

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

Patrícia Rúbia Tavares

**A JUDICIALIZAÇÃO E O DIREITO À SAÚDE: ESTUDO DAS  
AÇÕES JUDICIAIS PARA O FORNECIMENTO DE  
MEDICAMENTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Tânia Regina Krüger.

Florianópolis

2011

Catologação na fonte elaborada pela biblioteca da  
Universidade Federal de Santa Catarina



Patrícia Rúbia Tavares

**A JUDICIALIZAÇÃO E O DIREITO À SAÚDE: ESTUDO DAS  
AÇÕES JUDICIAIS PARA O FORNECIMENTO DE  
MEDICAMENTOS NA REGIÃO DE FLORIANÓPOLIS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Bacharel em Serviço Social”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 16 de novembro de 2011.

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Tânia Regina Krüger  
Coordenador do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Tânia Regina Krüger  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup>, Dr.<sup>a</sup> Luciana Patrícia Zucco  
Co-Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Me. Francielle Lopes Alves  
Universidade Federal de Santa Catarina



Dedico este trabalho aos meus pais,  
Eloir e Lurdes.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço:

A Deus por me presentear com o dom da vida, iluminando meu caminho e me permitindo concluir mais uma etapa da minha vida.

Aos meus pais Lurdes e Eloir e meu irmão Michel, por todo o amor que me fortalece em todos os momentos da minha vida. Sem vocês eu não seria o que sou hoje. Obrigada por me darem a graça de uma família.

Ao meu namorado e amigo, Jakson, por todo carinho, companheirismo e apoio.

Não posso deixar de agradecer o companheirismo das minhas “crianças” Keli, Duda, Zeus e em especial a Xiquinha e a Talita, por todo amor incondicional que me oferecem.

Aos meus amigos de longa data que sempre estiveram ao meu lado. E falando em amigos, encontrei vários que acompanharam minha caminhada até aqui: a Monique, Arnaldo, Camile, Gabi Pamplona, Alice, Daniela, Viviane, Pati MacCarini, Paolinha, Fernanda e a Aninha Hoffmann e Simone, minhas eternas amigas e colegas de curso.

Aos colegas de trabalho do Laboratório de Estudos da Voz e Audição/HU/UFSC, muito obrigada pela paciência e apoio nos momentos em que eu estava extremamente cansada e desesperada pela falta de tempo.

As assistentes sociais do HU/UFSC por todos os ensinamentos, paciência e descontração: Mariana, Maria Aparecida, Carmem, Tayana muito obrigada! Meu agradecimento especial para a minha supervisora de estágio Francielle Lopes Alves que é o exemplo de profissional que eu quero seguir.

Sou muito grata a minha professora orientadora Dra. Tânia Regina Krüger, por ter aceitado o desafio de me acompanhar nesta caminhada, pela sua paciência, dedicação e seu tempo, também sua experiência que contribuíram para minha formação profissional e aprendizado de vida.

Agradeço a Rosana Gaio e a professora Beatriz pela paciência nos meus momentos de aflição e pelo ótimo trabalho que desempenham. Aos professores que contribuíram para que eu me tornasse a pessoa que sou hoje. À Universidade Federal de Santa Catarina, pelo ensino público e gratuito, sem o qual não seria possível a realização desta etapa em minha vida. Enfim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para me tornar o que sou hoje...Muito obrigada!



"Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito (...). Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser. Mas graças a Deus, não somos o que éramos."

(Martin Luther King)



## RESUMO

Tendo como ponto de partida o crescente número de ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), fato que recentemente vem despertando o interesse tanto na área do Direito como na da saúde pública, o presente trabalho pretende contribuir para o debate sobre a intervenção do Judiciário nas políticas de saúde, fenômeno este denominado judicialização e discutir a atuação do Poder Judiciário para efetivação do direito à saúde. Num primeiro momento buscamos discutir sobre o direito a saúde e a implementação do SUS, além de abordar a assistência farmacêutica e o complexo assunto sobre o acesso a medicamentos. Posteriormente traremos como se deu o processo de judicialização da saúde no Brasil e como esse tema tem modificado a consciência da população sobre seus direitos e a responsabilidade do Estado em garanti-los. Através de uma pesquisa qualitativa e exploratória, o trabalho visa estudar os processos físicos judiciais e audiências de conciliação de pedidos judiciais de medicamentos no Tribunal de Justiça Federal da 4ª Região, no município de Florianópolis. Procuramos entender como estes processos acontecem e o como o Judiciário tem desempenhado sua função de assegurar a efetivação do direito à saúde.

**Palavras-chave:** Direito à saúde, SUS, Medicamentos, Ações Judiciais; Judicialização.



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Pirâmide dos litígios e sua resolução.....	64
---	----



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfis dos usuários com ações judiciais para o acesso aos medicamentos no Tribunal de Justiça Federal da 4ª Região no ano de 2009 e 2010. ....	72
Quadro 2 – Medicamentos requisitados nos processos, origem da receita médica e disponibilidade no Sistema Único de Saúde. ....	76
Quadro 3 – Pedidos de tutela antecipada requerida pelos autores a uma das esferas do governo, deferidas ou não pela justiça. ....	81
Quadro 4 – Perfis dos autores dos processos observados nas audiências de conciliação promovido pelo Tribunal de Justiça Federal da 4ª Região de Florianópolis. ....	86
Quadro 5 – Audiências em que houveram conciliação das partes e as que foram aplicadas a sentença pela juíza em julho de 2010 no Tribunal De Justiça Federal da 4ª Região. ....	88



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Participação Federal, dos Estados e Municípios em percentual no Financiamento Público da Saúde 1980-2009 no Brasil .....	36
Tabela 2 – Custo comercial dos tratamentos nas pesquisados nas Farmácias Sesi e Preço Popular .....	79



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CEME - Central de Medicamentos  
CF – Constituição Federal  
CFF - Conselho Federal de Farmácia  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CNMAF - Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica  
JEF Cível - Juizado Especial Federal Cível  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
MS – Ministério da Saúde  
N.D. – Não disponível  
NOAS/SUS – Normas Operacionais da Assistência à Saúde do SUS  
NOB/SUS – Normas Operacionais Básicas do SUS  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde  
PAB – Piso de Atenção Básica  
PCB – Partido Comunista Brasileiro  
PDR - Plano Diretor de Regionalização  
PINF - Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica  
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica  
PNM - Política Nacional de Medicamentos  
PNS - Plano Nacional de Saúde  
PPA - Plano Plurianual  
PPI – Programação Pactuada Integrada  
RENAME - Relação de Medicamentos Essenciais  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SISTCON/SC - Sistema de Conciliação de Santa Catarina  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS– Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: POLÍTICA E SERVIÇOS A PARTIR DE 1990.....</b>	<b>29</b>
2.1 SOBRE O CONCEITO E POLÍTICA DE SAÚDE.....	29
2.2 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	41
<b>3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>59</b>
3.1 A EMERGÊNCIA DA JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL .....	59
3.2 RESPOSTAS DO JUDICIÁRIO AS DEMANDAS POR ACESSO A MEDICAMENTO NA REGIÃO DA GRANDE DE FLORIANÓPOLIS .....	69
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>93</b>

**Referências** ????



## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado visando à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social na Universidade Federal de Santa Catarina, no município de Florianópolis/SC e surgiu através da observação de estágio na Clínica Médica II do Hospital Universitário/UFSC no ano de 2009. Nesse contexto constatou-se a dificuldade dos usuários em obter medicamentos através do Sistema Único de Saúde – SUS, pelo fato de muitos não estarem disponíveis ou não serem padronizados pelas Secretarias Municipais e Estadual de Saúde. Nestas circunstâncias o usuário busca na justiça garantir seu direito de adquirir o medicamento e continuar seu tratamento.

Apesar de todos os avanços ocorridos na trajetória do SUS, no arcabouço legal, nas novas regulamentações e no decorrer da implementação do nosso sistema de saúde, surgem diversos entraves que resultam em problemas relacionados com o direito da universalidade do acesso, atentando contra os princípios constitucionais. Além disso, com as limitações políticas, econômicas e administrativas decorrentes do processo de ajuste estrutural do país, as políticas públicas de saúde ficam comprometidas.

Portanto, é necessária uma organização que amplie a complexidade da assistência à saúde, que se dá de acordo com o nível de aperfeiçoamento das atividades e da qualidade dos serviços realizados. Uma situação corriqueira é de que o paciente, ao receber a prescrição médica com indicação do medicamento, pode tentar obtê-lo através de uma Unidade de Saúde do SUS. Uma vez no local, ele pode enfrentar as seguintes situações:

- recebe o medicamento que está incorporado em algum dos programas na rede pública;
- este medicamento incorporado na rede pública está em falta;
- ou não está disponível e/ou o medicamento não foi incorporado na rede pública, podendo estar ou não disponível no país.

Devido a esta indisponibilidade de medicamentos na rede, compete ao Estado a garantia de acesso a serviços e ações de saúde. Geralmente a demanda pelos mesmos é maior do que o serviço pode atender, o que traz insatisfação individual e coletiva. A intervenção pelo Poder Judiciário tem aumentado consideravelmente o número de processos desta natureza, o que repercute inclusive no âmbito

Executivo, por usuários requerendo à concessão de medicamentos de alto custo ou excepcionais.

Este trabalho tem como objetivo discutir como esse tema emergiu na era do SUS e conhecer a atuação do Judiciário em relação às demandas por medicamentos. A pesquisa de caráter qualitativo e exploratório procurou envolver um levantamento bibliográfico, através da revisão da literatura, da legislação e trabalhos sobre o direito à saúde, acesso aos serviços por meio de ações judiciais, chamadas hoje de *judicialização da saúde*, assim como a pesquisa nos processos judiciais e observação de audiências de conciliação para acesso a medicamentos e insumos, a fim de contribuir para a discussão da judicialização no campo da saúde nos últimos anos.

Tivemos certa dificuldade para realizar a pesquisa nos processos judiciais, pois foi necessário conseguir primeiramente uma autorização concedida pela Juíza, para realizarmos este estudo no Tribunal de Justiça Federal da 4ª Região. Os oito processos físicos e as oito audiências de conciliação pesquisadas são de pacientes moradores na micro-região da grande Florianópolis, estes tinham na época aproximadamente seis meses que estavam tramitando na justiça. A observação das audiências permitiu um maior esclarecimento quanto ao papel do Judiciário nestes processos, visto que se não houvesse acordo, a juíza aplicaria a sentença.

A primeira seção do trabalho apresentará a saúde como direito da população e dever do Estado em garanti-la, na Constituição Federal de 1988. Apresentará também, as Leis infraconstitucionais nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, nas quais formaram a base legal da saúde no Brasil e que garantem o acesso à saúde em todos os níveis de complexidade, estando a Assistência Farmacêutica incluída em suas competências conforme o artigo 6º e 7º da Lei 8.080. Abordaremos a evolução da Assistência Farmacêutica, antes e depois do SUS, até a sua constituição como política. Mesmo após sua criação, a Política de Assistência Farmacêutica vem apresentado irregularidades que acabam por afetar o usuário do SUS, exemplo disso é a falta de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde, a não padronização de medicamentos receitados pelos médicos e a necessidade de abertura de processos judiciais para a obtenção de medicamentos.

A segunda seção irá abordar a emergência da judicialização da saúde do Brasil, como começou e se deu esse crescimento desordenado de processos judiciais abertos pelos usuários do SUS, a fim de garantir que a saúde seja mesmo um direito de responsabilidade do Estado. Apresentaremos ainda os dados da pesquisa realizada nos processos

físicos judiciais nos meses de novembro de 2009 e em audiências conciliadoras no mês de julho de 2010 e novembro de 2011, na qual apresenta como objetivo verificar como o Judiciário tem respondido a estas demandas, se garantindo um direito individual ou social quanto ao direito à saúde dos usuários do SUS.

Por fim, a dificuldade encontrada pelos usuários do Sistema Único de Saúde no acesso aos medicamentos e equipamentos para o tratamento de suas doenças, resultando no crescimento do número de processos judiciais em Santa Catarina, tem causado gastos elevados para o governo que escapam de qualquer orçamento previsto pelas gestões públicas. Neste sentido, vale ressaltar que esse tema vem sendo bastante discutido pelo Direito, mas, a bibliografia do Serviço Social sobre este tema é bastante restrita. No entanto, o Serviço Social da área da saúde tem um papel importante no momento de orientar os usuários em como acessar aos serviços de saúde, além das orientações e encaminhamentos que envolvem a judicialização da saúde, o profissional passou a ser mais frequentemente requisitado pelo do Poder Judiciário.



## 2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: POLÍTICA E SERVIÇOS A PARTIR DE 1990

Nesta primeira seção, será feito uma revisão da literatura com um breve resgate histórico das legislações relacionadas à saúde pública, bem como os conceitos que realçam a importância do tema. Aborda-se neste contexto, as concepções sobre saúde, como base inicial e que está diretamente correlacionado às políticas de saúde no Brasil, em especial a assistência farmacêutica para sua construção e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos.

### 2.1 SOBRE O CONCEITO E POLÍTICA DE SAÚDE

A saúde no Brasil, construída através de um conceito ampliado, é reconhecida no campo dos direitos sociais garantido pela Constituição Federal como dever do Estado e direito de todos. Miotto (2008, p.1), com base no conceito ampliado de saúde entende que “[...] a saúde passa a ser entendida a partir da lógica da produção social e não mais a partir da doença ou ausência dela”. A saúde é situada nos determinantes sociais e nas necessidades humanas e estas justificam a existência de políticas sociais. Através dessa perspectiva, torna-se indispensável que o Estado se responsabilize pela provisão de bem-estar social através da garantia dos direitos constitucionais. A partir desse contexto, a mesma autora explicita que:

A garantia da saúde, como direito, ultrapassa o setor saúde e depende tanto de recursos das mais variadas ordens, como de uma gama de ações conjuntas que possam promovê-la. Além de conhecimentos e práticas transversais aos diferentes níveis de atenção à saúde e de todo o conjunto das políticas sociais. Somente através dessa articulação é que se acredita na possibilidade de concretização da diretriz constitucional que preconiza a atenção integral à saúde (MIOTTO, 2008, p.1).

O conceito de saúde não se limita apenas à ausência de enfermidade, ao período de internação, mas consiste num estado de bem-estar físico, mental e social. Isso implica entender que ao Estado não cabe apenas promover medidas curativas com ofertas de procedimentos (exames, cirurgias, atendimentos ambulatoriais, etc.) e

medicamentos, mas também as preventivas como políticas de saneamento básico, vigilância sanitária, desenvolvimento de áreas de lazer, condições de trabalho, moradia, educação e até mesmo segurança pública (Paim, 1994).

Arouca (1987) concorda parcialmente com a concepção da Organização Mundial de Saúde afirmando que a saúde não é apenas a ausência de doença, ela deve ser entendida como bem-estar físico, mental e social: direito ao trabalho, a um salário digno; saneamento básico, à moradia, à educação, ou seja, um conjunto de necessidades humanas básicas. Nesse sentido, Arouca (1987, p.39) explica que “por ser uma necessidade da pessoa humana, a saúde deve corresponder a um direito, que precisa ser defendido”.

Assim, é fundamental entender que a saúde não significa apenas a ausência da enfermidade, mas um conjunto de fatores sociais, econômicos e culturais que nos leva a adoecer, este conceito representa uma nova concepção de saúde, na qual ganhou uma dimensão muito maior do que a anterior fundamentada no modelo médico assistencial privatista.

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, defende o conceito ampliado de saúde, no qual ela é resultante de condições de vida da população. Dessa forma, a aplicação deste conceito de saúde exige que o Estado assuma as políticas de atenção e assegure meios de efetivá-las a partir da perspectiva do direito, o que implica que o Estado garanta condições dignas de moradia, trabalho, higiene, educação e informação, lazer, segurança, alimentação, direito à liberdade, participação da população na organização, gestão e controle de serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Esta mesma Conferência foi considerada um marco no processo de reordenamento do modelo de atenção à saúde, e apresentou como resultado central o estabelecimento de um consenso político que permitiu o desenvolvimento de Reforma Sanitária para formatação do projeto para o sistema de saúde brasileiro, caracterizado por três aspectos principais: conceito ampliado de saúde, a saúde entendida como um direito de cidadania, dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde. Dessa forma, as competências do Sistema Único de Saúde que iremos explanar refletem exatamente essa vontade de democratizar a Política de Saúde, no momento em que sugere o controle social e a participação da população no planejamento desta política.

A viabilização destas necessidades deve ser executada pelo Estado que é dotado de poderes e capacidade de execução. Neste

contexto, o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986, p.14), esclarece que:

A satisfação das necessidades coletivas se realiza através de atividades específicas, desenvolvidas pelo Estado, sob o nome de “serviços públicos”, que, na prática, se traduzem em prestação de utilidades materiais e imateriais. O conjunto destas atividades toma o nome de “atividades estatais”, cuja conceituação e limite variam conforme os princípios econômicos e jurídicos políticos, informativos da estrutura constitucional. Na atualidade, não há como negar que a preservação da saúde coletiva constitui objetivo fundamental dos estados contemporâneos, como um dever, proporcionando serviços públicos aptos àquele fim.

Para compreender com mais clareza o modelo de sistema de saúde pública atual, nota-se importante realizar um resgate histórico sobre o assunto. De acordo com Mendes (1995), a saúde pública no Brasil é percebida como um movimento contínuo, tornando-se assim a justificativa para os processos que foram ocorrendo durante o tempo. Os antecedentes deste processo serão encontrados na estratégia de transformação dos sistemas nacionais de saúde através dos sistemas locais de saúde, formulada pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e que chega ao Brasil através do programa de serviços de saúde. A partir daí, a representação da OPAS/ OMS no Brasil, fundiu-se com os movimentos que surgiram como a Reforma Sanitária.

Mendes (1995, p. 42) conceitua a Reforma Sanitária como

Um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade, que se construa permanentemente através do incremento e sua base social, da ampliação consciência sanitária dos cidadãos [...], de outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética

profissional e de criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

Vasconcellos et. al. (2006) apontam que a VIII Conferência Nacional de Saúde foi o ponto culminante do movimento sanitário em que houve a reafirmação de participação e controle social, na direção da democratização do Estado. As propostas aí forjadas são constitucionalizadas em 1988 com a conquista do direito à saúde com controle social. Nessa concepção, o direito de acesso aos serviços de saúde constitui uma das dimensões de vida digna e, dentre as principais propostas do Projeto de Reforma Sanitária estão a criação de um sistema de saúde em que o Estado seja responsável pela efetivação de suas ações. Somente no ano de 1988, com a promulgação da Constituição Federal foi que se produziram fortes alterações no âmbito da política de saúde e de seguridade social no Brasil.

