



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE
FLUMINENSE DARCY RIBEIRO – UENF
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM – CCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
SOCIAIS - PPGPS**

**"JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE": ACESSO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES.**

MARLEY APARECIDA DE PAULA STEVANIM

**CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ
ABRIL - 2015**

**"JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE": ACESSO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES.**

MARLEY APARECIDA DE PAULA STEVANIM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais do Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lucia Marques da Silva

**CAMPOS DOS GOYTACAZES
ABRIL - 2015**

**"JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE": ACESSO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES.**

MARLEY APARECIDA DE PAULA STEVANIM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais do Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais.

APROVADA: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vera Lúcia Edais Pepe (Medicina Preventiva – USP)
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Profa. Dra. Vânia Morales Sierra (Sociologia – IUPERJ)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF

Profa. Dra. Shirlena Campos de Souza Amaral (Ciências Sociais e Jurídicas - UFF)
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF

Profa. Dra. Vera Lucia Marques da Silva (Saúde Coletiva - IMS/UERJ)
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF
(Orientadora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por mais uma etapa cumprida, em que, mesmo quando, tudo pareceu impossível, soube dar-me forças e sabedoria para superar os obstáculos.

Aos meus pais, Nelinho Stevanim e Marly Stevanim, por terem acreditado e incentivado a seguir na vida acadêmica. Vocês são espelho de vida, por isso, com carinho, dedico esse trabalho e registro aqui meu amor.

Ao meu irmão Antônio José Stevanim, pelo incentivo, apoio, carinho, e ao auxílio no que precisei.

A minha irmã, Mônica Stevanim, que, com serenidade e amizade soube estar presente em mais esta fase.

A minha cunhada Jercyane Stevanim, jamais esquecerei as palavras “força, fé e foco”, sua participação nesta etapa da minha vida foi imprescindível, por isso, deixo registrado meus agradecimentos.

Amo muito vocês!

Ao meu noivo, Júlio Alvim, pela compreensão, sabedoria e discernimento, ter sabido com carinho e paciência esperar que esta fase se cumprisse. Amo muito você! Que Deus nos abençoe.

Aos meus amigos, que fielmente foram preceptores à fase mestrado, sempre incentivando a cumprir as atividades do curso, deixo aqui meus sinceros agradecimentos, especialmente para: Clébia Braga, Dyana Dias, Jeane Souza, Roberta Manhães, Mariana, Alcinea, Vinicius e Sandra e Inês.

Aos amigos do mestrado que deram sentido as aulas, que fizeram-me sorrir, que choraram juntos, que incentivaram deste o início a seguir esse caminho, em especial: Kesia Tosta, Gabriela Delgado, Diogo Cruz, Natália Ribeiro, Eduardo Moreira, Evandro Vargas, Ana Carolina Barreto, e Daiana Falcão. Juntos superamos todas dificuldades, e, com certeza, essa foi apenas uma etapa.

Ao amigos que participaram da fase da pesquisa, principalmente Manoela Alves, Isabela Sarmet, Maria Amélia Silva, e, Thiago Oliveira, que estiveram presentes guiando e orientando com seus conhecimentos.

A todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e do Fórum de Justiça, que acolheram-me no campo da pesquisa, e, com reconhecimento do trabalho incentivaram-me a conclusão.

Aos que colaboraram intrinsecamente para a realização da dissertação: Jercyane Stevanim, Mônica Stevanim, Vinicius de Jesus, Fernanda Monteiro e Maria Carolina G. Oliveira, Ana Paula Caputo, e, Diego Carvalher, cada um com seu conhecimento, e, hoje, sem dúvida com mérito compartilhado.

Aos mestres professores, pelos conhecimentos transmitidos.

A orientadora Vera Lucia, pelas orientações e ensinamentos, hoje, com carinho agradeço-a imensamente, por ter contribuído para este trabalho e para formação profissional.

E, enfim, agradeço a todos os presentes na banca, por ter aceito o convite, e, por dispor a contribuir para esse trabalho.

A todos, que de alguma forma, fazem parte da minha vida, e, que não foram mencionados, o meu muito obrigada!

“A estratégia de ontem foi o que nos possibilitou sobreviver até agora, mas uma nova estratégia deve ser criada se quisermos garantir nossa sobrevivência no futuro”.
Paul Levesque.

RESUMO

STEVANIM, M.A.P. "Judicialização da saúde": acesso à assistência farmacêutica no município de Campos dos Goytacazes: Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, 2015.

