquisa visa oferecer o perfil desses usuários. As informações armazenadas, nos 212 prontuários dos usuários, atenderam a todos os critérios de inclusão, proporcionando a coleta de dados em 100% dos prontuários da população pesquisada.

A organização do Sistema Único de Saúde íntegra Redes de Atenção e linhas de cuidados desenvolvendo um conjunto de ações que abrangem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, voltados aos problemas de saúde de maior frequência e relevância nos distintos ciclos de vida: criança, adolescente, adulto e idoso.

O Sistema Único da Saúde instituiu o Pacto pela Saúde, em 2006, integrado a um conjunto de compromissos sanitários, entre os gestores, derivados das prioridades, que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, em torno dos seus distintos ciclos de vida: criança, adolescente, adulto e idoso.

Portanto, este estudo, considerou os critérios de agrupamento etário que caracteriza a existência humana como “ciclos de vidas”, fases sucessivas e universais do desenvolvimento humano, a saber: infância, adolescência, adulto e idoso. Assim, optou por agrupar crianças (0 a 12 anos de idade incompletos) e adolescentes (12 anos a 18 anos) de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme Lei no. 8.069 de 13 de Julho de 1990; idosos (60 anos ou mais de idade), previsto no Estatuto do Idoso, conforme Lei no.10741 de 01 de Outubro de 2003, e adulto com idade entre 19 e 59 anos de idade (BRASIL, 2012)

Nesse contexto, os dados coletados foram referenciados por ciclo de vida dos usuários, ou seja, criança (0 a 12 anos incompletos); adolescente (12 anos a 18 anos); adulto (19 anos a 59 anos) e idosos (a partir de 60 anos).

4.1 Características Demográficas

4.1.1 Sexo

A tabela 1 apresenta a configuração do perfil dos usuários, em relação à distribuição da população estudada, quanto ao sexo. Assim, podemos destacar que 114 usuários (53,77%) são mulheres e 98 usuários (46,23%) são homens; apontando a predominância do sexo feminino, indo ao encontro com a literatura pesquisada.

TABELA 1 - Distribuição dos usuários de ações judiciais, por sexo, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto - SP, 2015

Sexo	N	Percentual
Feminino	114	53,77%
Masculino	98	46,23%
Total geral	212	100,00%

Fonte: Autora

Estudos de Andrade et al. (2010), Gabriel et al.(2012) identificaram 54% do sexo feminino, e 46% do sexo masculino, o que demonstra semelhanças com o presente estudo.

Pesquisa desenvolvida por Marçal (2012) apontou 60,8% do sexo feminino e 35% referente à categoria de usuários acima de 60 anos de idade.

4.1.2 – Faixa etária – ciclos de vida

Quanto à representatividade dos usuários nas faixas etárias estabelecidas, transcrita na tabela 2, foram encontrados 123 (58,02%) idosos, 37 (17,45%) adultos, 34 (16,04%) crianças e 18 (8,49%) adolescentes, demonstrando o predomínio da população idosa.

TABELA 2- Distribuição dos usuários de ações judiciais, por faixa etária (ciclo de vida) em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto - SP, 2015

Faixa Etária - Ciclo de vida	N	Percentual
Adolescente	18	8,49%
Adulto	37	17,45%
Criança	34	16,04%
Idoso	123	58,02%
Total geral	212	100,00%

Fonte: Autora

A análise do ciclo de vida da população estudada permitiu verificar que os dados observados, corroboraram estudos anteriores que apontaram para usuários idosos.

O predomínio de idosos (63,5%) foi observado em estudo desenvolvido por Vieira e Zucchi (2007). Pesquisa elaborada por Machado et al. (2011) revelou que em relação à idade dos usuários, 58,7% pertencia à categoria acima de 60 anos.

TABELA 3 - Distribuição dos usuários de ações judiciais, por sexo e faixa etária (ciclo de vida) , em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto - SP, 2015

Sexo	Faixa Etária	N	Percentual
FEMININO	Adolescente	9	7,90
	Adulto	14	12,28
	Criança	16	14,03
	Idoso	75	65,79
FEMININO Total		114	100,00%
MASCULINO	Adolescente	9	9,18
	Adulto	23	23,47
	Criança	18	18,37
	Idoso	48	48,98
MASCULINO Total		98	100,00%
Total Geral		212	

Fonte: Autora

Em relação ao cruzamento de dados, tabela 3, constituído de faixa etária dos idosos e sexo, o estudo apontou 75 mulheres idosas representando 65,79% e 48 homens idosos representando 48,98%, reafirmando a prevalência de gênero feminino.

Estudo desenvolvido por Marçal (2012), em Recife/Pernambuco, relacionado a perfil dos usuários de processos judiciais, apresentou 60,8% do sexo feminino e 35% referente à categoria de usuários acima de 60 anos de idade.

4.1.3 – Área Geográfica – bairro de origem

Em relação à área geografia de residência dos usuários, apresentados na tabela 4, os dados coletados apontam para predominância de 29 usuários do Bairro Ipiranga representando 13,68% da totalidade dos processos judiciais, seguido de 13 usuários do Bairro Campos Elíseos correspondente a 6,13%, 10 usuários Jardim Paulista significando 4,72%, 07 usuários residentes do Parque Ribeirão representando 3,3%, Vila Tibério e Vila Virgínia com 06 pacientes cada – representando 2,83% do total. Estes seis bairros, compõem 71 usuários do universo da pesquisa de 212 usuários, representando 33,50%.

TABELA 4 - Distribuição dos usuários de ações judiciais, por bairro de origem, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto - SP, 2015

Bairro de Origem	N	Percentual
Campos Elíseos	13	6,13
Ipiranga	29	13,68
Jardim Paulista	10	4,72
Parque Ribeirão Preto	7	3,31
Vila Tibério	6	2,83
Vila Virgínia	6	2,83
Outros	141	66,5
Total geral	212	100,00%

Fonte: Autora

Um dado a se ressaltar o denominado outros, que congrega a incidência de 71 bairros agrupados com 141 usuários representando 66,50%. A distribuição espacial dos pacientes indica o atendimento dos processos judiciais com representatividade em 77 bairros da cidade e representa, aproximadamente, 02 usuários por bairro.