A Constituição Federal de 1988 ressalta que alguns aspectos fundamentais a saúde como o conceito desta, está entendido como uma perspectiva de articulações de políticas sociais e econômicas; o entendimento de saúde como um direito social universal derivado do exercício da cidadania; a caracterização das ações e serviços de saúde como relevância pública; a criação de um sistema de saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização, com mando único em cada esfera do governo ou atendimento integral, a participação da comunidade e a integração da saúde no espaço mais amplo da Seguridade Social (BRASIL, 1988).

Até então, a saúde não era reconhecida como direito social e a política de saúde não tinha caráter universal, era de caráter contributivo e a assistência médica se dava via Previdência Social. Nesse período a pobreza não era pensada como um fenômeno estrutural da sociedade, “criando-se uma dupla simbiose entre políticas econômicas e políticas sociais, os que se incluíam no mercado formal de trabalho (classes assalariadas) conquistavam seu passaporte para a cidadania” (COHN, 2005, p.387). Quanto àqueles que não se encontravam no mercado formal de trabalho, ou seja, os não assalariados, a autora refere que os situados em situação de pobreza, estes eram destinados aos serviços estatais de saúde pública, sob o modelo de higienização da sociedade, controle de epidemias e os atendimentos hospitalares eram providos por segmentos filantrópicos.

Para Bravo (2001, p.25),

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representaram, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

Portanto, a afirmação da saúde como direito no âmbito da Seguridade Social configura um novo modelo de política de saúde para a população brasileira. Afirmando na Constituição de 1988, no artigo 196 que define a saúde como direito deve ser “garantido mediante as políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 2007, p.371). Redefinindo a saúde como resultado de políticas sociais e econômicas, rompendo com o vínculo de contribuição e acesso, deixando para trás o modelo excludente de seguro social, que até então imperava na Previdência Social e nas políticas sociais (BRASIL, 2007).

Assim, a saúde passa a ser entendida como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, garantido pela Constituição de 1988 e regulamentada através da Lei n.º 8.080/90 que trata da organização, da direção e da gestão do SUS; da definição das competências e das atribuições das três esferas de governo; do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde; da política de recursos humanos; e dos recursos financeiros, do planejamento, da gestão financeira e do orçamento. Posteriormente, a Lei n.º 8.142/1990 definiu os princípios e diretrizes para o SUS. (BRASIL, 2007a). Como um direito fundamental humano, a referida lei reafirmou a saúde como dever do Estado em garanti-la.

No governo Collor, a Lei n.º 8.080 foi regulamentada sob a perspectiva neoliberal, onde o referido presidente vetou itens principalmente sobre o controle social e financiamento. Entretanto, essa atitude se contrapôs à democracia participativa pós-regime militar e gerou reações da sociedade civil organizada, fazendo com que fosse criada a Lei n.º 8.142/90, que regulamentou a criação e a participação popular através das seguintes instâncias colegiadas: Conferências e

Conselhos de Saúde como forma de controle social no SUS, e também as transferências diretas entre governos de recursos financeiros.

Também neste governo, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, implantou-se no Brasil a política do *Estado Mínimo* que foi marcado pela proposta neoliberal de privatizações. Esta se apresentava com o início de reformas econômicas e administrativas na tentativa de desmontar o Estado, com diminuição e cortes nos orçamentos sociais, os programas sociais focais de baixo custo, como também na contenção dos gastos públicos (SANTOS, 2007).

Para a Reforma Sanitária Brasileira este pensamento econômico dos gastos mínimos com a questão social, focalizando apenas na atenção básica de baixo custo tem sido uma das maiores barreiras para a implementação dos princípios e diretrizes previstos para saúde. Levcovitz, Lima e Machado (2001) descrevem que o processo de implementação do SUS se deu num momento em que a política vigente estava fundamentada em uma conjuntura político-econômica marcada pela onda conservadora de reformas iniciados nos anos de 1980, no plano político, econômico e social, norteadas pelo fortalecimento do Projeto Neoliberal o que é desfavorável à agenda sanitária.

Dessa forma, a consolidação do SUS, requer a existência de mecanismos de regulação que dêem conta do dinamismo e da complexidade da descentralização na área da saúde. Assim, construíram-se regras estratégicas e táticas operativas de organização, com finalidades orientadoras da gestão e operacionalização do Sistema, chamadas de Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS) e Normas da Assistência à Saúde do SUS (NOAS/SUS)<sup>1</sup>. Estas contribuíram e permitiram a normatização e operacionalização das relações entre as esferas governamentais, pois não estavam previstas nas Leis nº 8.080 e 8.142.

Com a edição das NOBs/SUS identificou-se uma maior regulação dos princípios organizativos do sistema de saúde, de forma pactuada entre o Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Sendo que, ao longo da década de 90, as NOBs foram editadas objetivando um reordenamento gradual para a condução do SUS (BRASIL, 2005). As Normas Operacionais Básicas passam a representar instrumentos fundamentais para a

---

<sup>1</sup> Para Goulart (2001) o SUS não seria o mesmo sem as Normas Operacionais Básicas, e como é conveniente para todo regime democrático, as “normas” contribuem para uma real democratização da saúde no processo de esculptura do SUS (p. 294).

concretização da diretriz de descentralização, estabelecida na Constituição e na legislação do SUS (leis 8.080 e 8.142, de 1990).

Porém, apesar dos avanços que elas representam, a Política de Saúde não pode estar limitada por parâmetros de planejamento, os atendimentos à saúde deverão estar disponíveis durante todo período na rede de serviços. Bueno e Merhy (1997) consideram importante que as ações e serviços funcionem de acordo com as necessidades da população, respeitando os níveis de hierarquização do sistema e criando novas formas de relação entre usuários e trabalhadores. Ou seja, “gerar formas variadas de produção de serviços, que em ato, permitam redesenhar o campo tecnológico de intervenção em saúde e abram novas linhas de produção de necessidades” (BUENO e MERHY, 1997, não paginado).

Concorda-se com Bueno e Merhy (1997) que consideram que estas normas fragmentam o financiamento e prejudica a integralidade da atenção à saúde, dando liberdade para o setor privado crescer na ausência do público como prestador de assistência hospitalar e ambulatorial especializada. Dessa forma, fragmentando o acolhimento à saúde e deixando de lado seu conceito ampliado. Visto que, os municípios perdem sua autonomia, e são estes que conhecem as especificidades de sua população.

A Emenda Constitucional (EC) nº 29 foi promulgada em 2000<sup>2</sup> visando fixar percentuais mínimos de gastos com saúde e estabeleceu a base de cálculo e recursos orçamentários que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. No entanto, a EC nº 29 não define os recursos financeiros no âmbito federal, pressionando em contrapartida com base em porcentagem da arrecadação estadual e municipal, respectivamente 12% e 15%, sendo assim, muitos municípios e estados não conseguiram investir este percentual, ficando com prazo para contribuírem com as diferenças financeiras que ficaram (NORONHA e SOARES, 2001).

A distribuição dos gastos com ações e serviços de saúde entre as os três entes federados mudou com a EC nº 29:

---

2 A emenda constitucional 29/2000 regula responsabilidades dos entes federados no financiamento do SUS. Sua regulamentação e a defesa de mais recursos no orçamento do Ministério da Saúde têm sido bandeiras de luta do CONASS junto ao Congresso Nacional nos últimos anos (BRASIL, 2009).

Nota-se significativa redução da participação relativa da União no financiamento público da saúde, de aproximadamente 60%, em 2000, para 45%, em 2007, enquanto se observa uma tendência de aumento da participação relativa dos estados e dos municípios no financiamento nesse mesmo período: os estados elevaram sua participação de 19% para 27% e os municípios de 22% para 28% (BRASIL, 2009, p.52).

Gomes (2004) afirma que apesar da criação da EC nº 29, o Ministério da Saúde não está conseguindo cumprir até com os mínimos constitucionais, pois estão colocando despesas que não são da saúde como sendo. Noronha e Soares (2001) acrescentam que o governo federal demonstra aparentemente que os recursos para saúde aumentarão, enquanto na verdade reduzem sua responsabilidade repassando para os estados e municípios a responsabilidade maior no financiamento da saúde. Pensa-se, que é preciso o Ministério da Saúde estudar as especificidades de cada município antes de repassar recurso financeiro, não os tratando todos da mesma forma, sem deixar de lado os princípios da universalidade e integralidade, e especialmente o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde. Perceberá assim, as dificuldades ao acesso aos medicamentos em cada região.

Na Tabela 1 apresentada a seguir, verifica-se o crescimento da participação dos Estados e Municípios no financiamento do SUS nos últimos anos. Estes dados servem para confirmar as questões já levantadas com relação à política de saúde e questionar se as ações estão em programas “focais” (SANTOS, 2009). Reflitamos que desresponsabilizando-se das grandes questões do SUS que não estão sendo enfrentadas como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos.

**Tabela 1 – Participação Federal, dos Estados e Municípios em percentual no Financiamento Público da Saúde 1980-2009 no Brasil**

<b>Anos</b>	<b>1980</b>	<b>2006</b>	<b>2009</b>
Federal	75%	46,7%	45,60%
Estados e municípios	25%	53,3%	54,40%

FONTE: SIOPS/MS/IPEA/Gilson Carvalho. SUS: Regulamentação da EC 29: Dificuldades e perspectivas. Disponível em:

[www.portal.rn.gov.br/aplicacao/pge/arquivos/eventopgsus/20regulamentacaodamentaconstitucional/pdf](http://www.portal.rn.gov.br/aplicacao/pge/arquivos/eventopgsus/20regulamentacaodamentaconstitucional/pdf). Acesso em: 21 out. 2011.

Percebemos que na década de 1990 a política de saúde no Brasil tenta se desenvolver diante da situação de desmonte do Estado. Políticas de ajuste que foram trazendo enormes limitações no que diz respeito às respectivas capacidades de intervenção e de resposta frente às crescentes demandas sociais e de saúde. Retrocedendo a uma visão comunitária onde os usuários do sistema de saúde e suas famílias passam a ser responsáveis por sua saúde e bem-estar. Dessa forma, as políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como estadual e municipal, caindo numa visão focalista diante desse novo modelo privatista (COHN, 2005).

Para que os usuários tenham acesso aos serviços e ações de saúde, é preciso que esta se organize, legitimando-se enquanto um sistema de saúde. Contudo, desde sua criação, observa-se uma disputa entre o modelo neoliberal e o modelo do Movimento da Reforma Sanitária, pela hegemonia na organização e distribuição de serviços de saúde no Brasil. Bravo (2001) explica que a universalidade do direito é um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltada para o mercado, lembrando que este é um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária. Esse projeto privatista tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico.

Para a autora, dois projetos convivem em tensão, o da reforma sanitária e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, este último modelo está pautado na Política de Ajuste tendo como principais tendências à contenção dos gastos, racionalização da oferta e a descentralização ausentando a responsabilidade do poder central. Assumindo como principais propostas o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, descentralização dos serviços ao nível local, ampliação da privatização, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.. Sendo assim, a tarefa do Estado nesse projeto consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado assumir o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

Nesse contexto, é que surge como nova proposta a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001)<sup>3</sup> que objetiva “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da

---

<sup>3</sup> A NOAS 01/2001 está regulamentada Portaria Ministerial nº 95, em 26 de janeiro de 2001.

população às ações e serviços de saúde em todos os níveis do Brasil” (BRASIL, 2001, não paginado). Ainda como estratégia para a implementação do SUS, no ano seguinte, a NOAS/SUS 01/2002 vem estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da Gestão dos Estados sobre as referências intermunicipais, no que diz respeito ao repasse financeiro para cobertura dos serviços de média e alta complexidade. A NOAS, por exemplo, propôs, para o aprimoramento do processo de descentralização, uma estratégia de regionalização, com elaboração de um Plano Diretor de Regionalização – PDR<sup>4</sup>. Este plano definiu a necessidade do estabelecimento de áreas geográficas, nos quais se daria o planejamento dos fluxos e pactuações entre os gestores, a Programação Pactuada Integrada – PPI, no sentido de organizar efetivamente uma rede hierarquizada e regionalizada.

Na gestão de governo do Presidente Luis Inácio da Silva, em decorrência das diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2004-2007, o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS com o objetivo de fortalecer os espaços e mecanismos de controle social, qualificar o acesso à atenção integral de saúde, mediante a descentralização e organização dos serviços de saúde, pactuaram responsabilidades entre os três entes federativos, dando origem ao Pacto pela Saúde em 2006<sup>5</sup>. Neste ano, o Ministério da Saúde publicou a série de Pactos pela Saúde, composta por sete publicações/volumes, explicitando os seguintes instrumentos de gestão do SUS:

- Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida;
- Regulação dos Pactos pela Vida e de gestão;
- Regionalização Solidária e Cooperativa;
- Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde;

---

<sup>4</sup> O Plano Diretor de Investimentos (PDI) é parte integrante do PDR é o que visa identificar prioridades e desenvolve em todos os níveis de complexidade. O PDR deve ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados a: a) assistência pré-natal, parto e puerpério; b) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; c) cobertura universal do esquema preconizado pelo PNI para todas as faixas etárias; d) ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; e) tratamento de intercorrências mais comuns na infância; f) atendimento de afecções agudas de maior incidência; g) acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; h) tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais; i) tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; j) controle de doenças bucais mais comuns; e k) suprimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica (BRASIL, 2007a, p. 112).

<sup>5</sup> Sob Portaria/GM n.º399 de 22/02/2006.

- Política Nacional de Atenção Básica;
- Diretrizes para a Implementação dos Complexos Reguladores;
- Política Nacional de Promoção da Saúde.

O Pacto pela Saúde surge como caminho para retomar as propostas da NOB 1/1996 e das NOAS com ênfase na regionalização, busca-se uma melhor definição do papel dos gestores nas suas respectivas esferas de governo (municípios, estados, união), quer dizer, uma maior clareza quanto ao papel da gestão estadual do SUS, embora ainda de forma insuficiente (BRASIL, 2009). Ainda assim, o Pacto pela Vida, representa uma mudança na forma de pactuação dos serviços de saúde vigente até agora.

Em paralelo a este conjunto de normatizações entre as três esferas de governo para viabilizar a implementação do SUS assiste-se na saúde a continuidade da tensão entre o Projeto da Reforma sanitária e o Projeto Privatista. Apesar de todos os avanços ocorridos na trajetória do SUS, no arcabouço legal, nas novas regulamentações expressas através da implementação dos Pactos (NOBs, NOAS do SUS e o Pacto pela Saúde) no decorrer da implementação do nosso sistema de saúde, vão sendo postos vários entraves que repercutem em problemas relacionados com o direito de universalidade do acesso, indo contra os princípios constitucionais. Conseqüentemente, as políticas públicas de saúde ficam comprometidas, ainda mais se considerar as limitações políticas, econômicas e administrativas decorrentes do processo de ajuste estrutural do país.

As mudanças até agora ocorreram no contexto de adesão ao ideário neoliberal, voltado à recuperação ou reafirmação dos fundamentos da economia capitalista, sob hegemonia financeira do capital, sendo o Estado sujeito e objeto da reforma. Diante disso, pensamos na Reforma Constitucional, com exemplo na Previdência Social que atingem os direitos sociais e políticos conquistados pela classe trabalhadora, que Bravo (2007, p.29) explicita “[...] na retórica neoliberal, têm sido responsável pelas dificuldades do Estado e das classes burguesas para equacionar a crise econômica”.

Nos últimos anos é visível como a saúde passou a ser vinculada ao mercado, ou seja, numa parceria entre o setor público e privado, responsabilizando o usuário os custos da crise e comprometendo as possibilidades de avanço do sistema de saúde no Brasil como política social. A proposta da Reforma do Estado para o SUS é separar o básico do hospitalar no sentido de se gastar somente conforme a produção.

Nesta perspectiva está pautado o projeto saúde articulada ao mercado ou o modelo médico assistencial privatista respaldado em uma política de ajuste, onde a tarefa do Estado é garantir o mínimo. Como foi discutido anteriormente, daí a proposta de focalizar para atender a parte da população mais vulnerável.

Na gestão do presidente Lula, o planejamento e a gestão das políticas sociais permaneceram subordinadas à lógica do mercado. O governo se divide entre os que defendem uma política universalista e os focalistas, estes últimos encontra-se cada vez mais fortalecidos, e assumem que a inclusão dos usuários aos serviços de saúde não se dá através do direito de cidadania, mas por grau de pobreza, não garantindo a base de igualdade necessária a uma verdadeira política social (BRAVO, 2007). Exemplo, são medidas como o do Programa de Farmácia Popular que permite o pagamento (valor menor que os imposto pelos grandes laboratórios) de medicamentos, ferindo com o princípio da equidade, abre a possibilidade de se utilizar outras práticas de compartilhamento de custos no SUS.

Observa-se que desde o início dos anos de 1990 até os dias atuais o Estado vem redirecionando o seu papel e se descomprometendo com os usuários do SUS e demais políticas sociais. Por isso o segmento privado da saúde vem apresentando notável crescimento, porém, a grande parcela da população, 73,1% utilizam o SUS, enquanto os outros 26,9% recorrem ao mercado de saúde (SILVA, 2007).

Nesse contexto, a proposta construída pelo Movimento da Reforma Sanitária e firmada na Constituição Federal de 1988 vem sendo desconstruída e flexibilizada na medida em que a saúde se vincula ao mercado. Situação que se apresenta cada vez mais perversa quando o assunto é o acesso aos medicamentos através da Assistência farmacêutica devido às tensões entre o sistema público e o privado de saúde. Podemos citar como exemplo o que Moynihan e Wasnes (2006) descrevem como “*medicalização interesseira da vida*” através das estratégias que a indústria farmacêutica utiliza para multiplicar lucros vender novas doenças, transformando qualquer problema banal de saúde em alguma *síndrome* que exige tratamento. Como o mercado consegue isso? Os autores explicam que a indústria farmacêutica juntamente com médicos especialistas se organizam para criar novas doenças com o objetivo de “estabelecer uma ligação entre o estado de saúde e o medicamento, de maneira a otimizar as vendas” (Moynihan e Wasnes, 2006, não paginado).

Além disso, percebemos que o atual governo demonstra um descompromisso do Estado com a precarização dos serviços e ações de

saúde, a terceirização dos recursos humanos, que transforma órgãos públicos estatais em agências privadas. Nesse sentido, a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos ficam à mercê dos agentes privados alavancados por recursos públicos, o desfinanciamento, ou seja, as políticas sociais estão cada vez mais focalizadas, atendendo às questões emergentes.

## 2.2 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde, criada em 1948 para apoiar os países em desenvolvimento a melhorar a saúde de suas comunidades, considera essenciais aqueles medicamentos que “satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população, sendo selecionados de acordo com sua pertinência para a saúde pública, a existência de evidências sobre sua eficácia, segurança e sua eficácia comparada aos custos” (BRASIL, 2006a, não paginado).