Com a Constituição de 1988, normatizou-se o direito à saúde, e, dentre eles, o acesso aos medicamentos. Atualmente, esse acesso tem se efetivado, por vezes, pelo setor judiciário. O protagonismo do poder judiciário, decorrente da Constituição jurídico-institucional do Estado democrático de direito, possibilitou a intervenção do mesmo sobre questões políticas de outros poderes e a formulação das demandas judiciais, principalmente na busca da garantia do direito à saúde. Esse trabalho objetivou analisar as demandas judiciais de medicamentos no Município de Campos dos Goytacazes, num total de 166 processos elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde, no período de janeiro a dezembro de 2013. Dos 166 processos distribuídos em 2013, 63 foram selecionados inicialmente na Secretaria de Saúde e, destes, 44 que estavam alocados no Fórum da justiça foram mais profundamente analisados. Os resultados encontrados constata: concessão de 170 medicamentos em medida liminar ou antecipação de tutela, independente do perfil do autor das ações judiciais e dos recursos dos réus e baseados basicamente na prescrição médica; dentre os medicamentos concedidos, 89 (52,4%) estão inclusos em alguma lista do SUS, 81 (47,6%) não estão listados, 102 (60%) são de referência e 17 (10%) são de uso *off label*; variação do tempo de tramitação da distribuição do processo de 0 (zero) dia à mais de 365 dias. Conclui-se que as demandas judiciais por medicamentos resultam de falhas na gestão e estratégias da indústria e dos fornecedores farmacêuticos. Apesar das demandas judiciais, o direito à saúde não tem sido garantido, em umas vezes, devido ao tempo prolongado de tramitação do processo. Sugere-se, portanto, melhor investimento na política, planejamento e gestão da assistência farmacêutica do coletivo da saúde para a resolução dos problemas encontrados.

Palavras-chaves: Judicialização da Saúde, Medicamentos, Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT

STEVANIM, M.A.P. "Health legalization": access to pharmaceutical services in the municipality of Campos Goytacazes: Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, 2015.

With the 1988 Constitution, it has standardized the right to health, and, among them, access to medicines. Currently, this access has been effected sometimes by the judiciary. The role of the judiciary, due to legal and institutional constitution of the democratic rule of law, allowed the intervention of the same on issues other political powers and the formulation of litigation, especially in the pursuit of ensuring the right to health. This study aimed to analyze the legal claims of medicines in the Municipality of Campos dos Goytacazes, a total of 166 cases prepared by the Municipal Health Secretariat, from January to December 2013. Of the 166 cases distributed in 2013, 63 were initially selected in the Secretariat Health and of these, 44 were allocated to the justice Forum were further analyzed. The results realized: granting 170 drugs in restraining order or preliminary injunction, regardless of the author's profile lawsuits and resources of the defendants and essentially based on medical prescription; granted from the drugs, 89 (52.4%) are included in any list of SUS, 81 (47.6%) are not listed, 102 (60%) are approximate and 17 (10%) are off label use ; variation of the processing time of the distribution process 0 (zero) days to over 365 days. We conclude that the judicial demands for medicines result from failures in the management and industry strategies and pharmaceutical suppliers. Despite the lawsuits, the right to health has not been guaranteed in a few times due to prolonged the proceedings. It is suggested therefore better investment in policy, planning and management of pharmaceutical health of collective assistance for resolution of the problems encountered.

Key Words: Legalization of Health, Medicine, pharmaceutical assistance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa Campos dos Goytacazes.....79

Figura 2 - Fluxograma- Vias utilizadas pelos autores das ações judiciais para obtenção de medicamentos no Município de Campos dos Goytacazes/2013.....89

LISTA DE GRÁFICO

- Gráfico 1** - Distribuição das demandas judiciais de medicamentos segundo o rendimento individual mensal dos autores das ações judiciais por representação judicial. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....96
- Gráfico 2** - Distribuição das demandas judiciais de medicamentos segundo a representação judicial e a concessão do benefício da gratuidade de justiça. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....97
- Gráfico 3** - Frequência dos argumentos utilizados pelos Juízes na liminar e/ ou antecipação da tutela. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....100
- Gráfico 4** - Documentos apensados nos processos judiciais de medicamentos. Município de Campos dos Goytacazes/2013.....102
- Gráfico 5** - Frequência dos argumentos utilizados pelos gestores municipais nos recursos. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....108
- Gráfico 6** - Frequência dos argumentos utilizados pelos gestores estaduais nos recursos. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....111
- Gráfico 7** - Origem das prescrições médicas anexas aos processos judiciais de medicamentos. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....116
- Gráfico 8** - Distribuição das demandas judiciais de medicamentos por representação judicial e origem das prescrições médicas. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....116
- Gráfico 9** - Frequência das farmácias presentes nos orçamentos anexos aos processos judicial de medicamentos. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....138
- Gráfico 10** - Bloqueios dos processos judiciais por renda individual dos autores das ações judiciais. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....140

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das demandas judiciais de medicamentos segundo a faixa etária dos autores das ações judiciais. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	91
Tabela 2 – Distribuição das demandas judiciais de medicamentos segundo representação familiar dos autores das ações judiciais por faixa etária. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	92
Tabela 3 - Distribuição das demandas judiciais de medicamentos segundo o local de residência dos autores das ações judiciais e rendimento médio mensal das famílias. Município de Campos dos Goytacazes/2013.....	94
Tabela 4 - - Distribuição das demandas judiciais de medicamentos segundo às concessões de liminar ou antecipação de tutela. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	98
Tabela 5 - Regulamentações citadas pelos Juízes na Liminar e/ou Antecipação da tutela. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	101
Tabela 6 - Distribuição dos cadastros na instância de saúde anterior ao processo judicial. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	103
Tabela 7 - Distribuição das demandas judiciais de medicamentos por réu citado. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	104
Tabela 8 - Regulamentações citadas no recurso do Réu Município. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	106
Tabela 9 - Regulamentações citadas no recurso do Réu Estado. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	109
Tabela 10 - Status dos processos judiciais de medicamentos. Município de Campos dos Goytacazes/2013.....	112
Tabela 11 - Tempo Mediano das demandas judiciais de medicamentos para decisão em antecipação de tutela, intimação da instância de saúde e a obtenção do medicamento por Representação judicial. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	113
Tabela 12 - Distribuição das demandas judiciais de medicamentos com exigência de bloqueio do valor dos medicamentos na Conta do Município. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	115
Tabela 13 - Características das prescrições médicas anexas aos processos judiciais de me medicamentos. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	118