A distribuição geográfica da população atendida por processos judiciais se apresenta de maneira heterogênea em relação aos diferentes bairros de Ribeirão Preto.

4.1.4 – Região de Saúde – distrito

Os dados coletados, em composição na tabela 5, indicam que em relação aos distritos de saúde, 29,25% dos usuários pertencem ao Distrito Leste, 28,77% ao Distrito Oeste, 17,92% Distrito Central, 13,68% do Distrito Sul, finalmente 10,38% do Distrito Norte. A análise dos dados apresentados indica concentração dos usuários dos processos judiciais na Região Leste (29,25%) e Região Oeste (28,77%), totalizando 58,02%.

TABELA 5 - Distribuição dos usuários de ações judiciais, por distrito de saúde, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto - SP, 2015

Distrito de Saúde	N	Percentual
Central	38	17,92
Leste	62	29,25
Norte	22	10,38
Oeste	61	28,77
Sul	29	13,68
Total geral	212	100,00%

Fonte: Autora

Nesse sentido, conforme tabela 6, dados estimados para a População do município de Ribeirão Preto, do Censo IBGE, em 2010, a distribuição por Distrito de Saúde, baseado no setor censitário do IBGE, indicam a prevalência da Região Leste com uma população de 159.802 habitantes, seguida Região Oeste com 151.218 habitantes.

TABELA 6 - Distribuição da população estimada por Distritos de Saúde - Ribeirão Preto/São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Distrito de Saúde	População Estimada
Central	97.975
Sul	85.060
Norte	110.627
Oeste	151.218
Leste	159.802
Total	604.682

Fonte: Dados População do Censo IBGE, distribuição por Distrito de Saúde, baseado no setor censitário do IBGE, pela Divisão de Planejamento de Saúde, 2010.

4.1.5 – Unidade Básica de Saúde – referência

Os dados coletados, em destaque na tabela 07, relacionados à Unidade Básica de Saúde e usuários, indicam que a referência da UBS Castelo Branco para 24 usuários (11,32%), CSE Sumarezinho para 22 usuários (10,38%), UBDS Vila Virginia 19 (8,96%), UBS Campos Elíseos 18 (8,49%), UBS Santa Cruz 17 (8,02%), Parque Ribeirão Preto 3,77%, totalizando 108 usuários (50,94%).

A categoria outros apresenta 104 usuários (49,06%), havendo a incidência de 03 usuários por unidade básica de saúde, oriundos de 35 unidades de saúde.

A pulverização das ações judiciais indica unidades específicas de saúde que concentram a população atendida nos processos judiciais, tais como a UBS Castelo Branco, a CSE Sumarezinho, a UBDS Vila Virginia, a UBS Campos Elíseos, a UBS Santa Cruz e a UBS Parque Ribeirão Preto.

TABELA 7- Distribuição dos usuários de ações judiciais, por unidade básica de saúde, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto - SP, 2015

Unidade de Saúde	N	Percentual
CSE Sumarezinho	22	10,38
UBDS Vila Virginia	19	8,96
UBS Campos Elíseos	18	8,49
UBS Castelo Branco	24	11,32
UBS Parque Ribeirão Preto	8	3,77
UBS Santa Cruz	17	8,02
Outros	104	49,06
Total geral	212	100,00%

Fonte: Autora

4.1.6 Origem dos condutores das ações

A apuração de dados em relação à origem dos condutores das ações judiciais, tabela 8, merece destaque o predomínio de 83,49% do Ministério Público Estadual, 11,79% de Advogados Particulares e 4,72% da Defensoria Pública Estadual.

TABELA 8- Distribuição dos usuários de ações judiciais, por condutores das ações, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto - SP, 2015

Origem Condutores das Ações	N	Percentual
Advogado Particular	25	11,79%
Defensoria Pública	10	4,72%
Ministério Público	177	83,49%
Total geral	212	100,00%

Fonte: Autora

Estudos desenvolvidos por Barreto et al. (2013), foi constatado que em 57% das ações judiciais, o Ministério Público representou o condutor no início da petição judicial.

Desde 2002, encontra-se presente a atuação do Ministério Público Estadual em Ribeirão Preto, ao promover ação civil pública, como representante da sociedade, na defesa dos interesses individuais e sociais relacionados à proteção do direito à saúde.

Neste sentido, a participação majoritária do Ministério Público Estadual, em relação à fase inicial de inquérito civil, para solicitação de fórmulas nutricionais especiais, possibilitou a abertura de canais de comunicação, tendo em vista que o procedimento padrão é o envio da documentação para análise da Comissão de Análises Especiais.

4.2 Características Epidemiológicas

4.2.1 Doenças – CID 10 – Categorias

Os principais diagnósticos dos usuários foram selecionados e agrupados segundo capítulos da décima revisão da classificação Internacional de Doenças - CID-10, classificados em categorias: doenças do sistema neurológico; neoplasias; doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais; doenças do aparelho digestivo; doenças do aparelho urinário; doenças do aparelho respiratório.

Ao analisar a distribuição das doenças de base, tabela 9, o estudo verificou a preponderância largamente majoritária das doenças do sistema neurológico de 159 usuários (75,00%), seguidas das neoplasias 15 usuários (7,08%), das doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais 14 usuários (6,60%), doenças do aparelho digestivo 06 usuários (2,83%). As doenças do sistema neurológico foram representadas, por Acidente Vascular Cerebral, Doença de Alzheimer, Paralisia Cerebral e Doença de Parkinson.