Com a realização da Conferência Mundial sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, em 1978, ratificou-se a meta de ‘Saúde para todos’, tendo a atenção primária como uma estratégia fundamental. Evento que foi muito importante no desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no mundo, pois trouxe em debate:

- Considerar o abastecimento dos medicamentos essenciais como um dos oito elementos básicos da atenção primária em saúde.
- A recomendação para que os governos formulem políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos e produtos biológicos de modo a assegurar, pelo menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários de saúde; que adotem medidas específicas para prevenir a excessiva utilização de medicamentos; que incorporem medicamentos tradicionais de eficácia comprovada e que estabeleçam sistemas eficientes de administração e fornecimento (MARIN et al., 2003, p.115).

Nos anos seguintes, foi requisitado a Organização Mundial de Saúde assessorar os países na seleção e aquisição de medicamentos com qualidade comprovada e preços acessíveis. A primeira lista de Medicamentos Essenciais foi publicada descrevendo o uso dos medicamentos essenciais e durante esses 25 anos, 156 países adotaram essa lista modelo que foi revisada em 11 oportunidades. Em 1981, foi criado o Programa de Ação de Medicamentos da OMS, que propõe colaborar com os países em desenvolvimento ao auxiliar na implementação das políticas nacionais de medicamentos, de programas para de acesso aos medicamentos essenciais, bem como assegurar a equidade, qualidade e seu uso racional com a finalidade de diminuir a morbi-mortalidade das doenças mais comuns entre a população (MARIN et al., 2003).

Percebe-se que várias discussões e reflexões surgiram em âmbito mundial sobre ao problema do acesso da população à saúde, inclusive no Brasil onde até a promulgação da Constituição Federal, apresentava serviços de saúde de caráter médico assistencial-privatista e previdenciário. De acordo com Marin et al (2003), a OPAS revela que nos últimos anos para ampliar a disponibilidade e acesso aos medicamentos, os países latino-americanos vêm obedecendo duas tendências: a primeira apresenta poucas considerações à saúde, pois é caracterizada pela pressão econômica. Exemplo disso é o processo de revisão e atualização da legislação sobre medicamentos<sup>6</sup>.

A outra tendência refere-se à melhora dos pacientes em tratamento com medicamentos, ou seja, atenção farmacoterapêutica, além da adoção de medidas dirigidas à promoção do uso racional de medicamentos, inclui-se nesta estratégia:

a definição de áreas prioritárias de atenção, a disponibilidade de programas para os setores socioeconômicos menos favorecidos, o fortalecimento dos serviços farmacêuticos, o desenvolvimento da farmácia hospitalar, a criação de comissões de farmacoterapia em hospitais e sistemas locais de saúde, a atualização da lista

---

<sup>6</sup> Esse processo apresenta, em muitos casos, um componente de desregulamentação, que reflete sobre a liberação dos preços dos medicamentos, a promoção da importação mediante a eliminação de barreiras alfandegárias, o reconhecimento automático do registro de medicamentos de outros países, as modificações estruturais nas agências reguladoras, dirigidas à simplificação e reformulação do procedimento de registro e à expansão da comercialização de medicamentos em estabelecimentos não farmacêuticos (MARIN et al., 2003, p. 117).

básica de medicamentos e a promoção e o desenvolvimento de estudos de utilização de medicamentos (MARIN et al., 2003, p.117).

Diante do que foi citado pela autora, refletimos que essas duas tendências de governo latino-americano se mostram conflitantes diante do acesso da população aos medicamentos. A primeira tendência refere-se à linha política e econômica dos países, conforme o projeto neoliberal abre caminho para o capital das indústrias e laboratórios estrangeiros. Assim, apresenta um campo propício para o crescimento de interesses econômicos, que seguem a lógica de mercado e são conflitantes com os representados pelas políticas de medicamentos compreendidas como políticas de saúde. Essa tendência se diverge com a segunda citada na qual refere à preocupação dos governos latino-americanos com o uso racional de medicamentos e a melhoria da qualidade de vida da população que necessita dos serviços de saúde.

No Brasil, a Central de Medicamentos (CEME) criada em 1971, foi confundida com Assistência Farmacêutica, pois era quem coordenava as atividades de produção e distribuição de medicamentos para o consumo da população de baixa renda. Estes eram destinados ao uso primário, secundário e terciário de atenção à saúde, desenvolvidas num modelo centralizado de gestão, onde o nível central estabelecia as diretrizes e participava de forma preponderante das suas execuções. Os municípios e estados eram excluídos praticamente de todo o processo decisório. Como perdurou por vinte e seis anos no governo, a CEME, acabou por ser identificada como um programa que tratava dos medicamentos e da Assistência Farmacêutica no país na época. (MARIN et al. 2003).

A CEME, primeiramente foi subordinada à Presidência da República, sendo transferida ao Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1975, posteriormente, em 1985 vinculou-se o Ministério da Saúde e foi extinta em 1997 (GOMES, 2004). Seus objetivos iniciais, segundo Médici, Beltrão e Oliveira (2002), foram basicamente assistencialistas, isto é, suprir de medicamentos das camadas mais carentes da população. Contudo, existiam interesses governamentais estratégicos, inclusive no campo bélico-militar, onde havia o interesse em tornar os laboratórios militares auto-suficientes tecnologicamente nos campos da química fina e da bioquímica.

Dessa forma, a CEME representou uma organização diferenciada na estrutura do Ministério da Saúde, sua criação representou a iniciativa de ação do governo ao intervir no mercado e na distribuição através do

incentivo à produção oficial e do apoio ao desenvolvimento de fármacos. Marin et al (2003, p, 121) afirma que por não ser implantada uma política de medicamentos efetiva desresponsabilizou a CEME “como centro de incentivo à pesquisa e como reguladora do mercado. O sucateamento dos laboratórios oficiais aliado ao uso político da instituição reforçaram ainda mais o uso irracional de medicamentos”.

A elaboração da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)<sup>7</sup>, era para ser um instrumento de referência para a organização dos serviços de Assistência Farmacêutica. No entanto, como estratégia na implantação de um sistema integral de medicamentos, acabou não sendo atualizada por quinze anos (1983 a 1998), o que resultou na perda significativa de medicamentos, seja na utilização inadequada e na perda de medicamentos por prazo de validade vencido, seja pela armazenagem inadequada e a falta de estudo epidemiológico<sup>8</sup> para identificar as necessidades de cada região.

Apesar das sucessivas falhas da CEME, este foi um período marcado pela grande produção de medicamentos essenciais pelos laboratórios oficiais ou empresas privadas de capital nacional. Gomes (2004) explica que os recursos financeiros para a rede de serviços públicos ambulatoriais, eram originários principalmente do convênio que a CEME mantinha com o INAMPS, além disso, o INAMPS recebia medicamentos adquiridos pela CEME, que disponibilizava os produtos que compunham a RENAME da época. Este sistema de financiamento permaneceu até a extinção do INAMPS, no início dos anos de 1990, e sua incorporação ao Ministério da Saúde. Entretanto, a aquisição de medicamentos continuou por meio do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que mantinham convênios próprios com a CEME.

<sup>7</sup> “A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é um documento de referência nacional, norteador da Política Nacional de Medicamentos, da Política de Assistência Farmacêutica e da produção do mercado farmacêutico. Serve para orientar e subsidiar os estados e municípios, na elaboração das suas respectivas relações de medicamentos - RESME e REMUNE” (BRASIL, 2006a, p. 9).

<sup>8</sup> Epidemiologia é o estudo da distribuição e dos determinantes dos estados ou acontecimentos relacionados à saúde em populações específicas, e a aplicação destes estudos para controle dos problemas de saúde. Estudo inclui vigilância, observação, pesquisas analíticas e experimentos. Distribuição se refere à análise pelo tempo, lugar e classe de pessoas afetadas. Determinantes são todos os fatores físicos, biológicos, sociais e comportamentais que influenciam a saúde. Estados ou acontecimentos relacionados com a saúde incluem doenças, causa de morte, comportamentos, como uso de tabaco, reações aos métodos preventivos, provisão e uso dos serviços de saúde. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/ed\\_07/index.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/index.html).

Conforme Marin et al. (2003), com tantas transformações na área da saúde, seguimentos organizados da sociedade e representantes da saúde, passaram a discutir em fóruns ampliados dando ênfase aos assuntos ligados a medicamentos e a Assistência Farmacêutica, exemplo disso são a IX e X Conferências Nacionais de Saúde, em espaços institucionais promovidos pelo Ministério da Saúde, como o Encontro Nacional dos Gerentes Estaduais da Assistência Farmacêutica, em 1996, e a criação da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do CONASS, em 1999.

Todo esse processo culminou na extinção da CEME em 1997 para a adequação da Assistência Farmacêutica ao modelo descentralizado de gestão em saúde, instituiu-se, então, a Política Nacional de Medicamentos (PNM)<sup>9</sup>. Esta veio com a recomendação da Organização Mundial da Saúde para adoção de políticas nacionais de medicamentos e com base no conceito de medicamentos essenciais, para dar maior visibilidade e legitimidade às questões que envolvem os medicamentos no Brasil (BRASIL, 1998).

O Ministério da Saúde aprovou e homologou a Política Nacional de Medicamentos em 30/10/98, tendo como base os princípios do SUS e define a Assistência farmacêutica como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2001a, p. 34).

Sobre o conceito formulado para Assistência Farmacêutica, a Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), afirma como um conjunto de ações que devem executadas pelo Sistema Único de Saúde e centradas no medicamento, assim:

---

<sup>9</sup> Institui-se através da Portaria n.º 3.916 de outubro de 1998.

visando à promoção, proteção e recuperação da saúde da população, compreendendo os seus aspectos individuais e coletivos. Essas ações, necessariamente baseadas no método epidemiológico, deverão desenvolver: padronização, prescrição, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, produção, controle de qualidade, educação em saúde, vigilância farmacológica e sanitária, pesquisa e desenvolvimento de medicamentos, imunoterápicos e hemoderivados FENAPAR, 2011, não paginado).

Sendo assim, a Assistência Farmacêutica é o resultado da combinação de estrutura, pessoas e tecnologias para o desenvolvimento dos serviços de acordo com a necessidade de cada comunidade. Dessa forma, necessita de uma organização de trabalho que amplie sua complexidade, de acordo com o nível de aperfeiçoamento das atividades e da qualidade impressa nos serviços realizados.

A Política Nacional de Saúde através de suas diretrizes busca nortear as três esferas de governo promovendo o acesso de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade pela população brasileira. Assim, tem por objetivos a adoção de relação de medicamentos essenciais, a regulamentação sanitária de medicamentos e a promoção do seu uso racional, a reorientação da assistência farmacêutica, o desenvolvimento científico e tecnológico, a promoção da produção de medicamentos, a garantia da segurança, a eficácia e qualidade dos medicamentos, o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos (BRASILa, 2001a).

Além disso, houve a definição de estratégias e ações como a elaboração e revisão da RENAME, regulamentação do medicamento genérico, instituição do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e outros mecanismos de financiamento e compras governamentais, ampliação e estímulo à produção de medicamentos por laboratórios oficiais e adoção de critérios explícitos de controle e acompanhamento de preços dos medicamentos, bem como a criação do Banco de Preços em Saúde (BRASIL, 2003).

Em 1999, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o primeiro Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que compreende o conjunto de ações que são definidos na Lei nº 8.080, e executado por instituições da Administração Pública direta e indireta

que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária. A ANVISA é responsável por promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados (BRASIL, 1999).

Dentre as diretrizes da ANVISA destaca-se a reorientação da Assistência Farmacêutica com ênfase na promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais por meio do desenvolvimento descentralizado do sistema de distribuição no setor público, além de campanhas educativas aos medicamentos e ações de farmacovigilância.

A criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (2003) foi fundamental para a abertura de espaço para a criação da própria Política de Assistência Farmacêutica no país e a aquisição de medicamentos básicos passou a ser responsabilidade das esferas estadual e municipal. Para Silva (2007), mesmo com o processo de descentralização iniciado em 1999 e a criação de programas de acesso a medicamentos, um dos principais problemas da atenção à saúde é o acesso de medicamentos essenciais através do SUS. Conforme o autor, a dificuldade ou o não-acesso aos medicamentos está na adaptação da gestão descentralizadora, que fornece a autonomia para os municípios gerirem de acordo com as suas necessidades epidemiológicas, na burocratização de inclusão de novos medicamentos na lista da RENAME e nos interesses do capital privado.

Outros avanços foram obtidos pela PNS, além da criação da ANVISA (1999), criaram-se espaços públicos de debate sobre temas como a questão dos medicamentos falsificados, implantação da lei de genéricos, Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI dos Medicamentos), tornando esta questão e a da Assistência Farmacêutica pauta obrigatória na construção e no desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

A CPI dos medicamentos instituída pela Resolução n.º399, foi realizada pela Câmara dos Deputados entre novembro de 1999 e junho de 2000 e levantou dados que possibilitaram a identificação de importantes questões que explicavam a precariedade da situação do setor farmacêutico. Foram detectados problemas em relação ao acesso e uso dos medicamentos pela população, enquanto poucos têm capacidade econômica e amplo acesso aos medicamentos, consumindo-os de forma abusiva e equivocada, por outro lado, um grande contingente da população, que por não ter poder aquisitivo suficiente, depende dos programas governamentais de suprimento de medicamentos. Além

disso, a CPI também identificou que apesar das aquisições dos medicamentos serem feitas pelos municípios apresentando sua autonomia de forma descentralizada, os pequenos municípios encontravam dificuldades por não possuírem verba suficiente e disponível para comprar os medicamentos, assim adquiriam medicamentos a preços mais altos e quase sempre se utilizando de compras diretas de distribuidores e de farmácias comerciais (BRASIL, 2000).

Coelho (2003) analisa que a CPI foi designada a investigar os reajustes de preços e as falsificações de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios. Para o autor, a qualidade e humanização da Assistência Farmacêutica só podem ser feitas pelo SUS, mas é indispensável considerar as limitações políticas, econômicas e administrativas decorrentes do processo de ajuste estrutural, adotado nos países em desenvolvimento, como é o caso do nosso país. A garantia do acesso dos usuários aos medicamentos é apoiada num tripé constituído pela indústria farmacêutica (produção), pela rede de distribuição dispensação privada (comercio farmacêutico) e pela assistência farmacêutica pública.

É possível compreender com maior clareza o enlace do SUS à Assistência Farmacêutica, em relação à dificuldade ao acesso dos usuários aos medicamentos, sendo que há apenas uma alusão à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção. As diretrizes do maior sistema de saúde do país vêm a contracenar com as interfaces da gestão política e administrativa, sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema (MARIN et. al., 2003).

Apesar dos gastos com pesquisas e ampliação no acesso dos mesmos, muitos medicamentos, em geral, os excepcionais, possuem valor alto justamente por terem sido desenvolvidos por uma tecnologia de ponta e que estão sob proteção patentária, constituindo-se em uma reserva de mercado por longo período. Portanto, esses medicamentos saem caros pelo seu preço unitário ou pelo preço do tratamento em longo prazo, e por sua vez, o SUS desvincula-se de seus deveres sociais já que parcela da população brasileira fica longe de conseguir o acesso à estes medicamentos, ficando mais evidente “que os programas e ações de saúde pontuais e focalizados, que resolvem apenas problemas emergenciais” (COELHO, 2003, p. 03). Sendo assim, esta investigação veio relatar, portanto, o que já se presumia: a má distribuição de renda e as suas consequências para a maioria da população.

A abertura de espaços para discussão, a criação de políticas relacionadas à Assistência Farmacêutica, exemplo a PNS em 1998, a ANVISA em 1999, a regulamentação do mercado de medicamentos genéricos e a definição do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, a normatização do registro de fitoterápicos em 2000 e a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos em 2003 foram importantes para a que fosse criada em 2004 a própria Política de Assistência Farmacêutica.

A I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica em 2003 indicou ao Conselho Nacional de Saúde, a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada através da Resolução nº 338 de 2004 na qual é definida como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004a, não paginado).

Presente no arcabouço legal, a descentralização dos serviços de saúde que resultou em um amplo processo de municipalização dos mesmos, ampliando a rede de Assistência. Como consequência, compete às Secretarias Municipais a gestão dos serviços com qualidade, assumindo a compreensão, o domínio de conhecimentos científicos, tecnológicos e gerenciais e que atendam aos aspectos técnicos específicos e sociais aplicáveis voltados para a promoção e recuperação da saúde. O suporte legal para a Assistência Farmacêutica em nosso país deve ser conhecido pelos gestores, gerentes e executores de suas ações. Nesse sentido, adotaram algumas diretrizes para garantir o acesso da população a esses medicamentos, são elas:

- adoção de uma Relação Nacional de Medicamentos (Rename) – sendo que o Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos

para sua contínua atualização; esta lista deverá ser a base para organização das relações estaduais e municipais de medicamentos, favorecendo o processo de descentralização da gestão;

- regulamentação sanitária dos medicamentos – sendo enfatizadas questões relativas ao registro de medicamentos, autorização para funcionamento de empresas, restrições e eliminação de produtos inadequados ao uso e adoção de genéricos;
- reorientação da Assistência Farmacêutica – deverá estar fundamentada na descentralização da gestão, contribuindo para a racionalização e normatização de todos os processos envolvidos, desde a programação até a dispensação de medicamentos;
- promoção do uso racional de medicamentos – atenção especial ao processo de informação, relativo às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, ao processo educativo dos usuários, à adoção dos genéricos etc.
- promoção da produção de medicamentos previstos na RENAME – a cargo dos diferentes segmentos industriais, com ênfase na participação dos laboratórios oficiais;
- garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos – fundamentada no cumprimento da regulamentação sanitária;
- desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos (MARIN et al., 2003, p.128).

Foi somente em 2004, através desta Resolução supracitada, que foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) a qual define que a Assistência Farmacêutica deve ser comprometida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destacam a política de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersectorialidade inerente ao sistema público do país e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde (BRASIL, 2004a).

As ações da Assistência Farmacêutica estão fundamentadas nas diretrizes do art. 198 da Constituição Federal de 1988, no artigo 7 da Lei Orgânica da Saúde, assim como nos preceitos da Assistência Farmacêutica:

- Universalidade e equidade.
- Integralidade.
- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
- Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- Multidisciplinariedade e intersetorialidade.
- Garantia de qualidade.
- Estruturação e organização dos serviços farmacêuticos, com capacidade de resolução.
- Normalização dos serviços farmacêuticos.
- Enfoque sistêmico, isto é, ações articuladas e sincronizadas (BRASIL, 2007c, p.20).