Tabela 14 - Distribuição dos diagnósticos principais identificados, segundo capítulo e agrupamento da CID10. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	119
Tabela 15 - Distribuição dos diagnósticos principais e secundários, identificados segundo capítulo e agrupamento da CID10. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	120
Tabela 16 - Distribuição dos medicamentos solicitados, segundo classificação pelo primeiro nível do Código Anatômico, Terapêutico e Químico - código ATC. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	122
Tabela 17 - Distribuição dos Medicamentos solicitados, classificados pelo quinto nível do Código Anatômico, Terapêutico e Químico - código ATC, com prescrição por nome genérico e presença nas listas do SUS. Município de Campos dos Goytacazes,2013.....	123
Tabela 18 - Distribuição dos medicamentos solicitados conforme as listas de medicamentos essenciais vigentes. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	124
Tabela 19 - Distribuição dos Medicamentos solicitados, classificados pelo quinto nível do Código Anatômico, Terapêutico e Químico - código ATC e presença nas listas do SUS. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	125
Tabela 20 - Proporção de medicamentos demandados com alternativa terapêutica no Sistema Único de Saúde, classificados pelo quinto nível do Código Anatômico, Terapêutico e Químico - código ATC e Listas Oficiais do SUS.....	126
Tabela 21 - Distribuição dos medicamentos demandados com alternativa terapêutica no Sistema Único de Saúde, classificados pelo quinto nível do Código Anatômico, Terapêutico e Químico - código ATC e Listas Oficiais do SUS. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	128
Tabela 22 - Características dos medicamentos prescritos e concedidos por ordem judicial segundo a conformidade com as legislações vigentes. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	129
Tabela 23 - Distribuição dos medicamentos solicitados por processos judiciais segundo o Componente de Financiamento do SUS e Listas Oficiais do SUS. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	130
Tabela 24 - Distribuição dos medicamentos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, classificados pelo quinto nível do Código Anatômico, Terapêutico e Químico - código ATC e Listas Oficiais do SUS. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	131
Tabela 25 - - Distribuição dos medicamentos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e classificados com diagnóstico correspondente a Portaria nº 1.554 de 30 de julho de 2013 e o diagnóstico prescrito e anexo ao processo judicial. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....	133

Tabela 26 - Distribuição dos medicamentos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, e classificação dos órgão gestor responsável pela aquisição, financiamento, armazenamento e dispensação conforme a Portaria nº 1.554 de 30 de julho de 2013, e segundo o réu citado nos processos. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....135

Tabela 27 - Gastos dos medicamentos mais solicitados em processo judicial com compra unitária efetuada nas farmácias e o valor dos medicamentos nas compras efetuadas pelo governo. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....137

Tabela 28 - Gastos dos medicamentos mais solicitados em processo judicial, segundo o bloqueio judicial, a renda do autor da ação judicial e a origem da prescrição médica. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.....139

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica de Saúde

ATC - *Anatomical Therapeutic Chemical*

ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade

ADINs – Ações Diretas de Inconstitucionalidade

AIS - Ações Integradas da Saúde

AMS - Assistência Médica Sanitária

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAC - Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo

CACON - centros de alta complexidade em oncologia

CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CEME - Central de Medicamentos

CETSS - Contribuições dos Empregadores e dos Trabalhadores para a Seguridade Social

CIB - Comissões Intergestores Bipartite

CID 10 - Classificação Internacional de Doença

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

COFINS - Contribuição para Financiamento da Seguridade Social

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

Conjur/MS – Consultoria Jurídica/Ministério da Saúde

CSLL - Contribuição sobre o Lucro

CSS - Contribuição Social para a Saúde

DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia

DST/AIDS – Doença Sexualmente Transmissível/*Acquired Immune Deficiency Syndrome*

EC – Emenda à Constituição

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

HC – *Habeas Corpus*

HIV/AIDS - *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome*

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LOS - Lei Orgânica Saúde

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

MS/GM – Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB/91 - Norma Operacional Básica de 1991

NOB/92 - Norma Operacional Básica de 1992

NOB/93 - Norma Operacional Básica de 1993

NOB/96 - Norma Operacional Básica de 1996

NOBs - Normas Operacionais Básicas

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAB - Piso Assistencial Básico

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM - Política Nacional de Medicamentos

PSF - Programa de Saúde da Família

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SADT - Serviços de Apoio à Diagnoses e Terapia