TABELA 9 - Distribuição dos usuários de ações judiciais, por categoria de doenças, conforme CID 10, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto - SP, 2015

Categorias de doenças	N	Percentual
Doenças do Sistema Neurológico	159	75,00%
Neoplasias	15	7,08%
Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais	14	6,60%
Doenças do Aparelho Digestivo	6	2,83%
Doenças do Aparelho Respiratório	4	1,89%
Doenças do Aparelho Urinário	5	2,36%
Outras	9	4,24%
Total geral	212	100,00%

Fonte: Autora

Estudos de Silva e Silveira (2014) indicaram a prevalência de 63,% das doenças do sistema neurológico entre os usuários pesquisados em consonância com a presente pesquisa. Pesquisa desenvolvida por Pereira et al.(2014), relacionado ao perfil das demandas judiciais encaminhadas ao Ministério da Saúde, possibilitou identificar 39,3% dos usuários com doenças do sistema neurológico.

4.2.2 Origem das prescrições

A pesquisa detectou que no tocante a origem das prescrições das fórmulas nutricionais industrializadas, com base na tabela 10, observou-se que, 54,24% originaram do setor privado, entre convênios, consultórios particulares e entidades filantrópicas e 45,76% do serviço público – hospitais, ambulatórios de especialidades, unidades de saúde e serviços conveniados do SUS.

TABELA 10 - Distribuição dos usuários de ações judiciais, por origem das prescrições, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto - SP, 2015

Origem das Prescrições	N	Percentual
Privado	115	54,24%
Público	97	45,76%
Total geral	212	100,00%

Fonte: Autora

Resultados semelhantes foram verificados no estudo de Barcelos (2010), realizado no Espírito Santo, que prevaleceram as prescrições originadas em serviços privados (64,2%), assim como no estudo de Machado e colaboradores (2011), em Minas Gerais (70,5%) e estudos de Pereira et al. (2010), prevaleceram prescrições originadas em serviços privados (55,8%)

4.2.3 Vias de administração

Os dados apurados, tabela 10, indicam que as vias de administração das fórmulas nutricionais industrializadas, o predomínio via Sonda Nasoentérica (42,45%), Gastrostomia (32,55%), seguido de Via Oral (20,76%), Sonda Nasogástrica (3,77%) e finalmente Jejunostomia (0,47%).

TABELA 11 - Distribuição dos usuários de ações judiciais, por via de administração, em atendimento na dispensação de fórmulas nutricionais, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto - SP, 2015

Via de Administração	N	Percentual
Gastrostomia	69	32,55%
Jejunostomia	1	0,47%
Sonda Nasoentérica	90	42,45%
Sonda Nasogástrica	8	3,77%
Via Oral	44	20,76%
Total geral	212	100,00%

Fonte: Autora

Estudos de Martins et al.(2012), apresentaram a sonda nasoentérica em 59,5% dos usuários como via de acesso para nutrição.

Silva e Silveira (2014) apuraram que a via de acesso prevalente em nutrição enteral, constituiu-se da sonda nasoentérica, utilizada por 63% dos indivíduos.

4.2.4 Fórmulas nutricionais industrializadas – tipos

Para elencar os tipos de fórmulas nutricionais especiais, foi referenciado o documento (ANEXO IV) elaborado por Equipe Técnica da Comissão de Análise de Solicitações Especiais, com representantes do Hospital das Clínicas, Secretaria Municipal da Saúde e Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DRS

XIII, que se constitui no elemento norteador para o descritivo das formulas nutricionais especiais nas decisões judiciais.

A Tabela 11 descreve os dados apurados em relação às fórmulas nutricionais industrializadas prescritas, com 72 usuários (33,96%) que se utilizam da dieta padrão; 63 usuários (29,72%) com dieta padrão com fibras; 25 usuários (11,80%) com dieta completa para crianças a partir de 01 ano; 14 usuários (6,60%) com dieta enteral líquida 1.5; 09 usuários (4,25%) com fórmula infantil 2º semestre; 08 usuários (3,77%) com suplemento alimentar.

TABELA 12 - Distribuição dos usuários de ações judiciais, por tipos de fórmulas nutricionais industrializadas, em atendimento na dispensação, no período de 2011-2014, Ribeirão Preto - SP, 2015

Tipos de Fórmulas Nutricionais Industrializadas	N	Percentual
Dieta Padrão	72	33,96%
Dieta Padrão com Fibras	63	29,72%
Dieta para crianças à partir de 01 ano de idade	25	11,80%
Dieta enteral líquida 1.5	14	6,60%
Fórmula infantil 2o Semestre	9	4,25%
Suplemento Alimentar	8	3,77%
Outras	21	9,90%
Total geral	212	100,00%

Fonte: Autora

Estudo desenvolvido por Pereira et al. (2010), destaca a dieta padrão, sendo predominante a prescrita para 41,1% dos usuários.

A pesquisa proporcionou a análise do perfil demográfico e epidemiológico dos usuários atendidos para dispensação de fórmulas nutricionais especiais durante o período de janeiro de 2011 a janeiro de 2014.

Os dados do universo deste estudo indicam que em relação a gênero e ciclo de vida: 53,77 % são mulheres, 58,02% são idosos. As mulheres compõem 65,79% relacionadas aos idosos pesquisados.

Em relação, a procedência dos usuários, os bairros de origem prevalentes são Ipiranga (13,68%), Campos Elíseos (6,13%) e Jardim Paulista (4,72%). Destacando a categoria outros com 141 bairros representando 66,50% de 212 usuários pesquisados.

Os distritos de saúde, relacionados a regiões da cidade, apresentam as Regiões Leste (29,25%), Oeste (28,77%) e Central (17,92%), representativas na pesquisa, e a correlação com os bairros de origem, podemos destacar que o Jardim Paulista (4,72%) pertence ao Distrito Leste, o Bairro Ipiranga (13,68%) pertence ao Distrito Oeste, o bairro Campos Elíseos (6,13%) ao Distrito Central.