Assim, em seus mais de vinte anos, o SUS vem se organizando para fornecer medicamentos essenciais à população, baseando-se nas suas doutrinas e diretrizes e em políticas públicas relacionadas com a assistência farmacêutica. Marin et al. (2003) afirma que a Assistência farmacêutica no Brasil é um projeto ainda em construção no qual convivem pelo menos dois modelos assistenciais: o desenvolvido durante as décadas de 1920 e 1930, relacionado com o sistema previdenciário no qual recebiam atendimento à saúde somente trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, o *modelo curativo médico assistencialista*. O outro modelo é o que está em construção, o *modelo integrado de promoção da saúde* proposto pelo SUS, no qual implica mudanças organizacionais (descentralização, hierarquização etc.), além de uma nova compreensão do processo saúde-doença e na redefinição do vínculo entre os serviços e os usuários.

Desde a criação da Lei nº 8.080, a Assistência Farmacêutica passou por diversas dificuldades, principalmente pelo seu entendimento reduzido a uma política de medicamentos. Nessa perspectiva, Coelho (2003) explica que se ignora todo o processo até o momento do acesso dos usuários aos medicamentos, ou seja, procedimentos como a pesquisa, o desenvolvimento tecnológico e científico, a produção, o controle de qualidade, a compra, o armazenamento, a distribuição e a dispensação.

Apesar do desenvolvimento de um conceito de Assistência Farmacêutica ao SUS e da incorporação à Política Nacional de Medicamentos, nos últimos anos, não houve um conjunto de ações articuladas que viabilizassem a sua implementação integral no sistema

de saúde do país. Ao contrário privilegiou-se a prática focalista e sem a devida articulação, nos diferentes âmbitos da gestão do SUS, do entendimento mais amplo da Assistência Farmacêutica. A implantação do Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica (PINF), em 1999, pretendeu auxiliar a organização do modelo apontado pela PNM, no entanto, foi realizada de forma centralizada.

De acordo com Silva (2009) para que os usuários tenham acesso aos medicamentos de forma mais fácil é preciso que os serviços e ações de saúde ocorram de forma descentralizada. Dessa forma, a Assistência Farmacêutica precisa ser dividida entre a dimensão política e a técnica que são operacionalizadas no chamado ciclo de Assistência Farmacêutica que visa à organização dos serviços de saúde, tornando mais equânime a distribuição dos medicamentos, promoção e tratamento da saúde, de acordo com as especificidades de cada município. O ciclo envolve: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação.

Em relação aos medicamentos padronizados, estes são avaliados pela ANVISA no que se refere à eficiência e à efetividade, além da relação custo/benefício, sendo que cada instância de governo tem suas competências e atribuições no gerenciamento, na operacionalização e no financiamento desses programas (CHIEFFI E BARATA, 2009). Portanto, percebe-se a perspectiva de uma assistência farmacêutica que além do acesso, assegure o uso racional dos medicamentos e esse papel deve ser assumido por todos: gestores, prescritores, órgãos de vigilância e controle e população em geral.

Na Assistência Farmacêutica o financiamento é pactuado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e de responsabilidade das três esferas gestoras, para que possam ser realizados repasses, na forma de blocos de financiamento, para os três níveis de atenção à saúde, ou seja, a básica, média e alta complexidade. Os blocos de financiamento apresentam-se de forma planejada a fim de promover o acesso aos medicamentos dos três componentes citados pela população, são eles: componente básico, componente estratégico e componente de medicamentos de dispensação excepcional (BRASIL, 2003).

O incentivo à Assistência Farmacêutica, já citado anteriormente, propôs o repasse de R\$ 2,00 por habitante/ano, sendo que R\$ 1,00 seria pelo gestor federal e R\$ 0,50 dos gestores estaduais e municipais cada (BRASIL, 2003). No entanto, para ter acesso ao incentivo era necessário que os estados e municípios brasileiros definissem um Plano Estadual de Assistência Farmacêutica, que contemplasse um elenco de medicamentos básicos de acordo com o perfil epidemiológico local.

O Incentivo à Assistência Farmacêutica estabelece o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica como critério para o repasse financeiro ao mesmo tempo em que estimula os estados e municípios a terem autonomia. Dessa maneira, faz com que os municípios conheçam suas características e perfil epidemiológico e com que o gestor federal se desresponsabilize ao cobrar de todos os municípios, até os menores e mais desprovidos financeiramente, sendo o valor deste repasse para o cofinanciamento da Assistência Farmacêutica Básica o valor de R\$ 4,00 Hab/Ano<sup>10</sup>.

Percebe-se que é imprescindível ao sistema de saúde a adoção de diretrizes clínicas, terapêuticas e uma política racionalizadora para o fornecimento de medicamentos. Dessa forma, é necessário garantir o acesso da população aos produtos farmacêuticos, com uso racional, e ao custo que possa ser financiado pela sociedade, evitando gastos desnecessários para o sistema e para a sociedade.

A promoção do uso racional de medicamentos destaca a adoção dos medicamentos genéricos e do uso consciente da medicação, assim como o processo educativo do usuário e de atualização dos profissionais que prescrevem sobre a necessidade, automedicação, interrupção e troca dos fármacos.

Na discussão sobre o uso racional de medicamentos é preciso preocupar-se com a necessidade de dar acesso aos medicamentos àqueles que deles necessitam e paralelamente ficar alerta para o processo de “medicalização”<sup>11</sup> que vem ocorrendo na nossa sociedade, que tem entre outras causas o fomento no uso patrocinado por empresas farmacêuticas que precisam assegurar retorno financeiro para supostos novos medicamentos. A necessidade de colocar medicamentos no mercado dá-se muitas vezes às custas da *criação* de novas doenças e novos pacientes. Além de, em muitos casos, não se alcançarem os resultados terapêuticos prometidos, os usuários muitas vezes estão sujeitos a reações decorrentes do seu uso. Essa atuação faz parte da estratégia dessa indústria, na qual as empresas buscam manter sua imagem de inovadoras e garantir sua capacidade competitiva.

---

<sup>10</sup> Conforme Portaria GM nº 4.217 de 28 de Dezembro de 2010 e Deliberação CIB nº 192/11 de 22 de Julho de 2011. Disponível em: [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=503&Itemid=82](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=503&Itemid=82). Acesso em: 01 dez 2011.

<sup>11</sup> Por medicalização, entende-se a utilização do modelo biomédico, sustentado no método clínico, para abordar problemas de ordem sócio-econômico-cultural. Aplicado à compreensão do comportamento humano, ele conduz a uma visão individualizada e biologizante (MEDICALIZAÇÃO, 2009, não paginado).

A maioria desses ‘novos’ medicamentos é, na verdade, fruto de pequenas mudanças nas suas estruturas moleculares que não proporcionam nem representam melhorias ou ganhos substanciais sob o ponto de vista terapêutico. São os chamados me too. Contudo, a comercialização de um número cada vez maior de medicamentos similares, de equivalentes ou alternativas farmacêuticas, associados ao intenso trabalho de marketing e disputa de mercado, acabam por criar grandes confusões nesse setor e, como resultado, estimulam a prescrição e o uso irracional de fármacos (MARIN et. al, 2003, p.133).

Compreende-se que, para o Brasil, o termo Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde (BRASIL, 1998). Assim, podemos entender que a Assistência Farmacêutica engloba, entre suas diversas atividades, as ações de Atenção Farmacêutica quando se referir às ações específicas do profissional farmacêutico no contexto da assistência à população (individual e coletiva) quanto à promoção do uso racional de medicamentos.

Historicamente, o uso de medicamentos sofreu algumas mudanças, no período posterior as duas grandes guerras houve a expansão do setor tecnológico que consolidou o modelo técnico-científico-industrial americano (ANDRADE et. al, 2008). A partir da década de 1950, a medicina passou a se beneficiar dos avanços da bioengenharia, após um período onde as tecnologias de baixo custo predominaram os paradigmas de controle de doenças infecto-parasitárias e da desnutrição. A medicina sofisticou-se tecnologicamente e sua prática tornou-se cada vez mais independente, além disso, os serviços de saúde passaram a ser ofertados de forma especializada, o que mudou o papel dos hospitais e emergências, criando novas redes de atenção à saúde e mudando forma de acesso da população aos serviços. Para Barros (2002, não paginado), isso passou a refletir espontaneamente na automedicação, assim como a medicalização, a saúde então

sofre o impacto, a partir da revolução industrial que instaura o capitalismo, da transformação de tudo em mercadoria, em princípio destinada a produzir lucros. Está aberto o campo para a gestação do “complexo-médico-industrial” e para a mais ampla possível mercantilização da medicina, com todos os malefícios daí decorrentes, especialmente no acesso não equânime e universal aos serviços médico-assistenciais, inclusive aos essenciais e o que é mais grave ainda, nas sociedades como a nossa, marcada por cruel concentração da renda e, a partir daí, de todos os bens e serviços.

A medicalização configura também a prática mercadológica que geralmente traz consigo um aumento nos preços desses novos medicamentos e, conseqüentemente, dos custos dos tratamentos. Ou seja, o usuário para dar continuidade ao tratamento de saúde com medicamentos que não está disponível na Unidade Básica de Saúde, força-se a comprar em uma farmácia privada ou até mesmo abandonar o tratamento. Diante disso, torna-se fundamental uma seleção racional de medicamentos, de maneira a proporcionar maior eficiência administrativa e uma adequada resolutividade terapêutica, além de contribuir para a racionalidade na prescrição e utilização de fármacos. Além disso, sabe-se que a descentralização dos serviços de saúde é um dos princípios fundamentais para a organização e gestão do SUS e da Assistência Farmacêutica, e por isso talvez seja um dos grandes desafios enfrentados pelos gestores do sistema.

Conforme descreve Coelho (2003, p.03):

Temos pela frente um enorme desafio, o da luta sem trégua pela construção e consolidação de um modelo digno de atenção, que inclua a assistência farmacêutica e o acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais, assegurando o exercício pleno da cidadania [...] No contexto das reformas que a maioria dos países vem implementando no setor saúde, mais do que nunca é necessário reforçar os conceitos de medicamentos essenciais, assegurando universalidade e equidade no acesso da população, pactuar medidas para promover a produção nacional, promover o fortalecimento da

capacidade produtiva do setor estatal, ter a coragem de discutir a necessidade da intervenção estatal nas políticas de preços, proibir a propaganda enganosa e desmedida, mudando os padrões de consumo para efetivamente implementar, em todos os níveis, o uso racional de medicamentos (COELHO apud BERMUDEZ, 2003, p.03).

Apesar do debate e preocupação sobre a Assistência Farmacêutica e o acesso aos medicamentos pela população, percebe-se que nem sempre a Assistência Farmacêutica implementada pelo Poder Público atende às necessidades do paciente, ora porque se exige medicamentos especiais e/ou tornaram ineficazes os medicamentos constantes da listagem, ora porque houve falha na atualização da RENAME. Portanto, a falta ou deficiência dos serviços de saúde prestados pelo Estado, incluindo nessa prestação a Assistência Farmacêutica e o fornecimento de insumos terapêuticos, sem dúvida ameaça o direito à vida, e em muitos casos, é capaz de produzir lesão irreparável a esse direito.

Noutra perspectiva também podemos analisar que a universalidade e a integralidade, princípios constitucionais norteadores do SUS, torna-se limitada ou parcial quando o Ministério da Saúde repassa recurso financeiro sem conhecer as especificidades de cada município, tratando todos da mesma forma. Diante disso, se contrapõe ao arcabouço legal da saúde e aos princípios de universalidade e integralidade do SUS, do qual deve oferecer ações e serviços de saúde de forma integral, incluindo a Assistência Farmacêutica. Diante do exposto, é necessário estudar e respeitar o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde identificando onde se encontra a dificuldade do acesso aos medicamentos.

Outra questão a ser considerada é que mesmo com todos os avanços do Sistema desde sua criação, o Estado ainda falha em garantir o acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais. Atualmente, no País, um fenômeno está desestruturando a política de medicamentos neste aspecto, comprometendo os orçamentos para a aquisição de medicamentos. Tornou-se freqüente a reivindicação por parte do cidadão, via sistema judiciário, da aquisição de medicamentos que não constam nas relações de medicamentos essenciais, processo que consome um grande volume de recursos do SUS.

As dificuldades prestação de Assistência Farmacêutica é um fator que evidencia a ineficiência da estrutura do SUS e afronta o direito fundamental à saúde. Com isso, observa-se a procura crescente pelo fornecimento de medicamentos por demanda judicial. Estas requerem desde o acesso a medicamentos básicos, não padronizados pela Rename, até medicamentos prescritos para indicações não previstas em bula ou até mesmo sem registro no país (BRASIL, 2009).



### 3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Buscamos nesta seção apresentar uma discussão sobre a judicialização da saúde no Brasil, com base em um estudo bibliográfico para se ter uma maior visibilidade do início e do processo de judicialização que está ocorrendo na saúde nos últimos anos. Posteriormente apresenta-se a pesquisa documental realizada no Tribunal de Justiça Federal da 4ª Região, onde estudamos os processos para acesso a medicamentos, demanda que tem ocorrido de forma crescente através de processos judiciais. O estudo busca contextualizar em que perspectiva o Poder Judiciário tem respondido a estas demandas de modo a garantir o direito individual e/ou coletivo dos usuários do Sistema Único de Saúde.

#### 3.1 A EMERGÊNCIA DA JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL

Ainda são raros os estudos que tenham como objetivo o fenômeno *Judicialização da Saúde*, ou seja, demandas judiciais para acessos a serviços e insumos. Além disso, a complexidade de tal fenômeno repercute no desafio constitucional de garantir os direitos dos cidadãos à atenção integral à saúde e na dificuldade dos gestores de saúde pública frente aos mecanismos jurídicos que visam garantir aos usuários a assistência médica recomendada.

Andrade et al. (2008) afirma que a judicialização vem ocorrendo de forma parecida em vários países, nos que possuem sistemas universais de saúde e até mesmo naqueles onde predomina os seguros privados. Entretanto, em todos os sistemas são os profissionais de saúde quem mais influenciam no aumento da demanda de processos judiciais para requerer medicamentos. A autora ainda refere que:

Se, por um lado, as decisões judiciais visam a garantir o atendimento ao direito e às necessidades do cidadão, por outro remetem ao gestor a responsabilidade da decisão de alocação de recursos que muitas vezes contradita o princípio da equidade em saúde. Os conflitos tornam-se ainda mais complexos quando se considera que no vértice de tais decisões encontra-se uma indicação médica (ANDRADE et. al, 2008, p. 47).

No momento em que vemos a judicialização no âmbito da saúde crescer desordenadamente, percebemos que os tribunais vêm exercendo um papel importante na busca da sociedade em garantir seus direitos constitucionais, além de ser um dos pilares fundadores do Estado constitucional moderno, juntamente com o Poder Legislativo e o Poder Executivo. Santos et. al. (1996) afirma que a transformação sóciopolítica dos tribunais foi condicionada pelo desenvolvimento econômico, e sua evolução variou significativamente de país para país, principalmente quando se tratam dos países centrais, os periféricos e os semi-periféricos.

O autor explica que no período Liberal, do século XIX até a Primeira Guerra Mundial, foi um momento importante para a consolidação do modelo judicial moderno que se assentou na teoria de separação de poderes do Estado. Assim, efetiva-se uma organização do poder político de tal maneira que o Poder Executivo e o Poder Legislativo assumem uma clara predominância, enquanto o judicial, na prática seria politicamente neutralizado e só atuando quando solicitado pelos outros setores do Estado.

Portanto, para entendermos a consolidação do modelo judicial que conhecemos hoje, é preciso analisar os períodos históricos que foram importantes para tal processo. Ainda no período Liberal, testemunhou-se o desenvolvimento vertiginoso da economia capitalista no seguimento da Revolução Industrial, além do crescimento das grandes cidades, o crescimento das desigualdades sociais e a emergência da questão social (SANTOS et. al. 1996). Os tribunais ficaram totalmente à margem desse processo, de modo que a justiça retributiva<sup>12</sup> se transformasse numa questão de direito, enquanto a justiça distributiva passou a ser uma questão política.

No período posterior a Segunda Guerra Mundial surgiu uma nova forma política de Estado: o Estado-providência (Estado de Bem-Estar)

---

12 O conceito de **Justiça Retributiva** baseia-se numa variedade de processos que procuram enfrentar e lidar com conflitos (crime) onde o envolvimento procedimental da vítima é tão importante como do acusado. Este conceito coloca a sua ênfase no dano causado á vítima assim como a própria comunidade onde esta se encontra inserida. Enquanto a **justiça distributiva** é a justiça "que se exerce nas distribuições de honras, dinheiro e de tudo aquilo que pode ser repartido entre os membros do regime (politeia)" A **justiça distributiva** rege-se por uma igualdade proporcional, isto é, a relação que existe entre as pessoas é a mesma que deve existir entre as coisas; em uma oligarquia, por exemplo, a participação nos benefícios da comunidade vai dar-se proporcionalmente à riqueza de cada cidadão. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/revista/Rev\\_48/artigos/ART\\_LUIS.htm#I](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Rev_48/artigos/ART_LUIS.htm#I). Acessado em 28 out. 2011.

que distinguiu-se por promover o bem-estar, consagração constitucional dos direitos sociais e econômicos. Santos et. al. (1996, p.33) explica que nesse período “a distinção entre litígios<sup>13</sup> individuais e litígios coletivos torna-se problemática na medida em que os interesses individuais aparecem, de uma ou de outra forma, articulados com interesses coletivo”.

Neste momento a população toma consciência quanto aos seus direitos e os deveres do Estado, trazendo a juridificação do bem-estar social que abriu caminho para novos campos de litigiosidade, como por exemplo, nos campos civil, trabalhista, administrativo e da segurança social, isso proporcionou um aumento considerável da procura judiciária e conseqüentemente explosão da litigiosidade. Porém, a resposta para o aumento da demanda aos tribunais variou de país para país.

No entanto, os tribunais demonstraram uma responsabilidade política na atuação promocional do Estado, através de uma vinculação mais estreita do direito ordinário à Constituição, de modo a garantir uma tutela mais eficaz dos direitos de cidadania, entre eles, o direito à saúde. O autor aponta que o Estado de Bem-Estar nos países centrais demonstrou suas primeiras manifestações de crise devido à incapacidade financeira do Estado para atender às despesas crescentes da providência estatal, mudando também o significado sóciopolítico das atividades do poder judiciário.

Além disso, o aumento da litigação agravou a tendência para avaliação do desempenho dos tribunais em termos de produtividade quantitativa. Essa tendência fez com que a massificação dos litígios desse origem a uma judicialização rotinizada, com juízes a evitar sistematicamente os processos e os domínios jurídicos que obrigassem a estudo ou a decisões mais complexas, inovadoras ou controversas (1996, p.37).