SAS/MS - Secretaria de Ações de Saúde do Ministério da Saúde

SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

STF – Supremo Tribunal Federal

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
1 CONSTITUIÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO.....	24
1.1 O legado do direito à saúde e à assistência farmacêutica.....	24
1.2 Constituição e Institucionalização do Sistema Único de Saúde.....	31
1.3 O acesso à Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde.....	35
1.4 A Política de Saúde no contexto atual: alguns apontamentos.....	42
2 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE.....	47
2.1 Acesso à justiça no contexto internacional.....	47
2.2 O acesso à justiça no Brasil.....	51
2.3 “Judicialização da Política”: legitimação de direitos ou retrocesso democráticos?.....	57
3 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....	62
3.1 Demandas Judiciais, acesso aos medicamentos e o direito fundamental à saúde dos Cidadãos.....	62
3.2 Decisões Judiciais de medicamentos: por uma Justiça Distributiva ou Justiça Comutativa?.....	70
3.3 Processos judiciais individuais de medicamentos baseados em pesquisas empíricas.....	75
3.4 “Judicialização da Saúde” em Campos dos Goytacazes.....	79
4 “JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE” NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES E O ACESSO A ASSISTENCIA FARMACEUTICA.....	82
4.1 Metodologia da Pesquisa.....	82
4.2 Objetivos da Pesquisa.....	87
4.2.1 Objetivo Geral.....	87
4.2.2 Objetivos específicos.....	87

4.3 Hipóteses da Pesquisa.....	88
4.4 Resultados e Análises.....	88
4.4.1 O acesso a medicamentos por meio das instâncias jurídicas no município de Campos dos Goytacazes.....	88
4.4.2 Características sócio demográficas do autor da ação judicial.....	91
4.4.3 Características processuais das ações judiciais para acesso à medicamentos.....	96
4.4.4 Características médico-sanitárias das ações judiciais de acesso à medicamentos.....	115
4.4.5 Características político-administrativas das ações judiciais.....	129
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
REFERÊNCIAS	148
APÊNDICE.....	155

INTRODUÇÃO

Com a Constituição Brasileira de 1988, conquistou-se normativamente o direito à saúde, tendo o Estado assumido a responsabilidade pelo atendimento à saúde da população de forma universal, igualitária e integral. Por meio de normas infraconstitucionais, foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), que assegurou, dentre outros, o acesso à assistência farmacêutica. Entretanto, o SUS ao ter sido implantado em condições financeiras adversas (FLEURY, 2012), não tem conseguido atender à demanda e às necessidades de saúde, principalmente no que diz respeito ao acesso a medicamentos, o que, tem motivado, em parte, o recurso ao Poder Judiciário (TORRES, 2013; PEPE et al., 2010a).

No Brasil, o fenômeno denominado 'judicialização da saúde'¹ revela-se pelo avanço no plano normativo jurídico da Constituição, que possibilitou tutela dos direitos sociais mediante os mecanismos e instrumentos no âmbito do poder judiciário (SANT'ANA et al., 2011a). Entretanto, pela insatisfação da insuficiência das políticas públicas, o protagonismo do poder judiciário é legitimado como única esperança de acesso aos bens e serviços públicos à população. É o que nos diz Sierra (2011), ao afirmar que este fenômeno é "mais que uma forma de proteção contra os abusos do poder executivo, pois ocorre em função da escassez da política que asseguraria a efetivação da cidadania" (SIERRA, 2011. p.260).

A judicialização da saúde emergiu no Brasil na década de 90, pelas ações judiciais individuais dos pacientes com HIV/AIDS que, mediante inércia dos poderes executores e legislativos, passaram a requerer medicamentos antiretrovirais e procedimentos médicos, via processo judicial (VENTURA et al., 2010). A ação destes pacientes estimulou outras enfermidades, e, atualmente, o perfil das ações judiciais é

¹ Em virtude da polissemia do termo judicialização (MACIEL e KORNER, 2002), considera-se o conceito adotado por Oliveira (2005, p. 559) em que é entendido como "utilização de procedimentos judiciais para a resolução de conflitos de ordem política, tais como controvérsias a respeito de normas, resoluções e políticas públicas em geral, adotadas/implementadas pelos Poderes Executivo e Legislativo". A judicialização se efetiva em três fases: 1) Acionamento do Judiciário através do ajuizamento de processos – ou politização da justiça; 2) Julgamento do pedido de liminar (quando houver); 3) Julgamento do mérito da ação. De acordo com essa autora, há judicialização apenas quando o Judiciário responde à demanda, independentemente da decisão à qual chega. Embora o presente trabalho concentre-se na análise das demandas judiciais (um termo que seria mais apropriado para o título), foi mantida a nomenclatura "Judicialização" (e em aspas), considerando que os processos analisados mais profundamente foram os 44 alocados no Fórum da Justiça, a partir de uma seleção inicial de 63 dos 166 processos distribuídos em 2013.

bem mais diversificado, principalmente no que se refere a medicamentos que abrangem variadas indicações terapêuticas (SANT'ANA et al., 2011a, p.138-144).

Os pedidos judiciais tem se fundamentado pelas prescrições médicas (SANT'ANA et al., 2011a) e pela suposta urgência de obter algum insumo, ou pelos pedidos de exame diagnóstico ou procedimento, “considerados capazes de solucionar determinada “necessidade” ou “problema de saúde”” (VENTURA et al., 2010). Enquanto, enquanto alguns destes pedidos satisfazem ao atendimento das 'necessidades básicas de saúde', outros buscam a 'saúde mais que perfeita' (SFEZ, 1996), sendo que ambos favorecem o mercado e encontram sustentação nos tribunais (OCKÉ-REIS, 2013), sem nenhuma discriminação de suas tipologias.