As unidades básicas de saúde apontam para UBS Castelo Branco (11,32%), CSE Sumarezinho (10,38%), UBDS Vila Virginia (8,96%), UBS Campos Elíseos (8,49%) e UBS Santa Cruz (8,02%)

A origem dos condutores das ações assinala 83,49% advindas do Ministério Público, 11,79% conduzidos por Escritórios de Advocacia Particulares e 4,72% da Defensoria Pública.

Em relação aos diagnósticos primários encontrados, mediante condições patológicas mais frequentes, distribuídos por categorias de doenças, conforme o Código Internacional de Doenças – CID10 foram predominantes 75,00% para as Doenças do Sistema Neurológico, 7,08% para Neoplasias e 6,60% para Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais, representando doenças crônicas que demandam tratamento por longo tempo ou mesmo por prazo indeterminado.

A origem das prescrições apresenta 54,24% para os Serviços Privados de Saúde: Convênios Médicos, Consultórios Particulares e Organizações Não Governamentais e 45,76% originárias do Sistema Público de Saúde: Hospitais, Unidades de Saúde, Ambulatórios de Especialidades e Serviços Conveniados do SUS.

As vias de administração utilizadas, nas fórmulas nutricionais industrializadas apontam para 42,45% para Sonda Nasoentérica, 32,55% para Gastrostomia, 20,76% para Via Oral.

Os principais tipos de dietas prescritas contemplam 33,96 % para dieta padrão, 29,72% para dieta padrão com fibras, 11,80% indicando dieta para crianças a partir de-um ano de idade.

CONCLUSÕES

O processo de envelhecimento da população e suas implicações nas características da demanda dos serviços de saúde apresenta a necessidade de desenvolvimento de novos programas, modificações da infraestrutura e equipamentos dos serviços de saúde.

A demanda por fórmulas nutricionais industrializadas, em específico, e o padrão epidemiológico, de maneira geral, estão diretamente relacionados com a estrutura etária da população.

Com a mudança do perfil demográfico, estima-se que, no Brasil, em 2020, 15% da população estará acima de 60 anos, sendo indicativo, de mudanças significativas na estrutura etária da população brasileira.

O uso e a importância dos dados demográficos e epidemiológicos são primordiais para a resolução de problemas e para o aumento do conhecimento em saúde. Também, as ferramentas epidemiológicas nos auxiliam para planejar ações, programar serviços e avaliar os resultados, ou seja, auxiliam a gestão da assistência em saúde.

A epidemiologia pode ajudar a responder novos desafios por meio da avaliação dos fatores condicionantes do processo saúde-doença, mediante a identificação de fatores de risco e de grupos da população mais vulneráveis (grupos de risco) a determinados agravos à saúde. Essa contribuição da epidemiologia, torna possível o desenvolvimento de programas de saúde mais eficientes, permitindo maior impacto das ações implementadas e voltadas à assistência integral à saúde.

A pesquisa demonstrou a predominância de doenças do Sistema Neurológico, usuários do sexo feminino e ciclo de vida representativo da população idosa.

Nesse contexto, o estudo epidemiológico com a consolidação de dados estatísticos, relacionados às doenças de base, gênero, ciclo de vida e necessidade de uso de fórmulas nutricionais industrializadas, apontou demandas individuais e coletivas, diferenciadas e significativas. Logo, a análise sistemática desses indicadores constitui um instrumento fundamental para o planejamento de políticas públicas de saúde.

A crescente participação do Serviço Social em pesquisas na área da saúde, em particular, nesse estudo, realizado na prática e na contemporaneidade do cotidiano profissional, torna-se fundamental, para que haja uma reflexão contínua, como forma de produzir conhecimento, tão importante, quanto à pesquisa acadêmica.

O fortalecimento do trabalho do Assistente Social na saúde pressupõe um conhecimento amplo sobre políticas públicas, em particular a do Sistema Único de Saúde, e como elas são garantidas à população. Desta forma, é exigido do profissional um conjunto de saberes que envolvem as instâncias da saúde: de prevenção a tratamento, rede de atenção, estruturação do atendimento e, teoricamente, a trajetória de conquistas sociais brasileiras, entre elas a Reforma Sanitária e a Constituição de 1988.

O exercício profissional do Assistente Social tem uma direção política, ética e teórica, com vistas à totalidade social, que influencia a realidade cotidiana dos usuários, em defesa da universalidade de acessos a bens e serviços, dos direitos sociais e das políticas públicas.

A assistente social ao integrar a equipe multidisciplinar no Ambulatório de Nutrologia desenvolve o diálogo e articulação com profissionais de diversas áreas da saúde, na apropriação de espaço institucional, de maneira, a concretizar suas competências específicas mediante novas estratégias de ação.

Este, portanto, é o desafio e o convite ao Serviço Social, de contribuir com sua inserção crítica e propositiva, bem como, com mais pesquisas e projetos voltados ao conhecimento das ações judiciais em saúde, em particular, aquelas relacionadas ao fornecimento de formulas nutricionais industrializadas.

A importância do tema, com característica de transversalidade, apresentado neste estudo, visa pressupor o tratamento e discussão integrada nas áreas da Saúde, Serviço Social e Judicialização.

O princípio da transversalidade vem justamente propor o desafio do diálogo entre as fronteiras do saber e poder, de uma permanente e cooperativa reinvenção das linhas dessas fronteiras, em que se criem novos modos de se produzir saúde e ampliação na produção de conhecimento.