O Estado de Bem-Estar foi um fenômeno exclusivo dos países desenvolvidos, enquanto que nas sociedades em desenvolvimento, por

---

13 Os litígios são construções sociais, na medida em que o mesmo padrão de comportamento pode ser considerado litigioso ou não-litigioso consoante à sociedade, o grupo social ou o contexto de interações em que ocorre. Como todas as demais construções sociais, os litígios são relações sociais que emergem e se transformam segundo dinâmicas sociologicamente identificáveis (SANTOS, 1996, p.50).

exemplo, os países latino-americanos viram o declínio dos seus regimes militares e o conseqüente processo de transição democrática. Dessa maneira, foram assumindo a responsabilidade de consagrar-se constitucionalmente seus direitos ao mesmo tempo em que nos países centrais que foram consagrados ao longo de um período de mais de um século. No Brasil, somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988, direcionou-se a atuação do Estado brasileiro para a consecução do bem-estar social e da plena cidadania, instituindo no ordenamento jurídico determinados direitos sociais, como o direito à saúde e à educação, direcionando a atuação do Estado para garanti-los.

Conforme Santos et al. (1996, p. 48)

[...] o nível de desenvolvimento econômico e social do país condiciona a natureza da conflitualidade social e interindividual, a propensão a litigar, o tipo de litigação e, portanto, o desempenho dos tribunais enquanto expressão do padrão de consumo da justiça, entendido este como oferta efetiva de tutela judicial perante a procura efetiva.

Sendo assim, países com nível de desenvolvimento socioeconômico diferentes apresentam perfis judiciários distintos e também o tipo de desempenho dos seus tribunais. A partir da década de 1970, os processos litigiosos diretamente relacionados com a atividade econômica, que até então eram os principais nos tribunais, deram espaço para novos tipos de litígios. A explosão da litigiosidade tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento, deve ser discutida de forma diferente, de acordo com o tipo de procura e a cultura jurídica<sup>14</sup> instalada em cada país. No Brasil alguns tribunais, sobretudo de primeira instância, os que constataam mais de perto com as flagrantes discrepâncias entre igualdade formal e justiça social, tem vindo a criar uma corrente jurisprudencial orientada para uma tutela mais efetiva dos

---

<sup>14</sup> A cultura jurídica é o conjunto de orientações a valores e interesses que configuram um padrão de atitudes diante do direito e dos direitos diante das instituições do Estado que produzem, aplicam, garantem ou violam o direito e os direitos. Nas sociedades contemporâneas, o Estado é um elemento central da cultura jurídica e nessa medida é sempre uma cultura jurídico-política e não pode ser plenamente compreendida fora do âmbito mais amplo da cultura política. Por outro lado, a cultura jurídica reside nos cidadãos e em suas organizações e, nesse sentido é também parte integrante da cultura de cidadania (SANTOS et. al, 1996 p. 48).

direitos. Essas correntes jurisprudenciais, ainda que minorias assumiram por vezes uma expressão organizativa do movimento do direito alternativo e protagonizado por juízes envolvidos no reforço da tutela judicial dos direitos (SANTOS, 1996).

Portanto, o surgimento do chamado Estado Social, que incorporou promessas e compromissos através das cartas constitucionais, fez aumentar as demandas judiciais pela concretização dos novos direitos de cidadania constitucionalizados. Em nosso país, a judicialização surge durante o governo de Getúlio Vargas, como o resultado do processo de ampliação da máquina administrativa estatal que permitiu a elaboração de políticas que visavam à efetivação dos direitos sociais, momento em que o país passava por uma aceleração do desenvolvimento industrial e urbano. No entanto, foi a partir da promulgação da Constituição Federal que este processo deslanchou e observou-se uma elevação considerável da demanda da sociedade por justiça (SIERRA, 2011). Mas, além da reconquista das liberdades democráticas e da cidadania, da ampliação de direitos e garantias fundamentais e da correspondente conscientização das pessoas e dos grupos sociais sobre seus direitos, outro elemento contribuiu decisivamente para a judicialização de políticas públicas, foi à introdução de novos e efetivos instrumentos processuais para garantir sua efetividade e a tutela destes direitos.

A crescente mobilização dos tribunais pelos cidadãos implica sempre na consciência sobre seus direitos e a afirmação da capacidade de reivindicar, e nesse sentido é uma forma de exercício da cidadania. A Figura 1 que apresentaremos a seguir mostrará o modo como são geridas socialmente as relações litigiosas, Santos et. al. (1996) explica o processo de um litígio até chegar ao seu julgamento, desde a consciência dos seus direitos até a e avaliações dos danos e que ele pode ser reparado. Além disso, procuramos mostrar de forma simples os vários caminhos que um processo precisa seguir até o julgamento, caminho que nem sempre ocorre de forma simples para o lesionado.

**Figura 1:** Pirâmide dos litígios e sua resolução.



Figura 1 – Pirâmide dos litígios e sua resolução.

Fonte: Os tribunais nas sociedades contemporâneas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, (Santos, 1996)

Sabemos que as pessoas tem percepções diferentes de uma dada situação fazem dela avaliações diferentes e, vice-versa, que certos grupos sociais têm uma capacidade muito maior para identificar danos, avaliar a sua injustiça e reagir contra ela. Quanto menor é a capacidade de identificação, mais difícil se torna avaliar o significado sociológico da base da pirâmide. O autor analisa que grupos sociais que ocupam essas variáveis situações de maior vulnerabilidade são também aqueles em que tende a ser menor a capacidade para transformar a experiência da lesão em litígio. Assim, uma vez reconhecida a existência do dano, do causador dele, não significa necessariamente que o litígio emerge. É necessário que o lesado ache que o dano é de algum modo remediável, reclame contra o responsável pelo dano de que é vítima. Sempre que tal sucede, o litígio só surge quando tal reclamação ou queixa é rejeitada no todo ou em parte. Santos et. al. (1996, p.51) afirma que “o trajeto até aqui percorrido é sociologicamente muito importante para determinar o conteúdo de justiça distributiva das medidas destinadas a incrementar o acesso à justiça”.

Porém, de todos os mecanismos para a resolução de litígios disponíveis, os tribunais são os mais oficiais, especializados, formais e

os mais inacessíveis. Por isso, é comum que antes de recorrer aos tribunais o autor de um litígio procure resolvê-lo junto a instâncias mais acessíveis e que garantam um nível aceitável de eficiência, por exemplo, um familiar, organização comunitária, profissionais: advogado, assistente social, médico, etc. Mas, se a resolução não acontecer, a trajetória do litígio prossegue a um nível de polarização mais elevado, os tribunais e posteriormente ao julgamento.

No entanto, quando o assunto é saúde, o seu tempo é diferente do tempo do judiciário, pois ela necessita de agilidade. Assim, quando a saúde passou a ser entendida como um direito do cidadão e dever do Estado, além de outros direitos através da carta constitucional, particularmente no caso brasileiro sendo divulgado de maneira ampla, contribuiu para que a população tivesse conhecimento e consciência, levando milhares de pessoas a recorrerem à Justiça quando necessitam de um medicamento ou procedimento que não conseguem adquirir no Sistema Único de Saúde. A chamada judicialização da saúde, que começou a ocorrer há mais de quinze anos com os medicamentos anti-retrovirais, se fortaleceu principalmente na última década, tornando-se um tema cuja discussão é cada vez mais necessária.

Contudo, na perspectiva do uso de medicamentos, percebemos que situações em que o usuário procura por medicamento na Unidade Básica de Saúde e este lhe é negado, é possível que o Estado o disponibilize, mas, se o município ou o estado não fornecem e o usuário que tem acesso a informação, ele busca o fornecimento através do Judiciário. Caso contrário, quando ele não tem a informação de que existe outro meio pelo qual se pode obter o medicamento, interrompe o tratamento, possibilitando o agravamento de sua enfermidade. Sendo assim, a omissão e/ou ineficácia do Estado na prestação dessa assistência médico-farmacêutica em paralelo a tomada de consciência da população sobre seus direitos, deu início ao fenômeno que vem sendo denominado judicialização da saúde, compreendido como a provocação e a atuação do Poder Judiciário em prol da efetivação dessa assistência (GANDINI, BARIONE e SOUZA, 2007).

Os autores ainda afirmam que

O direito à saúde deve ser encarado como direito fundamental social subjetivo, passível de ser tutelado judicialmente caso o Estado não promova as prestações materiais necessárias à sua completa realização.(...). Ao revés, todo direito fundamental é acima de tudo uma norma de caráter

principiológico, dotada de força normativa, e cuja aplicação não se restringe a casos pontuais e específicos, estando apta para promover a máxima eficácia dos valores garantidos pela Constituição Federal (2009, p. 4).

No entanto, nas vias jurisdicionais, se a administração pública prestar indiscriminadamente atendimento médico e assistência farmacêutica, pode comprometer o funcionamento, o planejamento e o orçamento do SUS. A implementação do direito à saúde no Brasil por meio do cumprimento de decisões judiciais tem suscitado diversas discussões, dentre elas se destaca o confronto direto de dois princípios: de um lado aquele que afirma ser dever do Estado garantir aos indivíduos um núcleo mínimo de direitos, sem os quais não há falar-se em vida digna; de outro, o princípio que estabelece que a atuação do Estado é limitada diante da indisponibilidade de recursos financeiros para atender e efetivar todos os direitos fundamentais sociais.

Borges e Ugá (2009, p.17) destacam que o termo judicialização ganhou o debate público, e com isso, multiplicaram-se os seus usos e sentidos, ainda fazem uma breve análise dos vários usos e sentidos do termo, desde normativo, que é o mais comum, até a utilização da expressão no sentido de processo político e social.

Do ponto de vista normativo, a expressão é utilizada, por exemplo, para se referir à obrigação legal de que um determinado tema seja apreciado judicialmente, ou ainda, para indicar a preferência pela utilização da via judicial para a resolução de determinada causa. No sentido de processo político e social, a expressão é utilizada para indicar, por exemplo, a expansão do âmbito qualitativo de atuação do sistema judicial ou o simples aumento do número de processos nos tribunais. (...). A judicialização da política e a politização da justiça seriam expressões correlatas que indicariam os efeitos da expansão do Poder Judiciário no processo decisório das democracias contemporâneas.

Enquanto para Sierra (2011), a Judicialização também é um *sintoma* das democracias contemporâneas, a autora afirma que este processo representa reconhecimento da cidadania através do Poder Judiciário e tem se realizado em meio a conflitos que envolvem a

sociedade, o Poder Executivo e o Poder Judiciário, destacando o avanço do neoliberalismo e a conseqüente destituição dos direitos sociais como agravantes desse processo, chamado Judicialização.

No âmbito da saúde, o debate reflete as discussões amplas e relacionadas principalmente, ao acesso a medicamentos, ressaltando, sobretudo, o impacto do custo dos mandados judiciais e as distorções que podem causar no SUS. Em 2005, o então Ministro da Saúde estimou que as compras de medicamentos para atender às decisões federais consumiam algo em torno de R\$ 4 bilhões em todo o país (Borges e Ugá, 2009). Já com ações judiciais, o Ministério da Saúde gastou R\$ 52 milhões em 2008, subindo para R\$ 132 milhões no ano de 2010, além disso, um levantamento parcial feito pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) identificou mais de 240 mil processos judiciais relacionados ao setor de saúde em tramitação (MINISTÉRIO DA SAÚDE)<sup>15</sup>. Nesse sentido, a discussão sobre o uso crescente das ações judiciais individuais, que visam solucionar os conflitos de interesses e direitos no acesso à assistência à saúde, ganha relevância no âmbito da Saúde Pública através necessidade de se pensar instrumentos e mecanismos que possam analisar, interagir com o sistema de justiça e buscar reduzir as distorções causadas pelos mandados judiciais. Visto que, a efetivação desses direitos sociais decorre de políticas públicas, que para serem implementadas, por sua vez, demandam gastos públicos.

Porém, é claro que o Estado não pode ser negligente frente a indivíduos que correm risco de vida eminente. No entanto, como o direito à assistência farmacêutica depende de uma política pública para ser garantido, sob a perspectiva da justiça distributiva que pode nortear a prestação coletiva e o próprio atendimento às necessidades terapêuticas individuais, é preciso que as necessidades individuais sejam contextualizadas dentro da política pública de medicamentos. Marques e Dallari (2007, p.106) afirmam ser relevante que se tenha muito claro que para a “real proteção judicial dos direitos humanos não é suficiente cumprir apenas as formalidades judiciárias, ter uma aparência de proteção judicial, que adormece a vigilância e que não é, porém, mais do que uma ilusão de justiça”.

Assim, experiência de ampliação desses direitos e políticas pela via da judicialização tem mostrado, tanto aqui como em outros países, que isso não se faz sem impacto nas finanças públicas e, com muita

---

<sup>15</sup> Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/clipping\\_08072011.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/clipping_08072011.pdf). Acesso em: 05 dez. 2011

freqüência, tem engendrado gastos públicos consideráveis. Além disso, forçar a reorientação de prioridades e estratégias governamentais nos setores por ela alcançados. Exemplo disso, em relação a assistência farmacêutica, é que existem evidências de que a judicialização dessa política no Brasil, além de atuar como um fator desorganizador das finanças públicas tem contrariado princípios constitucionais que devem orientar a Administração Pública e a organização e o funcionamento do próprio SUS.

O crescente número de ações judiciais propostas por usuários do Sistema Único de Saúde para garantir o fornecimento de medicamentos tem sido motivo de preocupação para os gestores de saúde em todos os níveis federativos. O volume de ações judiciais desse tipo vem crescendo não apenas nos Tribunais Estaduais, passando a ocupar espaço também nos Tribunais Superiores do nosso país. De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, em dez anos, a SES acumulou cerca de 11 mil ações com custo de R\$ 260 milhões, em 2009 foram gastos R\$69 milhões para o cumprimento de 2.821 ações judiciais (SIMESC, 2010)<sup>16</sup>. Somente em 2010, Santa Catarina gastou 93 milhões no cumprimento de decisões judiciais para a entrega de medicamentos de alto custo a 8,1 mil pacientes (DIARIO CATARINENSE, 10 jul, 2011).

Lembrando que este gasto pode variar de acordo com o tratamento medicamentoso solicitado pelo impetrante. Conforme foi relatado através de contato telefônico pelo Assistente Social do DIAF, Amarildo Vando Albino, tem ações requerendo tratamento que chegam a custar mais de R\$ 7.000,00. Além disso, até o final de 2011 estão em tramitação cerca de 8.727 processos judiciais em nosso Estado, sendo que neste ano a SES já gastou R\$ 100.714.786,57 em ações judiciais deferidas. Nesse sentido, a SES afirma que a participação do Judiciário contribui em questões que envolvam urgências e procedimentos indispensáveis, no entanto, se estas decisões não forem norteadas por critérios técnicos da medicina baseada nos dados clínicos do paciente, podem fornecer medicamentos que possuem fórmulas iguais genéricas aos que estão disponíveis na rede.

Com o número crescente de demandas judiciais para a garantia de tal direito fica cada vez mais necessário a discussão acerca do judiciário e financeiro. Para Andrade et. al. (2008) são diferentes os pedidos destas

---

<sup>16</sup> Reportagem “Judicialização da Medicina: O Sistema Único de Saúde em risco”. Revista Boletim Médico SIMESC de junho de 2010.

prestações, no entanto, a maioria é por medicamentos e o impacto financeiro dessas ações tem motivado a busca por compreensão e avaliação deste fenômeno por parte dos gestores de saúde.

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, no final do ano de 2006, mostrou que no Brasil o gasto total com medicamentos do Ministério da Saúde aumentou em 115% entre 2002 e 2006. Através de uma análise dos programas, verifica-se que o Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional foi o que teve maior ampliação do gasto, aumentando em 147% de 2003 a 2009. Os custos saíram de R\$ 516 milhões em 2003 para R\$ 2,3 bilhões em 2009. Seguido pelo Programa de Medicamentos Estratégicos, que inclui os medicamentos para tratamento de DST/Aids e imunobiológicos, com elevação de 141% do gasto. E, por fim, o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, que teve aumento do gasto de 74% entre 2002 e 2006.

Dessa forma, como Santos (1996) expôs anteriormente, o significado sóciopolítico dos tribunais e seu papel diante da consagração constitucional dos direitos sociais tornou-se mais complexa e política com o passar do tempo e a relação entre a Constituição, o direito ordinário e os tribunais foram arrastados entre as condições do exercício efetivo destes direitos. Também acabaram assumindo sua cota-parte na de responsabilidade política na atuação promocional do Estado e o seu desempenho judicial passou a ter uma relevância social e um impacto mediático.

### 3.2 RESPOSTAS DO JUDICIÁRIO AS DEMANDAS POR ACESSO A MEDICAMENTO NA REGIÃO DA GRANDE DE FLORIANÓPOLIS

Com a finalidade de estudar o a Judicialização na Saúde esta pesquisa buscou caracterizar as demandas judiciais para obtenção de medicamentos na região da grande Florianópolis, junto ao Tribunal de Justiça Federal da 4ª Região. Inicialmente foi dado prioridade aos processos físicos, a fim de conhecer a linguagem judiciária e como eles se caracterizam em sua totalidade (perfil do paciente, advogado, as três esferas, doenças, quais medicamentos, etc). A pesquisa foi realizada no mês de junho de 2010 em oito processos (pastas físicas) e através da

observação a oito audiências de conciliação e neste ano através de nova observação de audiências de conciliação.

Além dos processos físicos, observamos as audiências de conciliação que surgiram a partir de uma parceria entre o Sistema de Conciliação de Santa Catarina (SISTCON/SC) e o Juizado Especial Federal Cível (JEF Cível) e começaram a ocorrer em março de 2010, processos que até então seguiam os trâmites convencionais, devido ao aumento desordenado de ações judiciais que tramitavam para o acesso a medicamentos e insumos. Além disso, a complexidade do assunto requer urgência, bem como a repartição da responsabilidade pela saúde entre os três entes federativos (União, Estados e Municípios) fizeram com que fosse necessária a adoção de um procedimento diferenciado para resolver estas ações. Conforme a informação da própria Juíza Federal Substituta Janaina Cassol Machado do tribunal, estas audiências são uma forma de agilizar o processo com um acordo ou a sentença, de maneira à resolver processos que ficariam por meses, quem sabe anos, esperando a decisão judicial conforme os parâmetros normais da justiça.

Preferimos escolher processos de moradores da Região Metropolitana de Florianópolis, visto que a capital dispõem de hospitais referências em Alta e Media Complexidade. Além disso, foram escolhidos processos recentes, que perduravam há cerca seis meses. Cabe ressaltar que os processos pesquisados nas pastas físicas dispõem de muitas páginas e a sua descrição é difícil, pois possui termos técnicos utilizados pelo judiciário.