O poder judiciário, que historicamente atendia sobre bases de uma justiça comutativa, atualmente tem que intervir na questão do acesso de serviço e bens públicos (MARQUES; DALLARI, 2007). Ocorre que as decisões judiciais com ação favorável a alguns - os que recorrem à justiça - vai de encontro ao sistema de direito fundamentado na Constituição, que tem como base o idealismo do pluralismo com justiça distributiva (CITTADINO, 1999). Ou seja, o direito à assistência farmacêutica, na perspectiva de uma justiça distributiva, depende de uma política pública para ser estabelecido. Neste sentido, as necessidades individuais de saúde deveriam ser contextualizadas dentro da política pública de medicamentos (SANT'ANA et al., 2011a).

No cenário contemporâneo, cresce cada vez mais o número de processos judiciais individuais com demanda de medicamentos (BORGES; UGÁ, 2010; CHIEFFI; BARATA, 2009). Essas ações são deferidas, frequentemente, pelos operadores do direito (Juízes), levando, por vezes, ao impedimento do planejamento das ações de saúde (ALVES, 2013) e canalizando recursos que seriam destinados às ações coletivas (FLEURY, 2012). Diante de tudo isto, o colapso do próprio Sistema Único de Saúde do país se anuncia, tanto pela violação do princípio da equidade do SUS (CHIEFFI; BARATA, 2009) como pelo fato da alocação de recursos orçamentários estar sendo ignorada (ALCANTARA, 2012. p.91).

Baseado nessas análises, e na pesquisa desenvolvida por Alves (2013), justifica-se o aprofundamento dos estudos sobre o fenômeno da judicialização da saúde em Campos dos Goytacazes, um município do Estado do Rio de Janeiro, que possui grande aporte de recursos financeiros provenientes da receita dos royalties, e, mesmo assim, o acesso aos medicamentos, na maioria das vezes, se efetiva pelas

instâncias jurídicas. No período do estudo de Alves (2013), o município já estava habilitado ao SUS, como Gestão Plena do Sistema Municipal, ou seja, com total autonomia no planejamento e gestão de suas políticas de saúde, inclusive no que diz respeito ao financiamento. No estudo de Marques da Silva e Alves (2014) foi identificado que, dentre os 101 processos provenientes da Defensoria Pública, 32% correspondiam aos medicamentos da REMUME e 39% eram referentes aos medicamentos padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Ou seja, constatou-se que 71% dos processos corresponderam aos medicamentos que deveriam estar disponibilizados nas UBS e na Farmácia Central Municipal.

De acordo com Borges e Ugá (2009), a judicialização da assistência farmacêutica é um fenômeno complexo, pois, além de envolver diversos atores sociais (gestores do SUS, magistrados, profissionais de saúde e cidadãos), implica em decisões tanto sobre política de saúde como também sobre técnicas relativas à incorporação de tecnologia. Nesta complexidade, incluem-se conflitos diferentes ao que o poder judiciário está acostumado a lidar, tanto por ser uma questão relativa à saúde e, muitas vezes, urgente, como por ser de direito à vida, este consagrado como cláusula pétrea na Constituição Federal/1988, e, portanto, com a exigência de não abstenção de decisão (BORGES; UGÁ, 2010). Por outro lado, no caso de não acatamento de decisões, anunciar-se-ia uma crise de autoridade da justiça (SIERRA, 2011).

Nestes termos, a judicialização da saúde tornou-se uma preocupação nacional, motivando discussões sobre conhecimentos técnicos entre operadores do direito e da saúde e realização de uma Audiência Pública no Supremo Tribunal Federal (PEPE et al., 2010a). Também, ressalta-se outros eventos nos estados e municípios, como seminários, fóruns itinerantes e implementações de câmaras técnicas e ouvidorias. Particularmente, em Campos dos Goytacazes foi realizado um acordo entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Defensoria Pública (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2011). Neste acordo, segundo Alves (2013), os procedimentos adotados como “estratégias e pactuações extrajudiciais (juridicização) visando impedir que os conflitos sejam decididos nos espaços jurídicos (judicialização) não têm sido instrumentos viabilizadores do direito à saúde”.

Por reconhecer a existência da multiplicidade de pesquisas sobre o fenômeno de 'judicialização da saúde' existentes nas diversas regiões do país enfocando o acesso da assistência farmacêutica e as demandas judiciais e a ausência de um plano

de análise, Pepe et al. (2011) elaboraram um manual (Indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos) objetivando realizar um amplo estudo multicêntrico nas três esferas de gestão do SUS e, após diagnóstico desta realidade, contribuir para a garantia do direito ao acesso aos medicamentos de forma racional (TORRES, 2013).