O fortalecimento de uma profissão como o Serviço Social é fundamental, tanto para o reconhecimento de sua importante contribuição junto às demais áreas

com as quais dialoga, como, no seu compromisso social permanente na defesa e garantia dos direitos sociais aos usuários dos serviços, nos diversos espaços sócio-ocupacionais inseridos na atuação profissional.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, E. G. et al. A judicialização da saúde em Minas Gerais: perfil das ações judiciais de 1999 a 2009. **Brazilian political science review**, v. 4, p. 24-68, 2010.
- ANDRADE, E. B.; OLIVEIRA, N. A. Demandas judiciais de medicamentos no SUS do Tocantins: contexto e perspectivas. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 381-394, 2013.
- ANDREWS, G. A. Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro. In: ENCUESTRO LATINOAMERICANO Y CARIBE—O SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD, 1999, Santiago. **Anais...** Santiago: CELADE, (Seminários y Conferencias - CEPAL, n.2), p. 247- 256, 2000.
- BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009.
- BARCELOS, P. C.. **Perfil de demandas judiciais de medicamentos da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo**: um estudo exploratório. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- BARRETO, J.S. et al. Perfil das demandas judiciais por medicamentos em municípios do estado da Bahia. **Rev Baiana de Saúde Pública**. Bahia, v.37, n.3, p.536-552. jul./set. 2013
- BORGES, D. C .L; UGA, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 1, 2010.
- BOSCHETTI, I. Seguridade Social pública ainda é possível! **Rev Inscrita**, Brasília, n. 10, CFESS, 2007.
- BOSCHETTI, I. **O serviço social e a luta por trabalho, direitos e democracia no mundo globalizado**, Brasília: CFESS, 2008.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília /DF: Senado 1988.
- _____. **Emenda Constitucional n. 29**, de 13 de setembro de 2000, que altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2000.
- _____. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação n. 3**, de 30 de Março de 2010. Recomenda aos tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os

magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Brasília. 2010

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Enunciados aprovados na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça**, em 15 de Maio de 2014. São Paulo, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990

_____. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8.142**, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8.698**, de 27 de Julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC no. 63**, de 05 de Julho de 2000, aprova regulamentos mínimos exigidos para terapia de nutrição enteral. Brasília. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria SAS/MS nº 44**, de 22 de Janeiro de 2007, institui Grupo de Trabalho com a finalidade de proceder a estudos técnicos, visando estabelecer as orientações relativas à disponibilização de fórmulas alimentares no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 3237**, de 24 de Dezembro de 2007, aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 2982**, de 26 de Novembro de 2009, aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 141**, de 27 de Janeiro de 2012, que autoriza o repasse dos valores de recursos federais, relativos ao incentivo para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica, da Influenza, destinados à composição do Piso Variável, de Vigilância e Promoção da Saúde dos Estados da PB, PI e SP. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção a Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Nota Técnica nº 84 /2010**. Brasília. 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia-SBGG. In: **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos**. Brasília, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção a Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Relatório de Gestão 2007- 2010**. Brasília. 2011b.

CAMARANO, A. A. "Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?". **Estudos Avançados**, São Paulo, vol. 17, n. 49, p. 35-64, 2003.

CAMARGOS, M. C. S.et.al. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Brasil, v.17, p. 5-6, 2005.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n.8, p. 1839-1849, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do assistente social**. Brasília: CFESS, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Regulamentação da profissão de Assistente Social**, lei nº 8662 de Junho de 1993. Brasília: CFESS, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução CFESS n. 383/1999. **Caracteriza o assistente social como profissional da saúde**. BRASÍLIA: CFESS.1999.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS. 2010.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.

DELDUQUE, M. C. et. al. A saúde precisa de juízes epidemiologistas! **Saúde em Debate**, São José do Rio Preto, São Paulo, v. 33, n. 81, p.80-87, 2009.

DINIZ, D. et. al. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 591-598, 2014.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M.. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2012, vol. 21, n.4, p. 529-532, 2012.

FIGUEIREDO, T. A. et.al. Um enfoque sanitário sobre a demanda judicial de medicamentos; a sanitary focus on medicines lawsuit. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 101-118, 2010.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC NACIONAL. **Idosos no Brasil. Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade**. Brasil, Maio de 2007.

GABRIEL, R. A. et al. Formatação dos processos judiciais que demandam medicamentos no Município de João Pessoa - PB, 2009-2012. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 451-459, 2013.

GANDINI, J. D. et al. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências. **BDJur**, Brasília. 2010.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRESELE, A. D. P. et al. Levantamento e análise de dados de pacientes atendidos em um programa de concessão de aparelhos de amplificação sonora individual. **CoDAS**, São Paulo, v.25, n.3, p. 195-201, 2013.

GUARESCHI, N. et. al. Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência. In: Violência, gênero e políticas públicas. **Coleção Gênero e Contemporaneidade**, Porto Alegre: Edipucrs, v. 02, p. 177-194, 2004.

IBGE. **Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IAMAMOTO, M. V. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. **Atribuições Privativas do (a) Assistente Social em questão**. Brasília: CFESS, 2002.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

LAKATOS, E. V.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEANDRO, V. A. Suporte nutricional: princípios básicos da nutrição enteral. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, Campinas, v. 3, n.1, p. 80-96, 1990.

MACHADO, M. A. et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-598, 2011.

MACHADO, M. A. A. **Acesso a medicamentos via poder judiciário no Estado de Minas Gerais**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MARÇAL, K. K. S. **A judicialização da assistência farmacêutica: o caso Pernambuco em 2009 a 2010**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

MARTINS, A. F. et al. Sobrevida e complicações em idosos com doenças neurológicas em nutrição enteral. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 6, p. 691- 697, 2012.

MASTROENI, M. F. et al. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. **Rev. Bras. Epidemiol. Brasil**, vol.10, n.2, p. 190-201, 2007.

MEDEIROS, M. et al. Tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. **Ciênc. Saúde Colet.**, Brasil, v. 18, n.4, p.1079-1088, 2013.