As questões que orientaram esta investigação foram: a) o perfil dos usuários que demandaram estes processos para o acesso a medicamentos; (b) se estes medicamentos são padronizados pelo SUS e/ou não existe outra medicação com o mesmo efeito na rede de Assistência Farmacêutica; (c) conhecer o papel do judiciário frente a estas ações para acesso aos medicamentos.

Os dados selecionados para a análise de cada processo foram:

- Perfil do autor do processo: idade, sexo, diagnóstico informado, profissão, município de residência;
- Sobre os processos: origem da prescrição (SUS ou outros serviços), advogado público ou privado; qual medicamento

solicitado e se existe na rede pública, pedido de tutela antecipada;<sup>17</sup>

- Trajetória destes processos: o tempo dos processos, resposta da justiça e argumentos das partes (advogado, União, Estado, Município e Judiciário).

Primeiramente descreveremos sobre a pesquisa realizada nos oito processos físicos na Subseção de Processos Especiais no Tribunal de Justiça Federal da 4ª Região. De acordo com a chefe do setor de arquivos do tribunal na área civil especial, estes processos começaram a ser de competência do Tribunal a partir de setembro de 2009, antes os fóruns municipais respondiam a esse tipo de demanda. Nesta época o número de processos que chegaram ao local era de 1.222 e devido a este grande número e principalmente por aumentar desordenadamente todo mês, foi que surgiram as audiências de conciliação também para processos na área da saúde. Não conseguimos obter a informação de quantos processos chegam por mês no Tribunal, apenas se tem a informação que na região de Florianópolis estes processos começaram no ano de 2004 e até junho deste ano de 2011, 17 mil<sup>18</sup> ações envolvendo o fornecimento de medicamentos e insumos tramitavam no Judiciário de todo o Estado de Santa Catarina.

A pesquisa limitou-se aos processos de pacientes moradores dos municípios da micro-região da grande Florianópolis e que deram entrada na justiça no início do segundo semestre do ano de 2009 até maio de 2010. O Quadro 1 apresenta o perfil dos usuários, ou seja, da parte autora dos processos:

---

<sup>17</sup> Através da alteração do art. 273 do CPC pela Lei 8.952 de 13 de dezembro de 1994. Nos termos deste artigo mencionado no diploma legal, a antecipação da tutela pode ocorrer havendo: a existência de prova inequívoca, ou seja, prova clara, evidente, manifesta; a verossimilhança da alegação, o que corresponde a uma alegação que pareça ser verdadeira; receio de um dano irreparável ou de difícil reparação ou ainda um abuso no direito de defesa ou propósito evidentemente protelatório do réu. Sem a presença destas condições não se justifica a antecipação de tutela. (FRIEDE, 1996).

<sup>18</sup> Dados da reportagem “Saúde pela via Judicial” do Diário Catarinense, 10 jul. 2011.

<b>Identificação</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Município</b>	<b>Profissão</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Defensoria Pública/ Privada</b>
Processo 1	61	F	Palhoça	Aposentada	Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	Defensor Público
Processo 2	35	F	São José	Autônoma	Dermatite inflamatória	Advogado Privado
Processo 3	27	M	Santo Amaro da Imperatriz	Desempregado	Carcinoma Broncoalveolar	Defensor Público
Processo 4	40	F	Palhoça	Auxílio doença	AVC, infarto do miocárdio e colesterol	Advogado Privado
Processo 5	17	F	Florianópolis	Estudante	Doença pulmonar obstrutiva (asma)	Advogado Privado
Processo 6	52	M	Palhoça	Autônomo	Diabetes mellitus	Advogado Privado
Processo 7	49	F	São José	Do lar	Hipertensão ocular	Defensor Público
Processo 8	47	F	Florianópolis	Do lar	Câncer de mama HER2	Advogado Privado

Quadro 1 – Perfis dos usuários com ações judiciais para o acesso aos medicamentos no Tribunal de Justiça Federal da 4ª Região no ano de 2009 e 2010.

Fonte: Elaborado pela autora

Realizamos o estudo somente em processos de autores moradores da região da grande Florianópolis, estes foram estudados de forma aleatória e por esse motivo todas as ações pesquisadas representam perfis diferentes de usuários. Observamos que entre os autores dos 8 processos estudados 6 são do sexo feminino e que não possuem nenhuma renda mensal ou vai até um salário mínimo mensal.

Sobre a condição trabalhista, apenas 2 estão vinculados a Previdência, a autora do processo 1 está aposentada e a do processo 4 em auxílio doença, nos processos 2 e 6 os autores tem vínculo precário, são autônomos. Quatro autores processos não estão vinculados a Previdência: uma é dona de casa um é estudante e os autores dos processos 3 e 7 estão desempregados. No estudo dos processos, foi verificado que a maioria dos pacientes que adoecem e estão no mercado (formal ou informal) de trabalho se vêem obrigados a deixar sua atividade profissional durante o tratamento. Muitas vezes é o próprio uso do medicamento que causa reações impossibilitando-os de trabalhar. Quanto ao nível de escolaridade, esse dado foi difícil para coletar, visto que nos processos esse não é um dado relevante e para termos essa informação seria preciso supor pela profissão do paciente.

No processo 1, a usuária é uma comerciante autônoma aposentada, mora em casa própria apenas com o esposo. Segundo o defensor público, os filhos da autora já são casados e não possuem condições financeiras, não sendo uma rede de apoio para ajudar no acesso ao tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica<sup>19</sup>. No estudo do processo 2, o advogado relatava que a autora é casada e tem dois filhos, trabalha de forma autônoma com a venda de cosméticos, assim sua renda mensal chega até dois salários mínimos, por isso, alega não ter condições para custear as despesas com os tratamento da eczema inflamatória. O esposo também é autônomo, o salário dos dois varia de mês para mês, dificultando as despesas com aluguel, necessidades básicas (comida, luz, água, etc.), inclusive com o tratamento. Também no processo 6, vemos um trabalhador autônomo da construção civil, assim como o autor do processo 2, seu salário também não é fixo. O autor é casado, mora em casa própria, não estava descrito se possui

---

<sup>19</sup> De acordo com Dourado e Godoy (2004) esta doença causa desconforto e dificuldade para respirar sem o tratamento adequado, pode levar a morte se o paciente não conseguir o tratamento, além disso, a oxigenoterapia domiciliar diminui o número de internações hospitalares. Recondicionamento muscular na DPOC: principais intervenções e novas tendências. In: Rev. Bras. Méd. Esporte – vol.10, nº 4, 2004. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbme/v10n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n4.pdf). Acessado em 28 set. 2011.

filhos. Conforme o relato do médico no receituário anexado ao processo, seu diagnóstico é de diabetes mellitus, caracterizada por um aumento anormal de glicose no sangue, tornando mais difícil conseguir vender sua força de trabalho, já que o medicamento necessita estar no refrigerador.

Os processos 3 e 4 os perfis são semelhantes em relação ao trabalho, vemos um autor que ficou desempregado pelos agravos da doença e do tratamento e outro que está no auxílio doença. O impetrante do processo 3, relata que acabou perdendo o emprego porque faltava ao trabalho com frequência devido aos primeiros sintomas da doença até o diagnóstico de câncer de pulmão. No processo não deixava claro que estava requerendo o auxílio doença ou se tinha condições previdenciárias para tal. O mesmo é solteiro, não estuda, não tem filhos e mora com os pais, que conforme as informações do processo, não possuem condições financeiras para arcar com as despesas do tratamento do filho. Já a autora do processo 4, trabalhava como vendedora no comércio até sofrer um acidente cardiovascular (AVC) que a obrigou a se afastar de suas atividades laborais. Relatou no processo que o fato de estar no auxílio doença não diminui as dificuldades de bancar o tratamento. Seu marido trabalha como pedreiro e seus dois filhos somente estudam.

A autora do processo 5 é menor de idade e estudante do décimo ano do ensino fundamental, a mãe é do lar e o pai pintor. No processo, o advogado coloca conforme relato da família, não possuem condições financeiras para manter o tratamento da asma desde que as crises pioraram, no processo explicitava que estas já duravam seis meses. Nos processos 7 e 8, as autoras tem praticamente a mesma idade, respectivamente 49 e 47 anos, são do lar e casadas. No processo 7, a impetrante tem três filhos que moram com o casal numa casa alugada, relatavam dificuldades financeiras porque somente o esposo trabalha, tornado difícil custear as despesas com o tratamento. Além disso, conforme relato do médico, antes do diagnóstico de hipertensão ocular, a paciente trabalhava como diarista no setor informal, trabalho que deixou de exercer devido aos agravos de uma neuropatia ocular que surgiu devido ao histórico de diabetes da autora. O processo 8, o relato do advogado da impetrante diz que ela mora em casa própria e seu marido é professor do ensino fundamental. Tem um filho ainda estudante. No receituário, o médico expõe que seu diagnóstico é de

câncer de mama metastático que apresenta tumores com superexpressão HER2<sup>20</sup>.

No Quadro 2 são apresentados os medicamentos prescritos pelos médicos dos usuários que estão requerendo via judicial.

---

<sup>20</sup> Em seu estudo sobre a doença Haddad (2010) explica que a o câncer de mama constitui a neoplasia maligna mais freqüente no sexo feminino no mundo e de acordo com a OMS, nas últimas décadas se registrou um aumento dez vezes superior nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional dos diversos continentes. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou a ocorrência de 49.400 novos casos da doença durante o ano de 2008.

<b>Identificação</b>	<b>Tipo de medicamento</b>	<b>Origem da receita</b>	<b>Similares no comércio</b>	<b>Padronizados ou similares no SUS</b>
Processo 1	Oxigenoterapia/ Foraseq 400mg/ Miflonide/ Berotec Spray 10ml/ Prednisona 20mg/ Spiriva 18mg	SUS	Berotec	Apenas oxigenoterapia e prednisona
Processo 2	Tacrolimo/ Hidrocortisona 30mg/ Prímula 500mg	SUS	Tracolimo Hidrocortisona	Tracolimo
Processo 3	Durogesic Fentanil Transdérmico 50mg	SUS	Não	Não
Processo 4	Atenolol 50mg/ Clopidogrel Sanofi 75mg/ Sinvastacor 40mg/ Sustrate 50mg	Privado	Clopidogrel Sinvastacor	Apenas Atenolou
Processo 5	Budesonida 200 mcg/dose	SUS	Sim	Financiado (União)
Processo 6	Aparelho de Esfigmomanômetro/ Aparelho de medição de Glicemia capilar e fitas reagentes	SUS	Sim	Não
Processo 7	Travatan 0,004% 2,5ml/ Timolol 0,5 5ml	SUS	Timolol	Não
Processo 8	Trastuzumab, comercialmente denominado Herceptin	Privado	Importado pela Roche	Não

Quadro 2 – Medicamentos requisitados nos processos, origem da receita médica e disponibilidade no Sistema Único de Saúde. Elaborado pela autora. Fonte: Processos judiciais do Tribunal de Justiça Federal da 4ª Região de Florianópolis.

Ao estudar os processos físicos, percebemos que além de medicamentos, são solicitados insumos e equipamentos para o auxílio no tratamento da doença. Em relação ao custo dos tratamentos, no processo 1, conforme informação relatada pelo defensor público da paciente no processo, o custo do tratamento está fora do orçamento da autora, pois além dos medicamentos, há o equipamento de oxigenoterapia e custo da conta de luz que irá aumentar para manutenção do tratamento.

Através de contato telefônico com Centro Catarinense de Reabilitação, que é o responsável pelo fornecimento de órteses e próteses para usuários do SUS na região de Florianópolis, fomos informados que há muita dificuldade em atender toda a população usuária da rede pública que necessita de tal tratamento na região. O custo financeiro é muito alto e, além disso, o cilindro precisa ser recarregado periodicamente e, ainda, muitos usuários entram com outra ação judicial contra o Estado para requerer o pagamento da conta de energia elétrica durante o tratamento.

Já o processo 6, o paciente faz tratamento para o diabetes mellitus que precisa ser regularmente controlada, para isso a fita e o equipamento medidor de glicemia são necessários. Esta doença que atinge muitas pessoas em qualquer condição social é reconhecida como um problema de saúde pública. De acordo com o estudo realizado por Assunção et. al. (2001), essa doença está associado ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares e ao aumento da mortalidade, bem como de neuropatias. Em muitos casos causa cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida.

Nos demais processos foram requisitados apenas medicamentos, como foi mostrado no quadro anterior, 6 dos 8 processos foram com receita médica proveniente dos serviços do SUS. Dessa forma, percebemos que a totalidade das ações impetradas refere-se a indivíduos, assim, em matéria de assistência farmacêutica, as decisões judiciais podem influir na função de tomada de decisões coletivas também, com base nas necessidades individuais dos autores. Então, estas ações individuais podem demonstrar a necessidade coletiva de determinado medicamento com inovações terapêuticas inacessíveis financeiramente a estes pacientes e a inclusão destes medicamentos na lista de medicamentos essenciais devido ao grande número de solicitações via justiça.

Dependendo da gravidade da enfermidade, alguns autores contam com uma rede de apoio que pode ser a família, vizinhos ou amigos para comprar os medicamentos, como é o caso dos processos 2, 3, 5 e 8. Como já falamos, estes processos já estavam correndo nos tramites judiciais há cerca de seis meses sem solução, todos com pedido de tutela antecipada, mas apenas metade deles (veremos no Quadro 3, a seguir) foram deferidos à uma das três esferas a responsabilidade de fornecer. Enquanto isso não ocorre, o usuário precisa do medicamento, acaba recorrendo a redes de apoio para comprar o remédio e evitar que o quadro da doença não piore.

Para saber qual o custo comercial de cada tratamento, foi verificado o preço em duas redes de farmácias privadas de Florianópolis, Sesi Farmácias e Preço Popular, o valor foi o seguinte:

Tabela 2 – Custo comercial dos tratamentos nas pesquisados nas Farmácias 1 e 2.

<b>Processos</b>	<b>Medicamentos e Insumos</b>	<b>Farm. 1</b>	<b>Farm. 2</b>	<b>Média (R\$)</b>
Processo 1	Oxigenoterapia	1443,00	N.D.	1443,00
	Fovaseq 400mg	111,45	83,59	97,52
	Miflonide 400mg	55,59	41,69	48,64
	Berotec Spray 10ml	18,35	14,24	16,30
	Prednisona 20mg	N.D.	8,89	8,89
	Spiriva 18mcg	350,00	271,79	310,90
	Total (R\$)			1925,24
Processo 2	Tracolimo	2.219,13	N.D.	2.219,13
	Hidrocortisona 30g	11,85	4,96	8,41
	Prímula	21,95	N.D.	21,95
	Total (R\$)			2.249,70
Processo 3	Durogesic Fentanil Transdérmico 50mg	544,61	462,92	503,77
	Atenolol 50mg	13,31	11,80	12,56
Processo 4	Clopidogrel Sanofi 75mg	112,51	63,89	88,20
	Sinvastacor 40mg	62,76	44,56	53,66
	Sustrate 50mg	17,83	13,37	15,60
	Total (R\$)			170,02
Processo 5	Budesonida 200 mcg	42,53	27,60	35,07
				Total (R\$) 35,07
Processo 6	Esfigmomanômetro digital	172,00	N.D.	172,00
	Aparelho de medição de Glicemia capilar e fitas reagentes	49,90	59,90	54,90
	Total (R\$)			226,90
Processo 7	Travatan 0,004% 2,5ml	90,23	67,67	79,85
	Timolol 0,5 5ml	6,69	5,03	5,86
	Total (R\$)			84, 81
Processo 8	Trastuzumab (Herceptin)	7.782,40		7.782,40
				Total (R\$) 7.782,40

Fonte: Sesi Farmácias e Preço Popular. Pesquisado em junho de 2011.  
Elaborado pela autora.

Em 5 dos processos físicos pesquisados<sup>21</sup> percebemos que os autores contrataram um advogado particular, talvez por desconhecerem que existe uma defensoria pública que presta assistência quando o autor não tem condições para arcar com as despesas do processo. Assim, em todos os processos analisados os advogados eram contratados, exceto o 1, 3 e 7 tinham o respaldo da defensoria pública<sup>22</sup>.

Todos os processos físicos estudados foi identificado o pedido de tutela antecipada, logo no início do processo judicial. Este pedido, se autorizado, concede o acesso ao medicamento enquanto o processo corre na justiça. O advogado orienta ao autor sobre o direito de solicitar o medicamento ou insumo já no início, isso se chama tutela antecipada e está previsto no artigo 273 do Código de Processo Civil, autorizando o juiz conceder ao autor um provimento imediato que, provisoriamente, lhe assegure o bem jurídico a que se refere a prestação do direito material. Quando esta tutela antecipada é autorizada, é delegado a uma das três esferas a responsabilidade de fornecer o serviço num prazo determinado pela justiça, com multa diária prevista caso não seja executada.

O próximo quadro mostra que todas as partes autoras solicitaram o pedido de tutela antecipada e em metade desses processos foi deferido esse direito ao usuário. Quando a justiça defere que uma das esferas (município, Estado ou União) forneça o medicamento, dá-se um prazo, podendo ser de até trinta dias para que seja fornecido o tratamento. Quando essa decisão não é cumprida, o Judiciário aplica uma multa diária que varia para cada processo, podendo ser de R\$ 600,00 até R\$ 1.500,00 por dia. No entanto, em todos os processos pesquisados em que foi deferido a uma das esferas a tutela antecipada, estas sempre recorreram à sentença alegando não possuir condições de custear o tratamento do requerente.

O Quadro 3 mostra que todas as partes autoras solicitaram o pedido de tutela antecipada e em metade desses processos foi deferido esse direito ao usuário. Quando a justiça defere que uma das esferas

---

<sup>21</sup> Não conseguimos ter acesso ao valor dos honorários dos advogados contratados pelos autores. No entanto, em todos os processos estudados, o perfil sócio-econômico dos autores apresentaria dificuldades para pagar por este serviço, mas este dado não foi analisado neste estudo.

<sup>22</sup> A Defensoria Pública está para representar o compromisso do governo, estadual e federal em permitir que todos, inclusive quem não tenha condições de contratar um advogado, tenham acesso à justiça.

(município, Estado ou União) forneça o medicamento, dá-se um prazo, podendo ser de até trinta dias para que seja fornecido o tratamento. Quando essa decisão não é cumprida, o Judiciário aplica uma multa diária que varia para cada processo, podendo ser de R\$ 600,00 até R\$ 1.500,00 por dia. No entanto, em todos os processos pesquisados em que foi deferido a uma das esferas a tutela antecipada, estas sempre recorram à sentença alegando não possuir condições de custear o tratamento do requerente.