Este presente trabalho, tendo como objeto a judicialização da saúde a partir do acesso a medicamentos em Campos dos Goytacazes, é fruto de uma pesquisa avaliativa, empírica-analítica e de natureza qualitativa. A técnica de pesquisa utilizada foi a análise documental, tendo como campos o Fórum de Justiça e a Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes. Nesta secretaria, a pesquisa concentrou-se, especificamente, no setor de dispensação de medicamentos que, atualmente, é a instituição responsável pelo serviço de avaliação e distribuição destes. As unidades de análise foram os processos judiciais, os discursos e as práticas dos operadores do direito e da saúde. Objetivou-se analisar as demandas judiciais de medicamentos e as decisões dos Poderes do Executivo e do Judiciário no que se refere ao direito à saúde no município de Campos dos Goytacazes. Tendo como instrumento para análise o Manual de monitoramento das demandas judiciais de medicamentos (PEPPE et al., 2011), buscou-se identificar as características sociodemográficas dos autores impetrantes das ações judiciais e as características processuais, médico-sanitárias e político-administrativas das ações judiciais. As hipóteses norteadoras foram: 1) Os impetrantes das ações judiciais possuem melhores condições socioeconômicas e mais acesso à informação, sendo, por conseguinte, privilegiados no acesso aos medicamentos; 2) As tomadas de decisão dos Juízes são amparadas principalmente pela Constituição Federal de 1988; 3) O deferimento das demandas judiciais individuais de medicamentos, com base apenas preceitos da Constituição Federal, sem considerar os leis infraconstitucionais e os protocolos clínicos do SUS, têm comprometido o à gestão da Política; 4) A indústria farmacêutica influência nas demandas judiciais de medicamentos; 5) O tempo de tramitação dos processos interfere negativamente nas questões de saúde; 6). Os operadores da saúde não tem respondido aos processos judiciais, e, tem, por isso, corroborado para o aumento das demandas judiciais.

Este trabalho compõe-se de quatro capítulos. O primeiro capítulo busca entender o processo que impulsionou o acesso aos medicamentos via instâncias jurídicas e a trajetória histórica da constituição dos direitos sociais, pelos quais inclui

o direito à saúde. Neste, há a ênfase no acesso à assistência farmacêutica no Brasil, de forma a apresentar as diversas leis infraconstitucionais que a regulamentam e que no atual contexto tem sido alvo de questionamentos, pela não operacionalidade dos entes federativos. O segundo capítulo versa sobre a emergência do fenômeno da judicialização das políticas, bens e serviços públicos e sua expansão nos diversos países. Enfatiza a realidade brasileira que se apresenta de modo peculiar, devido à instabilidade nas regulamentações, as precárias políticas ofertadas pelo executivo e ao distanciamento das leis à efetiva concretização dos direitos. O terceiro capítulo baseia-se nos estudos empíricos sobre a judicialização da saúde, com enfoque mais específico na judicialização de medicamentos. Analisa-se como esta vem se expandindo, a sua efetivação por meio das decisões judiciais e se seriam norteadas pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade conforme preceitua o SUS. O quarto capítulo apresenta os resultados da pesquisa sobre a judicialização do acesso à assistência farmacêutica realizada no município de Campos dos Goytacazes. Por último, as considerações finais referentes ao fenômeno em nível local que, acredita-se, poderão contribuir para questões em nível nacional.

1. CONSTITUIÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO.

1.1 O legado do direito à saúde e à assistência farmacêutica.

O direito à saúde foi legalmente reconhecido como um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), a partir da Constituição Federal de 1988. Foi fruto de reivindicações de grupos pluralistas pertencentes ao movimento de reforma sanitária surgido na segunda metade da década de 1970, e de outros movimentos sociais. Teve suas normatizações e materialização a partir de 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), redirecionando-se o modo de pensar a saúde como um status de direito (BRAVO, 2007). O SUS passou a ser responsável pela provisão do acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, incluindo, entre suas responsabilidades, o fornecimento dos medicamentos necessários (BRASIL, 2002).

Ressalta-se que nos anos 70, antes mesmo desse período de universalização da cobertura de acesso à saúde como direito, já havia preocupação do governo brasileiro com esse acesso e aos medicamentos. Na busca de soluções, houve formação de duas correntes políticas. Uma era a proposta de controle estatal mais acentuado, originária de segmentos militares de cunho nacionalista, e a outra pretendia ampliar a assistência governamental mediante aquisições do setor privado a preços mais baixos (BERMUDEZ, 1995).

A criação da Central de Medicamentos (CEME)², em 1971, foi umas das soluções criadas pelo governo para garantir o acesso aos medicamentos por aqueles sem condições econômicas para adquiri-los no mercado. A intenção era a de que, ao funcionar como uma instituição reguladora da produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados ou vinculados à indústria privada e aos ministérios (Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, da Saúde, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde), pudesse “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos” (BRASIL, 2002).

²A CEME, subordinada à Presidência da República, foi regulamentada em 25 de junho de 1971, mediante ao Decreto nº. 68.806. Esta “representou um marco para a cultura da gestão centralizada e participativa da saúde, em especial no tocante à utilização dos medicamentos” (LIMA, 2003 *apud* PORTELA et al., 2010. p.10).

Dessa forma, a CEME definiu as políticas para o setor farmacêutico, ao ter centralizado as compras governamentais de medicamentos, e incentivado o desenvolvimento da pesquisa científica e tecnológica e a comercialização (COSENDEY et al., 2000 apud Portela et al., 2010). Destaca-se, também, sua “função protetora das novas indústrias farmacêuticas que começavam a surgir no Brasil”, auxiliando na compra dos produtos fabricados por estas indústrias e, em caso de estoques de seus produtos, na revenda aos laboratórios oficiais (LIMA, 2003 apud PORTELA et al., 2010).