MENDES, Á. **Tempos turbulentos da saúde pública brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado**. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MIOTO, R, C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L; TEIXEIRA, M. (Org.). **Revista Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos / Social work and Health – intellectual and operative challenges. **Revista Ser Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

MUNCK, A. K. R. **Perspectiva médico-sanitária das demandas judiciais de medicamentos em um município polo de Minas Gerais**. 2014.131f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Faculdade Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2014.

NETTO, J. P. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 79, p. 133-147, 2004.

_____. A construção do projeto ético-político do serviço social. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L; TEIXEIRA, M. (Org.). **Revista Serviço Social & Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro, p. 455- 466,1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Actas oficiales dela OMS**, n.3, p.100, 1946.

PEPE, V.L.E. et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n.3, p. 461-471, 2010.

PEREIRA, J. R. et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p 3551-3560, 2010.

PEREIRA, T. N. et al. Perfil das demandas judiciais para fornecimento de fórmulas nutricionais encaminhadas ao Ministério da Saúde do Brasil. **Rev Demetra**, São Paulo, v.9, n.1, p. 199-2014, 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Núcleo Geral de Especialidades. **Relatório de Gestão 2008-2010**. Ribeirão Preto. 2011.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Núcleo Geral de Especialidades. Ambulatório de Nutrologia. **Relatório de Ações 2007-2011**. Ribeirão Preto. 2012.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**, Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde. Ribeirão Preto. 2015.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Núcleo Geral de Especialidades. Ambulatório de Nutrologia. **Relatório de Ações 2012-2014**. Ribeirão Preto. 2014.

SANT'ANA, J. M. B. **Essencialidade e Assistência Farmacêutica**: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no estado Rio de Janeiro, 2009. 94 f. Dissertação (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

SANT'ANA, J.M.B. et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil; Essential drugs and pharmaceutical care: reflection on the access to drugs through lawsuits in Brazil. **Rev Panam Salud Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 138-144, 2011.

SANTOS, A. R. S. **Metodologia Científica**: a construção do conhecimento. 3.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

SANTOS, L. e ANDRADE, L. O. M. **SUS**: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. 2^o ed. Campinas: Saberes, 2009.

São Paulo. Secretaria Estadual da Saúde. **Resolução SS-336, de 27 de novembro de 2007**, aprova Protocolo Clínico para Normatização da Dispensação de Fórmulas Infantis Especiais a pacientes com Alergia à proteína do leite de vaca, atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, do Estado de São Paulo. São Paulo, 2007.

SCHIEFERDECKER, M. E. M. et al. Criação de protocolo eletrônico para terapia nutricional enteral domiciliar. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, Curitiba, v.26, n.3, p. 195-199, 2013.

SICCHIERI, J. F. et. al; Evolução antropométrica e sintomas gastrointestinais em pacientes que receberam suplementos nutricionais ou nutrição enteral. **Rev Assoc Med Bras.**, São Paulo, v.55, n.2, p. 149-152, 2009.

SILVA, A.C.; SILVEIRA, S.A. Perfil epidemiológico e nutricional de usuários de nutrição enteral domiciliar. **Rev Demetra**, São Paulo, v.9, n.3, p. 783-794, 2014.

SILVEIRA, J. I. Gestão do trabalho: concepção e significado para o SUAS. In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Gestão do Trabalho no âmbito do SUAS**: contribuição necessária para ressignificar as ofertas e consolidar o direito socioassistencial. Brasília, 2013.

SIQUEIRA, R. L. et al. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciênc. Saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n.4, p. 899-9002, 2002.

SOUZA, A. M. C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v.17, n.2, p. 227-234, jul./dez.2014,

TRAVASSOS, D. V. et al. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. **Ciênc. Saúde coletiva**, São Paulo, v. 18, n.11, p. 3419-3429, 2013.

VALLE, G. H. M.; CAMARGO, J. M. P. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 3, p.13-31, 2011.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, A. M. N. V.; GOMES, M. M. F. G. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.2, n.4, p.539-548, 2012.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.77-100, 2010.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. (Org.). **Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 91-103, 2002.

VIDOTTI, C. C. F. et al. New drugs in Brazil: do they meet Brazilian public health needs? **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 1, p.36-45, 2008.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Brasil, v. 41, n.2, p. 214-222, 2007.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Demandas judiciais e assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, Brasil, v.55, n.6, p. 672-683, 2009.

WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na Prática Clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

APÊNDICE I**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

IDENTIFICAÇÃO: _____

GÊNERO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

BAIRRO DE ORIGEM:

DISTRITO DE SAÚDE – REFERÊNCIA:

UNIDADE BÁSICA SAÚDE DE REFERÊNCIA:

ORIGEM DAS PRESCRIÇÕES:

 PÚBLICO

QUAL : _____

 PRIVADO

QUAL: _____

ORIGEM DOS CONDUTORES DAS AÇÕES JUDICIAS:

 MINISTÉRIO PÚBLICO DEFENSORIA PÚBLICA ADVOGADOS PARTICULARES

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

CID 10: _____

VIA DE ADMINISTRAÇÃO:

 VIA ORAL SONDA NASOENTÉRICA SONDA NASOGÁSTRICA GASTROSTOMIA JEJUNOSTOMIA

DESCRIPTIVO DA FÓRMULA PRESCRITA:

APÊNDICE II

DECLARAÇÃO DA PESQUISADORA

Eu, Ivanice Gelli Perin, na condição de pesquisadora responsável por este projeto, sendo orientada pela Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa, DECLARO que:

- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações;
- As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizadas apenas para atingir o objetivo previsto na pesquisa;
- Os dados serão coletados no ambiente do Ambulatório e me responsabilizo pelo arquivo do mesmo após uso;
- Os resultados da pesquisa serão tomados públicos;
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Comunicarei ao CEP da suspensão ou do encerramento da pesquisa;
- Cumprirei os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- O CEP será comunicado em caso de efeitos adversos da pesquisa;
- A pesquisa não foi realizada.