<b>Identificação</b>	<b>Pedido de tutela antecipada</b>	<b>Deferido ou não pelo juiz</b>
Processo 1	sim – ao Estado e Município	Não deferido
Processo 2	sim – à União	Deferido para o estado fornecer
Processo 3	sim – à União	Não deferido
Processo 4	sim – ao Município	Deferido para o município fornecer
Processo 5	Sim – ao Estado	Deferido para o estado fornecer
Processo 6	sim – à União	Não deferido
Processo 7	sim – ao Estado e Município	Não deferido
Processo 8	sim – à União	Deferido para a união fornecer

Quadro 3 – Pedidos de tutela antecipada requerida pelos autores a uma das esferas do governo, deferidas ou não pela justiça.

Fonte: Elaborado pela autora.

O argumento das partes (autores, advogados e Estado) do processo são relevantes para a decisão judicial, o paciente alega não ter condições financeiras para arcar com os custos do tratamento explicando os motivos, o advogado defende e o Estado justifica o não cumprimento do direito. Isso não quer dizer somente para o acesso ao medicamento, também para insumos, materiais e equipamentos. Existem os mais diversos tipos materiais solicitados através de processos judiciais que vão de fraldas, leites até cadeiras de roda, próteses auditivas, etc.

No decorrer do processo judicial, por exemplo, no processo 1 a autora solicita além dos medicamentos e do procedimento de oxigenoterapia, o pagamento da energia elétrica para usar o

equipamento. A Defensoria Pública, por sua vez, expõe as condições sócio-econômicas e de saúde do autor, justificando com a prescrição e o tratamento médico, respaldando-se nas leis constitucionais. Enquanto, os Procuradores das respectivas esferas do governo União, Estado e Município, tentam identificar e definir quais das três esferas é o responsável pelo fornecimento de tratamento para uma limitada quantidade de pessoas que ingressam em juízo.

O Estado busca justificar que isso compromete diretamente o fornecimento de medicamentos para todos os demais usuários do SUS, há sem sombras de dúvidas uma perversa inversão da lógica do atendimento universal e igualitário, pois centenas consomem astronômicas quantias que seriam destinadas à aquisição de medicamentos para milhares da população. Nos processos pesquisados, este foi o argumento mais utilizado pelo Estado em sua defesa em relação ao provimento do tal serviço solicitado.

Conforme a explicação da responsável pelo setor de arquivos e informatização do Juizado Especial Federal Cível (JEF Cível), os autores já são orientados pelos advogados no início do processo a requerer o pedido de tutela antecipada. Segundo o estagiário do curso de direito da Universidade Univali, que me auxiliou na coleta de dados dos processos físicos, essa orientação parte do pressuposto de que o processo irá demorar a ser solucionado e como a doença pode se agravar com o passar do tempo, é fundamental que se peça a tutela antecipada direto para a União, visto que esta possui mais recursos ou irá delegar quem, o Estado ou o Município, deverá responsabilizar-se pela concessão do medicamento. O Judiciário por sua vez, no decorrer do processo age como mediador, conhecendo as partes e seus argumentos. Porém, nestas situações, tem o papel de garantir o direito individual, já que no processo a ser julgado é de apenas um usuário do Sistema Único de Saúde.

Devido ao crescimento no número de processos judiciais na área da saúde, no final do ano de 2009, o Tribunal de Justiça Federal da 4ª Região de Florianópolis começou a se organizar para fazer o que alguns Estados brasileiros já fazem há algum tempo, as audiências de conciliação. Estas funcionam como um meio de agilizar e resolver os processos que estão correndo sem previsão para ser solucionado, como foi visto anteriormente os processos físicos pesquisados estavam tramitando há cerca de seis meses, não havendo um tempo médio par ser solucionado, já que estes podem levar meses ou anos aguardando o resultado final da justiça. Nesse contexto, a escolha dessa temática foi reforçada através da parceria já existente entre o SISTCON/SC e o JEF

Cível de Florianópolis, com a intenção de solucionar os processos que pleiteavam no Sistema Único de Saúde uma série de pedidos, majoritariamente, medicamentos, que estavam indisponíveis ou não eram fornecidos pela rede pública. A complexidade do assunto e a urgência destes processos em questão, bem como a repartição da responsabilidade pela saúde entre os três entes federativos (União, Estados e Municípios) fizeram com que fosse necessária a adoção de um procedimento diferenciado para a resolução destas ações.

Além disso, as audiências promovem um acordo entre impetrante e Estado, e ainda evita gastos desnecessários com estes processos jurídicos. Portanto, é um momento para que as partes entrem num consenso através da discussão, buscando revolver o problema da melhor maneira possível, caso não haja acordo, a juíza aplicará a sentença.

Para ter acesso e assistir a estas audiências foi necessário conseguir autorização dos autores dos processos e da Juíza Federal Substituta Janaina Cassol Machado responsável por presidir das audiências e mediar a discussão entre os pacientes e os entes públicos envolvidos, somente após vários contatos telefônicos e duas visitas foi que conseguimos autorização. Ainda assim, a juíza quis saber sobre a pesquisa e deixou apenas participar como observadora, sem acesso aos processos físicos. Dessa forma, apenas descreveremos através da observação como ocorrem estas conciliações promovidas pela Vara do Juizado Especial Cível (JEF Cível) do Tribunal de Justiça Federal da 4ª Região.

As audiências ocorrem em dois dias da semana, nas segundas e terças-feiras no período da tarde. Para que um processo passe por este tipo de audiência é preciso que a ação tenha ingressado no Juizado Especial Cível de Florianópolis, assim, o Juíz analisará se houve o pedido de antecipação de tutela para verificar se é caso de extrema urgência, devido às condições de saúde. Deferido ou não o pedido de tutela, o processo é encaminhado para o Sistema de Conciliação - SISTCON/SC, que organizará uma pauta específica para pedidos de medicamentos/exames e intimará as partes envolvidas, a saber: o autor, defensor do autor (normalmente a Defensoria Pública da União), os três entes da federação, União, Estado e Município (considerados os réus do processo), médico do autor, prescritor da receita, assistentes técnicos (farmacêutico ou perito do juiz) e o Ministério Público Federal para casos de incapacidade ou para verificar quais demandas possam representar interesse coletivo. Como conciliadores, participam das audiências, os Juízes do JEF Cível e o Juiz Coordenador do SISTCON/SC. Os familiares podem apenas assistir, mas se o paciente

for menor de dezoito anos ou estiver com a saúde muito debilitada, o familiar pode relatar pelo paciente.

Todas as 8 audiências observadas para esta pesquisa foram com defensores públicos, diferentemente dos processos físicos estudados, em que apenas 3 foram com a defensoria pública.

Para auxiliar a condução dos processos em conciliação, é feito durante a audiência uma consulta ao banco de dados DadosMed<sup>23</sup> da Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado de Santa Catarina.

Observamos que o roteiro destas audiências começa com o paciente relatando sobre sua doença, o tratamento, a atual condição financeira que está vivendo, moradia e as implicações que o tratamento da doença estão trazendo em sua vida. O médico tem participação importante, pois é um responsável técnico especializado para explicar sobre o diagnóstico, os sintomas, os tratamentos utilizados e por que prescreveu o medicamento que está sendo solicitado judicialmente. No decorrer da audiência este profissional será questionado sobre a prescrição, se não havia outro medicamento de fórmula diferente disponível no Sistema Único de Saúde, mas com os mesmos efeitos no tratamento da doença e quais os medicamentos utilizados que estão disponíveis na rede e já foram utilizados pelo paciente. Em seguida os procuradores da União, Estado e Município discutem de quem é a responsabilidade no fornecimento da medicação.

A juíza no decorrer da audiência ouve as partes e argumenta sobre as responsabilidades e os medicamentos presentes na assistência básica e medicamentos excepcionais. Para auxiliar sobre as dúvidas a respeito dos medicamentos, fórmulas, reações e disponibilidade do tratamento na rede, um farmacêutico, perito ou representante do

---

<sup>23</sup> O DadosMed é um Banco de Dados virtual que traz informações sobre os medicamentos e insumos solicitados junto à Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

As informações se baseiam na definição das Competências e Responsabilidades de fornecimento de determinado produto de saúde de acordo com as Portarias Ministeriais que regem o SUS, bem como nas orientações de tratamento dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. (...) Tal ferramenta também visa o auxílio nas ações judiciais que contemplam medicamentos e insumos de saúde para esclarecer as principais dúvidas pertinentes, tais como a segurança e efetividade dos fármacos requeridos, indicação coerente do medicamento para a patologia que acomete o paciente de acordo com estudos científicos fidedignos, se há padronização junto ao SUS e, em caso negativo, se há alternativa de tratamento com eficácia garantida disponível na rede de saúde. Com isso, torna-se possível a promoção do Uso Racional de Medicamentos (DADOSMED, 2010, não paginado). Disponível em <http://dadosmed.saude.sc.gov.br/>. Acessado em: 30 out. 2011.

tratamento na rede, medicamentos, formulas e e idade ou representante da Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado de Santa Catarina (DIAF) orienta durante a audiência. Somente no caso de não haver acordo entre as partes é que a juíza irá determinar a sentença.

No próximo quadro mostraremos o perfil dos autores dos processos observados nas audiências de conciliação, protegendo a identidade e apenas explorando sobre profissão, idade, sexo, município que reside e doença:

<b>Identificação</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Município de residência</b>	<b>Doença</b>
Conciliação 1	F	65	Aposentada	Biguaçu	Cardíaca e pulmonar
Conciliação 2	F	13	Estudante	Palhoça	Dermatite e Vitiligo
Conciliação 3	F	60	Aposentada por invalidez	Palhoça	Osteoporose
Conciliação 4	F	24	Desempregada	Florianópolis	Diabetes
Conciliação 5	M	25	Desempregado	São José	Hepatite B
Conciliação 6	F	52	Do lar	Florianópolis	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
Conciliação 7	F	70	Aposentada	Palhoça	Apnéia do sono
Conciliação 8	F	58	Aposentada	Florianópolis	Não ocorreu a audiência, pois o médico não compareceu

Quadro 4 – Perfis dos autores dos processos observados nas audiências de conciliação promovido pelo Tribunal de Justiça Federal da 4ª Região de Florianópolis.

Fonte: Elaborado pela autora através da observação de audiências de conciliação no dia 01 de julho 2010.

Ocorreram na verdade sete audiências de conciliação, a oitava audiência não aconteceu porque o médico não compareceu no horário marcado. Percebemos que este profissional é peça fundamental nas audiências, já que são os médicos que prescrevem e explicam sobre o diagnóstico e os agravos que a falta de tratamento acarretam ao seu paciente. Além disso, serão questionados sobre outros tratamentos que serão sugeridos durante a audiência.

Conforme a informação da juíza, está já havia sido a quarta vez que este mesmo profissional falta a uma audiência agendada para o mesmo autor do processo. Porém desta vez a juíza aplicou pela primeira vez uma multa equivalente ao *valor honorário*<sup>24</sup> de cada profissional ali presente. O nosso tempo de espera por este profissional foi de pouco mais de quarenta minutos. As demais audiências ocorreram sem atraso e houve acordo em seis dos sete processos, como veremos no quadro a seguir.

De acordo com o que foi relatado pelos autores dos processos, observarmos as condições financeiras destes são semelhantes aos dos processos físicos pesquisados. Alegam não possuir condições para começar e manter o tratamento prescrito pelo médico. Os autores dos processos das conciliações 4 e 5 afirmaram durante seus relatos que a doença dificulta conseguir um emprego formal, pois acabam faltando muito ao trabalho e não cumprindo com suas atividades, no caso do autor da conciliação 5, diagnosticado desde 2002, ainda tem as internações frequentes no Hospital Universitário de Florianópolis. Os impetrantes das Conciliações 1, 3, 7 e 8 são aposentadas e estão vinculadas à Previdência Social, enquanto a autora da Conciliação 6, é do lar e não possui vínculo com a Previdência. A autora da Conciliação 2 é adolescente e estudante, a mãe estava acompanhando durante a audiência. A mãe da paciente relatou ser diarista e estar informalmente no mercado de trabalho, ou seja, sem vínculo previdenciário.

A maneira como ocorrem estas audiências de conciliação seguem o seguinte roteiro, por exemplo, na Conciliação 1, foi dado espaço primeiramente para que o paciente expusesse sobre suas condições sócio-econômicas, tratamento e condições de moradia. Dessa forma, a autora expôs estar aposentada e com reinternações hospitalares frequentes devido aos problemas cardíacos e pulmonares. Neste momento, o defensor pode auxiliar o autor do processo. Após, o médico

---

<sup>24</sup> Tanto o valor da multa, quanto o valor do honorário de cada profissional presente na audiência não foi exposto pela Juíza Federal Janaina Cassol Machado.

informou o diagnóstico, como sendo uma doença progressiva, piorando com o passar dos anos quando não há tratamento adequado. Em seguida este profissional foi questionado sobre a medicação, pois dois dos medicamentos para o tratamento custaria ao paciente em média R\$ 120,00 e R\$ 70,00. No decorrer da audiência as partes, procuradores das três esferas e defensor público, discutiram de quem seria a responsabilidade pelo provimento do medicamento.

Percebemos já nesta primeira audiência que a função do Judiciário nestes espaços é o de promover um acordo entre as partes, de modo que seja garantido ao paciente o direito ao seu medicamento. Além disso, através da conciliação, o Judiciário, propicia agilidade do procedimento, além de poder contar, em um mesmo ambiente e por um certo intervalo de tempo, com a presença de autoridades, médicos e gestores do Sistema Único de Saúde.

Citando como exemplo a Conciliação 1, a sua resolução se deu da seguinte maneira, o Município se responsabilizou pelo medicamento, porém solicitou que o Estado dividisse as despesas com o mesmo. A juíza, vendo que não estava havendo acordo, sugeriu que o Município fosse o responsável pelo acesso ao medicamento. Após algum tempo de discussão houve acordo entre os procuradores do Estado e Município. No Quadro 5 apresentado a seguir, mostraremos quais audiências resultaram em acordo entre impetrante e o Estado e quem ficou responsável por garantir o direito.

<b>Identificação</b>	<b>Houve acordo</b>	<b>Responsável em fornecer</b>
Conciliação 1	Sim	Município
Conciliação 2	Não	Sentença deferiu a responsabilidade a União
Conciliação 3	Sim	Estado
Conciliação 4	Sim	Estado
Conciliação 5	Sim	União e Estado
Conciliação 6	Sim	União
Conciliação 7	Sim	União e Estado

Quadro 5 – Audiências em que houveram conciliação das partes e as que foram aplicadas a sentença pela juíza em julho de 2010 no Tribunal De Justiça Federal da 4ª Região.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na observação destas audiências não foi possível registrar todos os medicamentos e/ou suas fórmulas prescritos pelos médicos aos seus pacientes. Não obtivemos acesso aos processos físicos destes, assim não foi possível registrar todas as fórmulas, princípios ativos ou laboratórios que dispõe das medicações solicitadas, por serem nomes não familiares pela autora e pouco repetidos pelos participantes da audiência. Porém registramos se estes medicamentos eram padronizados ou se havia fórmula semelhante que pudesse ser utilizada pelo paciente no tratamento.

Estas audiências visam um acordo entre as partes, autora e procuradores das três esferas, no entanto, quando isso não acontece o Judiciário é obrigado a prolatar a sentença. Segundo a informação da juíza, em todas as audiências de conciliação ocorre acordo ou a sentença, e neste ultimo caso é aplicado uma multa diária a quem for responsabilizado pelo provimento do medicamento requerido, caso não cumpra o que foi deferido.

Na audiência de conciliação 3, a autora necessita de pomadas para o tratamento de Vitiligo, doença que altera a pigmentação da pele. Durante a audiência, a médica que prescreveu o tratamento relatou que já havia usado o medicamento disponível no SUS sem sucesso. Os procuradores negaram acordo, afirmando que a medicação faz parte da atenção básica, portanto, o município deve ser responsável pelo tratamento. Juntamente com o técnico farmacêutico, o procurador do Município, Estado e a médica discutiram outra composição e uma eficácia parecida com a do medicamento solicitado disponível com o valor mais barato, já que cada unidade da pomada custava cerca de R\$200,00. Nessa audiência não houve acordo e a juíza determinou que quem disponibilizasse a medicação fosse a União.

Durante o estudo nos processos físicos, percebemos que o Judiciário tem dificuldade em responder à estas demandas por medicamentos por dois motivos: o primeiro porque o Judiciário não possui conhecimento técnico sobre o diagnóstico, tratamento e medicamentos disponíveis na rede pública. O segundo motivo é porque, o processo de tramitação é lento e o estado de saúde do autor muitas vezes requer urgência na decisão. Sendo assim, não conseguimos identificar a sua resposta frente a estes processos, somente que o Judiciário parte do pressuposto Constitucional que define a saúde como um direito de todos os cidadãos e o dever do Estado.

No entanto, através da observação das audiências de conciliação percebemos essa resposta de forma mais clara, possivelmente porque a conciliação traz agilidade na resolução do processo e o acordo ou a

decisão do juiz ocorre no momento da própria audiência. Dessa forma, em todas as audiências de conciliação observadas percebemos que a Justiça responde na defesa do direito individual, pois garante o direito ao acesso ao medicamento àquele paciente que impetrou a ação contra o Estado.

Durante as audiências de conciliação, observamos nos debates entre gestores, médico e farmacêutico ou perito a discussão a cerca de medicamentos que estão disponíveis na rede, ou que estão na rede privada, mas são similares de custo mais baixo e terão o mesmo efeito no tratamento do paciente. Em um momento da audiência também foram citados medicamentos que entraram para o RENAME devido ao grande número de ações judiciais para requerê-lo. Nesse sentido, concordamos com Borges e Ugá (2009, p.4) que ações judiciais para fornecimento de medicamento é complexa não somente porque envolve diversos atores-gestores do SUS, magistrados, profissionais de saúde e cidadãos, mas, porque “o tema medicamentos não está relacionado apenas a decisões sobre políticas de saúde, como também, a decisões técnicas relativas à incorporação de tecnologia”.

Ainda neste debate sobre medicamentos que estão ou não disponíveis na Assistência Farmacêutica, ao conversar com a Juíza Federal Janaina Cassol Machado no final das audiências, questionei se através da sua experiência nessas ações requerendo medicamentos como ela analisava o papel do Poder Judiciário, ele partia do pressuposto de garantir o direito somente daquele usuário, ou de alguma forma contribuía para garantir também o direito coletivo. Sua resposta foi que houve muitas ações requerendo um determinado medicamento, e que devido a isso e o gasto com esses processos, o Estado tornou esse medicamento disponível na lista de medicamentos excepcionais. Dessa forma, a Justiça, segundo a magistrada, está contribuindo para garantir que outros usuários tenham acesso a este medicamento, e as “audiências permitem a cada dia uma maior e melhor pacificação social através da concretização dos direitos garantidos na Constituição”. Portanto, analisamos através deste relato, que o Poder Judiciário a curto prazo está para garantir um direito individual; mas a longo prazo pode beneficiar todo o coletivo, mas também não podemos deixar de pensar que isto é contraditório se pensarmos no gasto público que estes processos individuais detém para um único usuário.