A CEME também contribuiu para criação da lista de medicamentos essenciais por meio da Portaria do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) nº. 233 em 1975, denominada de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e que se constituiu como um instrumento de fornecimento de medicamentos prioritários para as unidades de saúde (PORTELA et al., 2010). Destaca-se que anteriormente, em 1964, mediante o Decreto nº. 53.612, foi estabelecida a primeira lista de medicamentos denominada Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário (PORTELA et al., 2010). Essa lista de medicamentos foi criada antes da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1977, demarcando a preocupação com o abastecimento dos medicamentos essenciais à população brasileira (PORTELA et al., 2010).

Nos anos 80, ocorreu o esgotamento do modelo médico assistencial privatista, mostrando a inadequação da realidade sanitária brasileira e, ao mesmo tempo, a crise fiscal do Estado, esta com repercussão direta na Previdência Social (MENDES et al., 2012 apud MENDES, 1999). As mudanças ocorridas no Brasil alterarão as funções desempenhadas, até então, pela CEME, que passou a ser simples distribuidora, com sua extinção em 1977.

O cenário era marcado por uma prática médica dominante que não se apresentava eficaz na alteração dos perfis de morbimortalidade, pois se baseava na prática curativa e reabilitadora; os custos eram crescentes e inviabilizavam a sua expansão; havia falta de critérios para as compras de serviços aos hospitais privados e, além disso a crescente insatisfação da população usuária e trabalhadores da saúde com relação aos serviços prestados pela previdência social no atendimento as necessidades de saúde (MENDES et al., 2012. p.167 apud MENDES, 1999).

O contexto político da década de 80 favoreceu aos reformistas, ainda que o modelo anterior limitasse suas estratégias de reformas. Os “defensores” do movimento de reforma sanitária propunham uma reforma abrangente e de orientação

redistributiva para o setor saúde desde o final da década de 70. Dentre as reivindicações, buscava-se pela “universalização da cobertura, a extensão de programas preventivos e atenção básica à população de baixa renda, o aumento do controle sobre os provedores privados e a descentralização”. Destaca-se que os reformistas setoriais pretendiam a descentralização da política, a fim de enfraquecer a influência dos provedores privados (representados pelo setor hospitalar privado e da indústria farmacêutica) sobre o processo decisório da política de saúde. Estes avaliavam que a centralização decisória favorecia os provedores privados, já que a burocracia do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) era capturada pela indústria hospitalar e de remédios.

Todo este contexto culminou com a VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, que contou com a participação de aproximadamente quatro mil e quinhentas pessoas, conduzindo a discussão da saúde a toda população e ultrapassando os limites setoriais e burocráticos. Para Bravo (1996), o marco na história da saúde no Brasil foi a preparação e a realização desse movimento. A temática central estabelecida nessa Conferência compreendeu:

I) A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; III) Financiamento setorial (Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987 apud Ibid. p.77).

No âmbito do acesso medicamentos, o relatório final da Conferência reivindicava por uma maior presença estatal na produção farmacêutica, proibição da propaganda comercial de medicamentos e fiscalização rigorosa da qualidade e da comercialização a serem realizadas pela vigilância sanitária (BONFIM; MERCUCI, 1997 *apud* BRASIL, 2002). Destaca-se que, em 1986, de acordo com os dados da PNAD, havia desigualdade no acesso a medicamentos, sendo de 14,6% o percentual de pessoas contempladas com os medicamentos, enquanto 74,1% pessoas não utilizaram serviços de saúde e não receberam os medicamentos que necessitavam (BRASIL, 2002).

Neste cenário, emergem dois blocos de interesses divergentes em prol da Assembleia Constituinte com relação à Saúde. Um grupo representado por empresários, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e outro representado

pelas forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte. Este último destacou-se pelo quantitativo de entidades representativas do setor e mobilização da sociedade que, ao aliarem a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente e a pressão constante sobre os constituintes, redundou na eficácia da Plenária das Entidades (BRAVO, 1996). Cabe destacar que a proposta de emenda popular apresentada por Sergio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades (BRAVO, 1996).

Este movimento em prol da reforma do setor de saúde, fruto da VIII Conferência Nacional de Saúde, conduziu o governo a adotar a política das Ações Integradas da Saúde (AIS), produzindo efetivamente um deslocamento de recursos financeiros da previdência social para o setor público prestador de serviços de saúde e uma integração das ações setoriais. Posteriormente, com a constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), acentuou-se o processo de descentralização e redefinição de papéis e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal.

Em relação à assistência farmacêutica, dois fatos ocorreram nesse período. O primeiro, em 1987, com o desenvolvimento do Programa de Farmácia Básica que objetivava suprir certa quantidade de medicamentos selecionados pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) - 40 itens - e padronizar, em âmbito nacional, os medicamentos utilizados no tratamento de doenças de ocorrência comum no Brasil, em nível ambulatorial. Essa proposta de padronização não obteve êxito, pois cada região brasileira apresentava um perfil de morbimortalidade específico, resultando na falta ou no excesso dos medicamentos (OLIVEIRA et al., 2006; COSENDEY et al., 2000 apud PORTELA et al., 2010).