Ivanice Gelli Perin
Responsável pelo estudo

APÊNDICE III

SOLICITAÇÃO AO SECRETÁRIO DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO

Ilmo. Sr.

Stênio Correia Miranda

Secretário da Saúde de Ribeirão Preto

Aproveitamos a oportunidade para cumprimentá-lo cordialmente e solicitar a autorização de V. S^a., enquanto representante da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, para realização da pesquisa intitulada "Ações Judiciais em Saúde: Perfil dos Usuários atendidos em um Ambulatório de Nutrologia", que será realizada no Ambulatório de Nutrologia do Núcleo de Gestão Assistencial – NGA 59, na Rua Minas, 895, sob a gerência do Dr. Carlos Eduardo de Oliveira.

Esta referida pesquisa será realizada pela Assistente Social Ivanice Gelli Perin, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Saúde e Educação pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, sob orientação da Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa.

O levantamento dos dados será através dos prontuários dos usuários atendidos através de liminares judiciais no Ambulatório de Nutrologia do NGA-59 sem identificação dos usuários e sem nenhuma solicitação de entrevista com os mesmos e, portanto, sem nenhuma exposição dos pacientes ou custos para a Secretaria, NGA-59 ou Ambulatório de Nutrologia.

O levantamento terá como objetivo "identificar o perfil dos pacientes atendidos em decorrência de ações judiciais, no Ambulatório de Nutrologia do Núcleo de Gestão Assistencial da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP." no período de Janeiro de 2011 a Janeiro de 2014.

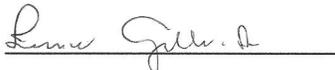
Agradecemos antecipadamente sua atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos que julgar necessário, seguindo anexo o projeto da pesquisa.

Cordialmente,



Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa - orientadora

Universidade de Ribeirão Preto



Ivanice Gelli Perin
Pesquisadora

Ribeirão Preto, 02 de Setembro de 2014.

APÊNDICE IV

SOLICITAÇÃO AO GERENTE DO NÚCLEO DE GESTÃO ASSISTENCIAL

Ilmo Sr.

Carlos Eduardo de Oliveira

Gerente do Núcleo de Gestão Assistencial (NGA – 59)

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realização da pesquisa intitulada "Ações Judiciais em Saúde: Perfil dos Usuários atendidos em um Ambulatório de Nutrologia" que será realizada no Ambulatório de Nutrologia no Núcleo de Gestão Assistencial (NGA – 59).

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa e documental que tem como objetivo geral identificar o perfil dos pacientes atendidos em decorrência de ações judiciais, no Ambulatório de Nutrologia do Núcleo de Gestão Assistencial da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP no período de Janeiro de 2011 a Janeiro de 2014. O levantamento dos dados será através de prontuários, não terá contato com pacientes, portanto não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, a qualquer indivíduo.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste município, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,



Prof. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa

Orientadora do projeto



Ivanice Gelli Perin - Pesquisadora

Ribeirão Preto, 02 de Setembro de 2014.

APÊNDICE V

CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CÔMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO/SP

Ilma Sra.

Profa. Dra. Luciana Rezende Alves Oliveira

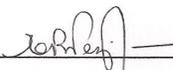
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP

Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão Preto

Venho pela presente encaminhar o Projeto intitulado: "Ações Judiciais em Saúde: Perfil dos Usuários atendidos em um Ambulatório de Nutrologia", a ser desenvolvido pela mestranda – Ivanice Gelli Perin do Curso de Mestrado em Saúde e Educação, tendo como orientadora a Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa, para a apreciação deste comitê.

As atividades serão desenvolvidas no município de Ribeirão Preto/SP, no Núcleo de Gestão Assistencial de Ribeirão Preto – NGA-59.

Atenciosamente,



Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa - Pesquisadora Responsável

Ribeirão Preto, 02 de Setembro de 2014.

ANEXO I

AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO/SP



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



Of. nº 3881/14
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 11 de setembro de 2014.

Prezada Orientadora,
Profª. Drª. Elisabeth Regina Negri Barbosa
Prezada Pesquisadora
Ivanice Gelli Perin

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro**, a Enfermeira do Núcleo de Educação Permanente – **Jane Aparecida Cristina**, o Gerente do Núcleo de Gestão Assistencial - **Carlos Eduardo de Oliveira**, bem como esta **Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa**; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa **“AÇÕES JUDICIAIS EM SAÚDE: PERFIL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE NUTROLOGIA”**, nas dependências desta Secretaria da Saúde. Conforme os despachos no processo Administrativo 02 2014 039707 4.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidades de Saúde, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista às rotinas destes estabelecimentos de saúde, e que ao término do estudo seja disponibilizada uma cópia a área Programática.

Informo que a pesquisa está autorizada, porém a coleta dos dados acontecerá quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Cordialmente,

Fernanda Cristina Padial
CRB-8/8168

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Ilmo
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto
Avenida Constabile Romano, 2201
Ribeirão Preto RP/SP

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PARA A PESQUISA

Eu, Carlos Eduardo de Oliveira, CPF 446.829.306.30, abaixo assinado, na função de Gerente do Núcleo de Gestão Assistencial – NGA -59, declaro estar de acordo com a realização do projeto de pesquisa: Ações Judiciais em Saúde: Perfil dos usuários atendidos em um Ambulatório de Nutrologia em decorrência de ações judiciais relacionados ao período de Janeiro de 2011 a Janeiro de 2014, que será realizado pela funcionária Ivanice Gelli Perin, assistente social, como projeto de Mestrado em Saúde e Educação pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). O projeto acima ocorrerá através de levantamento de dados em prontuários dos usuários atendidos por liminares judiciais para recebimento de fórmulas nutricionais especiais, sem identificação dos mesmos e sem solicitação de nenhum procedimento ou entrevista para os usuários. Não haverá nenhum custo para o NGA ou para a Secretaria Municipal da Saúde e será feita solicitação de autorização para o Secretário da Saúde antes da realização do mesmo.