No mês de novembro de 2011, através de contato telefônico com o Tribunal Federal da 4ª Região, tentamos agendar para assistir novas audiências para verificar como estão ocorrendo neste momento. Agora elas não ocorrem mais somente nas 2ª e 3ª feiras, mas conforme a

agendamento do SISTCON/SC e são abertas para que toda a sociedade civil possa assistir. Não foi possível conseguir autorização da Juíza para coletar os dados da observação, porém, no final das audiências conseguimos algumas informações sobre estas audiências que do ponto de vista da Justiça Federal, esta medida está evitando a demora e gastos desnecessários do Estado com os processos judiciais, além de garantir, sem prejuízo da saúde, os direitos dos pacientes.

Ao final destas audiências, os vários profissionais discutem informalmente sobre as questões abordadas no dia, me apresentei neste momento fiz algumas perguntas referentes a estas audiências. Levantei questões referentes a número exato ou aproximado de processos novos ou em tramitação aguardando assistência jurídica. Se estas audiências ainda contam com os mesmo tipo de equipe multidisciplinar ou algum outro profissional passou ser necessário nestas conciliações? Quais são as vantagens destas audiências de conciliação? Como o Judiciário tem respondido a estas demandas por medicamentos?

Ao observar as dezoito audiências que aconteceram em uma tarde, observamos que as conciliações tem o mesmo roteiro do ano de 2010: primeiro o usuário e defensor público relatam sobre as dificuldades, diagnóstico, condições sócio-econômica do paciente, depois o médico expõe tecnicamente sobre o diagnóstico, prescrição, e como já foi relatado anteriormente, cada profissional discorre sobre o processo a fim de entrar num consenso para a conciliação. Enfim, os profissionais que participam destas audiências, examinam cada processo pautado em audiência estabelecendo a necessidade do medicamento ou não. Essa equipe também propõe alternativas terapêuticas possíveis dentro do SUS, seja quanto ao tratamento ou quanto à medicação, sempre de comum acordo com o médico do paciente. Ao final, União, Estado e Município entram em acordo ou, caso não seja possível, o Juiz imediatamente concede antecipação de tutela ou profere sentença.

Conforme foi relatado por alguns profissionais, todas as partes envolvidas são beneficiadas nestas audiências. Os autores, porque seu pedido é examinado rapidamente face à presença de vários especialistas, sendo assim, dentro de um contexto esclarecedor. A Defensoria Pública da União, pois prestará a assistência jurídica gratuita no âmbito administrativo, mediante a conciliação, resolvendo com agilidade e eficácia as demandas de saúde que lhe são postuladas. O Estado de Santa Catarina, porque economiza recursos e tem condições de verificar as eventuais falhas apresentadas pelas reclamações da população aos órgãos de Justiça, verificando o que é de sua competência na gestão do SUS. A Justiça Federal, pois diminui o seu custo-processo e ainda

estimula a conciliação e o Ministério Público que, enquanto fiscal da lei, verifica eventual necessidade de sua atuação em contato direto com as partes envolvidas.

Porém, mesmo com a agilidade que estas audiências proporcionam frente à situação da urgência do paciente em ter acesso ao tratamento medicamentoso, o número de processos impetrados nesta área em Santa Catarina é um dos mais altos do país. De acordo com Defensoria Pública, só em 2010 foram cerca de 1600 ações só para acesso a medicamentos e em 2011, somente no segundo semestre, aproximadamente 800 processos, ressaltando que o SISTCON está em fase de informatização, ou seja, ainda não tem números exatos. Foi deixado claro que o volume de ações, aumenta a cada dia e é necessário sistematizar uma metodologia de trabalho a fim de garantir medicamento a quem necessita, mas, também, evitar fraudes e gastos desnecessários. Nesse sentido, estas audiências realizadas com o auxílio SISTCON/SC tem sido uma alternativa rápida, barata e adequada se compararmos a uma tramitação processual longa.

Nas audiências observadas em julho de 2010 e novembro de 2011, entendemos que o Poder Judiciário busca responder a estas demandas de maneira a garantir o direito fundamental à saúde através da Constituição Federal. Além disso, o Judiciário está analisando um processo por vez, dessa forma, garante o direito apenas do autor (indivíduo) em questão na ação e não de todo coletivo. Mas se refletirmos que um número grande de ações judiciais requerendo o mesmo medicamento pode torná-lo disponível na rede pública, a justiça passa a garantir também um direito social. Esse tema é complexo, pois devemos levar em conta durante a trajetória de uma ação judicial: o financiamento do SUS, o gasto que o Estado tem com estas ações e o custo com o tratamento caro para poucos pacientes, e ainda, o Poder Judiciário que é acionado para decidir conflitos oriundos do direito à saúde e que deve realizar sua função, pelo bem constitucional.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, assim como os demais países, vem se firmando a hegemonia neoliberal, subordinando os direitos sociais à lógica de mercado e desvalorizando a concepção de seguridade social apresentada na Constituição Federal de 1988.

Sobre a saúde, a Constituição federal, no artigo 196, contempla expressamente o princípio de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal, igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Esse dispositivo deve ser observado não apenas como um dos direitos sociais, mas como direito fundamental por se tratar de desdobramento necessário dos direitos à vida e à dignidade da pessoa humana.

Contudo, percebemos a enorme distância entre a proposta feita pelo Movimento Sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente que se encontra articulada ao mercado e pautada na Política de Ajuste tendo como principais tendências à contenção dos gastos e a racionalização da oferta. Pois, apesar do SUS garantir o fornecimento gratuito de medicamentos através da Assistência Farmacêutica e com os avanços essa política tem recebido, os serviços não vêm sendo suficientes para atender demanda que os usuários trazem.

Diante das dificuldades de acesso aos serviços e ações na saúde pública, os usuários têm buscado no Poder Judiciário a efetividade dos direitos prescritos na Constituição federal. Assim, a Judicialização das Políticas Sociais que vem ocorrendo de forma crescente, principalmente, no âmbito da saúde, nada mais é que o resultado de uma expressão da questão social. Este novo cenário que coloca o Judiciário como caminho para o acesso às políticas de saúde, e principalmente para o acesso a medicamentos, tem sido usado como meio para suprir as possíveis omissões dos demais Poderes do Estado na efetivação do direito à saúde.

No entanto, a participação do Judiciário na garantia dos direitos às políticas sociais, pode ser considerada um fenômeno positivo, uma vez que pode reduzir as violações de direito cometidas pelo próprio Estado contra seus cidadãos, a democratização da justiça e ser um novo caminho para o reconhecimento da cidadania. Por outro lado, o excesso de demandas judiciais pode segundo alguns autores, prejudicar o exercício da cidadania e favorecer o individualismo. Justamente a problematização que nos levou a realizar este trabalho foi de compreender em que perspectiva se encontra a resposta do Poder

Judiciário a estas demandas, se ao garantir o direito individual ou coletivo estará sendo constitucional.

Ao longo deste trabalho, do estudo e das pesquisas realizadas, concluímos que a participação do judiciário serve como instrumento para garantir a efetivação dos direitos constitucionais e infraconstitucionais. Porém, esses processos chegam à justiça como demandas individuais, o que significa que quando deferido o direito ao acesso a determinado tratamento medicamentoso, o Juiz está garantindo o direito daquele autor. Contudo, o Poder Judiciário tem se organizado e trazendo novas propostas para agilizar a resolução destes processos, como é o caso das audiências de conciliação. Este método de resolução de litígios tem democratizado o acesso à justiça, valorizando a participação dos usuários (impetrantes), dos profissionais da saúde, Estado e do próprio Poder Judiciário.

Neste espaço, a justiça também atende uma demanda individual, mas com o auxílio de outros técnicos e especialistas, pois, é necessário que exista, para o Juiz, um critério adequado de decidir, especialmente quando estão envolvidos recursos escassos e escolhas cruciais como, por exemplo, decidir entre o bem-estar de um único paciente e o bem-estar de um número maior de pacientes. Nesse sentido, as ações conciliadoras permitem uma maior visibilidade do Estado sobre essas demandas, conhecendo a maioria dos medicamentos requeridos às ações e para reduzir os gastos com estes processos judiciais, muitas vezes a melhor opção é padronizar o medicamento, lembrando seu custo terá de ser suportado pelo Estado.

Por fim, é possível afirmar que a judicialização pode ser interpretada também como um momento em que o fortalecimento do Poder Judiciário tem relação direta com o fortalecimento dos direitos humanos, da cidadania e responsabilidade com o social. Diante disso, o assistente social também é parte neste trabalho de garantia dos direitos de cidadania, por isso, o Serviço Social tem sido convocado a realizar laudos técnicos e estudos que auxiliam juízes para a concessão do direito. Nesse sentido, trata-se de um trabalho com implicações éticas, pois ao mesmo tempo em que se inclina numa perspectiva promocional do direito, também serve ao aperfeiçoamento dos mecanismos de controle social.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Eli Lola Gurge et. al. A judicialização da saúde e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Brasil: Gestão da clínica e medicalização da justiça. **In: Rev. Med Minas Gerais**, (4 Supl 4), p. 46-50, 2008.

AROUCA, Antonio S. da Silva. “Saúde e democracia”. **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

ASSUNCAO, Maria Cecília F; SANTOS, Iná da Silva dos and GIGANTE, Denise P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **In: Rev. Saúde Pública** [online]. 2001, vol.35, n.1, pp. 88-95. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S003489102001000100013. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102001000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102001000100013&script=sci_arttext)>. Acessado em: 20 março 2011.

BARATA, Rita Barradas; CHIEFFI, Ana Luiza. **Judicialização da política pública de Assistência Farmacêutica e equidade**. In: *Saúde Pública*, v. 25, n. 8, ago. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:<[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2009000800020&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2009000800020&script=sci_arttext)>. Acesso em: 14 maio 2011.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Trabalho solicitado pela Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

BARROS, José Augusto Cabral de. Medicalización y salud. **In: Cuadernos Medico Sociales**, n. 28, p. 25-31, 1984.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zeped. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade**. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1995.

BORGES, Danielle da Costa Leite; Ugá, Maria Alicia Domingues. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: Características dos conflitos e limites para a

atuação Judicial. In: **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, 10, n. 1 p. 13-38. Mar/Jul. 2009.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **A Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Dispões sobre o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986**. Anais eletrônicos. Brasília. 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/portal/cidadao/area.cfm?id\\_area=112](http://conselho.saude.gov.br/portal/cidadao/area.cfm?id_area=112)>. Acessado em: 25 out. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acessado em: 23 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.916 de 30 de out. 1998**. Dispõe sobre Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acessado em 25 de abril 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 176 de 08 de março 1999**. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acessado em 25 de Nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **CPI dos Medicamentos**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acessado em: 20 abril 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916**. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <[http://www.ANVISA.gov.br/legis/consolidada/portaria\\_3916\\_98.pdf](http://www.ANVISA.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf)>. Acesso em: 30 maio 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. – 2. ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%202002.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Fórum de competitividade da cadeia produtiva farmacêutica**. Acesso aos medicamentos, compras governamentais e inclusão social. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência farmacêutica**. Relatório. Brasília. 2003a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acessado em 27 de maio 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde/PNS: um pacto pela saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNS.pdf>>. Acessado em: 15 de nov.2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n° 96, 20 de maio de 2004a. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. Brasília: 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Medicamentos essenciais: a importância da seleção. OMS (Organização Mundial da Saúde). Perspectivas Políticas sobre Medicamentos** de la OMS – 4. Selección de Medicamentos Esenciales. Ginebra: OMS, 2006a. Disponível em<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/renome\\_medicamentos\\_essenciais.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/renome_medicamentos_essenciais.pdf)>. Acessado em: 20 maio 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica, Insumos e Estratégicos. **Aquisição de medicamentos para Assistência Farmacêutica no SUS. Orientações básicas**. Brasília, 2006b. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aquisicao\\_medicamentosfinal.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aquisicao_medicamentosfinal.pdf)..Acesso em: 18 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada – 1973 a 2006**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2007a, p.291.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Ministério da Saúde. 2007b. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/files/revista23.pdf>>. Acesso em: 15 junho2011.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de saúde. Brasília: CONASS, 2007c.

\_\_\_\_\_. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 56/2007 e pela Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94.** – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008. p.464.

\_\_\_\_\_. **Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios.** Brasília: ANVISA, 2008. Disponível em: <<http://www.saudecoletiva.ufsc.br/Barros1.pdf>>. Acesso em: 23 abril 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 282 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_20\\_anos\\_conass\\_2009.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf)>. Acesso em: 05 junho 2011.

BRAVO, Maria Inês. “A política de saúde no Brasil: trajetória e história”. **In: Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio.** Rio de Janeiro: UERJ-DEPERXT-NAPE, 2001. P. 21-32.

\_\_\_\_\_. A política de saúde no Brasil. **In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). São Paulo: Cortez, 2007.

BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Conferência Nacional de Saúde Online. Temas para Debate II Descentralização da Gestão da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>>. Acesso em: 15 de abril 2011.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **In: Ciência Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

\_\_\_\_\_. Universalidade limitada ou integralidade reguladas? [200-]. Grupo Interinstitucional de Comunicação e Educação em Santa

Catarina. Disponível em:

<[www.gicessc.org/UNIVERSALIDADEILIMITADA.doc](http://www.gicessc.org/UNIVERSALIDADEILIMITADA.doc)>.

Acesso em: 25 maio. 2011.

\_\_\_\_\_. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88. **In: Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v.2 n.1, p.39-51, jul./dez. 2008.

COELHO, Clair Castilhos. **Acesso, Qualidade e Humanização na Assistência Farmacêutica com Controle Social**. 2003.

Florianópolis/UFSC/Mimeo.

COHN, A; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. Cap. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil**.

4. Ed. São Paulo: Cortez. CEDEC, 2001.

\_\_\_\_\_. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, Nésia Trindade, GERCHMANN, Silvia e EDLER, Flávio Coelho (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. Disponível em: <

<http://www.cebex.org.br/media/File/publicacoes/DavidCapistrano/saude%20e%20democracia%20a%20luta%20do%20cebex.pdf#page=93>>.

Acessado em 15 abril 2011.

FRIEDE, Reis. **Tutela antecipada, tutela específica e tutela cautelar**.

Belo Horizonte: Del Rey Editora, 1996, p.47.

GANDINI, João Agnaldo Donizete; BARIONE, Samantha Ferreira;

SOUZA, André Evangelista. **A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências**. 2007.

Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/Uploads/medicamentos.pdf>>.

Acesso em: 30 nov.2011.

GOMES, Carlos Alberto Pereira. A assistência farmacêutica no Brasil: análise e perspectivas. **In: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos**. A formação em farmácia, perspectivas e necessidades da área de medicamentos, 2004. Disponível em:

<[http://www.cgee.org.br/arquivos/rhf\\_p1\\_af\\_carlos\\_gomes.pdf](http://www.cgee.org.br/arquivos/rhf_p1_af_carlos_gomes.pdf)>.  
Acesso em: 13 de fev de 2006.

GOULART, Flavio A. de Andrade. Esculpindo o SUS a golpes de Portaria – Considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **In: Ciência e Saúde Coletiva**, 6 (2): 445-450, 2001.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **In: Ciência e Saúde Coletiva**, 6 (2): 269-291, 2001.

MARIN, Nelly et al. **Assistência farmacêutica para gestores municipais**. Marin, Nelly et al (Org). Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo. **In: Ciência e Saúde Coletiva**, p.101-107, 2007.

MEDICALIZAÇÃO. Rotular e excluir. Conselho Regional de Psicologia, São Paulo, 6 out. 2009. Disponível em:  
<[http://www.crpsp.org.br/crp/midia/jornal\\_crp/155/frames/fr\\_medicalizacao.aspx](http://www.crpsp.org.br/crp/midia/jornal_crp/155/frames/fr_medicalizacao.aspx)>.

Acesso em: 18 jun. 2011.

MÉDICI, André Cezar; BELTRÃO, Kaizô Iwakami; OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto de. **A Política de Medicamentos no Brasil**. Documento de política n° 9. Brasília, Ipea, 1992.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

MIOTO, R. C. **As ações profissionais do assistente social na Atenção Básica da Saúde: contribuições para o debate sobre a intersetorialidade e família na construção da integralidade**. Projeto de Pesquisa apresentado ao CNPq. 2008.

MOYNIHAN, Ray; WASMES, Alain. **Os vendedores de doenças**. Le Mond Dipolmatique, 2006. Disponível em:

<[www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza\\_subcategoria.php?sub=335&cat=101](http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza_subcategoria.php?sub=335&cat=101)>. Acesso em 10 set. 2011.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Carvalho. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **In: Ciência e Saúde Coletiva**, 6 (2): 445-450, 2001.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. **In: Saúde Coletiva**. Textos Didáticos (L. M. Vieira-da-Silva, org.), pp. 61-82, Salvador: Centro Editorial e Didático, Universidade Federal da Bahia, 1994.

SANTOS, Boaventura de Souza et al. Os Tribunais nas sociedades contemporâneas. **In: Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Associação Nacional de Pós-graduação em Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo, n. 30, ano 11, p.29-62, fev.1996.

\_\_\_\_\_. **Encruzilhada nos rumos do SUS: considerações**. 2ª versão. Março, 2008. Disponível em: <[http://www.saudejoinville.sc.gov.br/\\_downloads/\\_conselho/ArtigosDocumentos/EncruzilhadasCaminhosSUS.pdf](http://www.saudejoinville.sc.gov.br/_downloads/_conselho/ArtigosDocumentos/EncruzilhadasCaminhosSUS.pdf)>. Acesso em: 05 abril 2011.

SIERRA, Vânia Morales. A judicialização da política no Brasil e a atuação do assistente social na justiça. **In: Revista. Katálises**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 256-264, jul./dez. 2011

SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da Seguridade Social brasileira: entre a política pública e o mercado**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Wellington Barros da. **A emergência da atenção farmacêutica: um Olhar epistemológico e contribuições para o Seu ensino**. Tese submetida ao colegiado do Programa de Pós-Graduação em educação científica e tecnológica da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2009.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, Formação e Alternativas na Área da Saúde**. São Paulo: Cortez, 2009.

VASCONCELLOS, Luiz et al. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, 2006.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **In: Saúde Pública**, 41(2), p. 214-22, 2007.