Ribeirão Preto, 02 de Setembro de 2014.

Carlos Eduardo de Oliveira
Gerente NGA -59

ANEXO III

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES JUDICIAIS EM SAÚDE: PERFIL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE NUTROLOGIA

Pesquisador: Elizabeth Regina Negri Barbosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36373514.7.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 949.398

Data da Relatoria: 26/02/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto está bem apresentado em termos didáticos científicos.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral deste projeto de pesquisa é identificar o perfil dos usuários atendidos em decorrência de ações judiciais, no Ambulatório de Nutrologia do Núcleo de Gestão Assistencial da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil dos usuários considerando a idade, sexo, bairro de origem, a Unidade de Saúde Básica e Distrital de referência; Apontar a origem das prescrições, diagnóstico principal, vias de administração e tipos de fórmulas nutricionais especiais contempladas nas ações judiciais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) está dispensado nesse estudo, uma vez que serão utilizados dados já registrados em prontuários, contudo, ressalta-se o compromisso da pesquisadora quanto ao cumprimento da Resolução 466/12, no aspecto da ética e legislação, preconizadas para estudos com Seres Humanos, onde está assegurada, inclusive, a privacidade dos

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 **Fax:** (16)3603-6817 **E-mail:** cetica@unaerp.br

ANEXO III

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 949.398

sujeitos. Assim, enfatiza-se que não haverá situação de risco para os participantes do estudo.

Benefícios:

Haverá benefícios diretos desta pesquisa para os usuários e para o serviço, pois os resultados advindos da pesquisa poderão nortear planejamentos futuros acerca dos atendimentos dos usuários, nessa condição, no Município de Ribeirão Preto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atende a todos os requisitos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os requisitos foram totalmente atendidos neste projeto.

Recomendações:

Observar no item ORÇAMENTO quem irá arcar com os custos da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As recomendações foram atendidas obedecendo a Resolução 466/12 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa aprovado.

RIBEIRAO PRETO, 10 de Fevereiro de 2015

Assinado por:

Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cetica@unaerp.br

ANEXO IV



DRS XIII – RIB. PRETO



P. M. RIB. PRETO.

USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisaDESCRIÇÃO DAS DIETAS ENTERAIS E FÓRMULAS ESPECIAISCÓDIGO 1- Dieta padrão**A – Com 1,0 cal/ml**

Descrição: Dieta polimérica para nutrição enteral, nutricionalmente completa, com 3,0 a 4,0 g/100 ml de proteínas e até 35% de lipídeos, que forneçam 100% das DRIs em 1500 cal, em pó, osmolalidade máxima de 400 mOsm/kg e osmolaridade máxima de 330 mOsm/l, acondicionada em embalagem apropriada, hermeticamente fechada.

B – Com 1,5 cal/ml

Descrição: Dieta polimérica para nutrição enteral, nutricionalmente completa, com 4,0 a 6,5 g/100 ml de proteínas e até 35% de lipídeos, que forneçam 100% das DRIs em 1500 cal, em pó ou líquida com 1,5 cal/ml, osmolalidade máxima de 650 mOsm/kg e osmolaridade máxima de 500 mOsm/l, acondicionada em embalagem apropriada, herméticamente fechada.

CÓDIGO 2 - Dieta padrão com fibras**A – Dieta padrão com fibras**

Descrição: dieta enteral com fibras, nutricionalmente completa, isenta de lactose, contendo no mínimo de 14 a 15 g de fibras por 1000 cal, sendo a proporção de fibras solúveis em torno de 50% (com variação de 20%), com baixa osmolaridade (até 350 mosm/l), que forneça 100% do RDA em 1500 cal, em pó ou líquida, com 1,0 a 1,2 cal/ml, acondicionada em embalagem apropriada, hermeticamente fechada.

B – Dieta enteral com fibras sem sacarose

Descrição: dieta enteral com fibras, nutricionalmente completa, isenta de lactose e sacarose, contendo no mínimo de 14 a 15 g de fibras por 1000 cal, sendo a proporção de fibras solúveis em torno de 50% (com variação de 20%), com baixa osmolaridade (até 350 mosm/l), que forneça 100% do RDA em 1500 cal, em pó ou líquida, com 1,0 a 1,2 cal/ml, acondicionada em embalagem apropriada, hermeticamente fechada.

CÓDIGO 3 – Dieta para criança a partir de 01 ano de idade

Descrição: dieta enteral/oral nutricionalmente completa, para crianças a partir de 1 ano, composto de proteínas, carboidratos, lipídeos, vitaminas e minerais em quantidades suficientes para manutenção do estado nutricional, obedecendo as DRIs para crianças de acordo com a faixa etária, em apresentação líquida com 1,0 cal/ml ou em pó, acondicionada em embalagem apropriada, hermeticamente fechada.

ANEXO IV



DRS XIII – RIB. PRETO



P. M. RIB. PRETO.

**DESCRIÇÃO DAS DIETAS ENTERAIS E FÓRMULAS ESPECIAIS****CÓDIGO 4 - Outras dietas, fórmulas e módulos para uso específico****SUPLEMENTO ALIMENTAR**

Descrição: Suplemento alimentar hipercalórico, rico em vitaminas e sais minerais, enriquecido com mix de carotenóides, isento de lactose e glúten, sem sabor, com apresentação em pó, em embalagem apropriada, hermeticamente fechada, devidamente rotulada, conforme legislação vigente. Produto com registro na ANVISA.

SUPLEMENTO ESPECÍFICO PARA DOENÇA PULMONAR

Descrição: Suplemento específico para doença pulmonar, com apresentação líquida, em embalagem apropriada, hermeticamente fechada, conforme legislação vigente, produto com registro na ANVISA.