O segundo fato ocorreu em 1988, quando a CEME organiza o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, com apresentação do diagnóstico da situação do setor, que incluía, entre outros, o não reconhecimento de patentes e a necessidade de ampliação de pesquisas no setor e de ampliação e inserção no SUS da assistência farmacêutica. Não obstante este diagnóstico, a cobertura de medicamentos para o SUS foi reduzida em 20% entre 1991 e 1992 (BRASIL, 2002). Ainda esse ano, em 1987, com a constituição da Assembleia

Nacional Constituinte, garantiu-se as propostas e os conteúdos elaborados no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRAVO, 2007).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 estabeleceu a Saúde como integrante da Seguridade Social, juntamente com a Previdência Social e a Assistência Social. Desse modo, diferentemente do seguro social, a Seguridade Social integra um conjunto de ações, dos quais compete aos poderes públicos e à sociedade garantir os direitos referentes às três políticas supracitadas, com base nos seguintes objetivos: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração, com participação popular. (BRASIL, 1998).

Para Teixeira (1989, p.50), as reivindicações contempladas a partir da nova Constituição podem ser destacadas pelos seguintes aspectos:

- ✓ O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- ✓ As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- ✓ Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- ✓ A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- ✓ Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA, 1989. p.50-51)

Para Fleury (2009), o processo constituinte e, a promulgação da Constituição de 1988 representou um avanço em relação às formulações legais anteriores. Assim, com a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais, por meio da regulamentação de um modelo de seguridade social, rompe-se com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxam os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. De fato, representou uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, objetivando corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas ao longo dos anos no

país que foram incapazes de universalizar direitos, tendo em vista a histórica tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2007).

Porém, apesar destes avanços na constituição dos direitos a saúde, cabe registrar que o texto Constitucional apresenta algumas contradições devido à polarização da discussão da saúde em dois blocos antagônicos, já citados anteriormente: o da Plenária Nacional de Saúde, com defesa dos princípios da Reforma Sanitária, e o representado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação das Indústrias Farmacêuticas ligadas ao setor privado (BRAVO; MATOS, 2007). Essas contradições são visualizadas nos artigos da Constituição: enquanto o artigo 196 assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado, o artigo 199 prevê a assistência à saúde como livre à iniciativa privada de forma complementar ao Sistema Único de Saúde. Esta polarização impediu os reformistas de realizar todos os propósitos da plenária de saúde e a execução dos que foram regulamentados (BRAVO, 2007).

No que se refere à assistência farmacêutica, os avanços foram pífios, sendo mencionado, no artigo 200, que o Sistema Único de Saúde deve “controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos” (BRASIL, 1988). Nas palavras de Bravo (2007, p.11), “há apenas uma alusão à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção de medicamentos”. Também, para essa autora, no tocante ao direito à saúde, o texto constitucional, mediante vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário e prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar, mas não altera a situação da indústria farmacêutica.

Em relação à CEME, esta passou à gestão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e, ainda sob sua gestão (1975-1985)³ (BRASIL, 2002) começaram as críticas de ineficiência e desperdícios devido ao desvio dos seus objetivos iniciais, principalmente em relação à Assistência Farmacêutica. De acordo com Marin (2003), os critérios de distribuição dos medicamentos já não mais seguiam parâmetros técnicos, resultando na utilização inadequada e na perda de parcela significativa dos medicamentos (apresentavam prazo de validade vencido e/ou armazenagem inadequada). Além disso, a própria RENAME, criada com objetivo de

³ A CEME a partir de julho de 1975, por meio do Decreto nº. 75.985, foi transferida ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (SANT’ ANA; ASSAD, 2004 apud PORTELA et al., 2010, 10).

implantação de um sistema integral de medicamentos, já não mais servia como instrumento de referência para a organização dos serviços de assistência farmacêutica, na medida em que não houve atualização das listas de medicamentos essenciais no período entre 1983 a 1998 (MARIN, 2003).

A CEME passou a ser simples distribuidora de medicamentos, em consequência, especialmente, da falta de contribuição dos profissionais de saúde, como os próprios farmacêuticos, os quais incentivavam a venda dos similares das multinacionais e de medicamentos bonificados (OPAS, 2005; LOYOLA, 2008 apud PORTELA et al., 2010). Esse processo resultou na desativação da CEME em 1997, havendo, no bojo do processo de descentralização da saúde, a redefinição da atuação das três esferas de governo quanto à questão dos medicamentos. Nesse período, é válido ressaltar, que a gestão da CEME já estava sob tutela do Ministério da Saúde (Desde 1985)⁴.

Em documento de 1993, o Ministério da Saúde já identificava problemas na atuação da CEME: denúncias de corrupção, descompromisso da direção com as finalidades do órgão, desmantelamento da estrutura técnico-organizacional, desarticulação com as estruturas estaduais e municipais do sistema, perdas estimadas em 40% por deficiência da rede de distribuição e demanda superestimada para compensar descontinuidades no abastecimento (BERMUDEZ, 1995).

Vale destacar, que, com a Carta Magna, o INAMPS deixou de operar como órgão responsável pela execução direta (por meio dos serviços próprios) ou indireta (por meio dos contratos e convênios) das ações de saúde, assumindo a responsabilidade de participar da definição, acompanhamento e controle das políticas e recursos financeiros da previdência social. Com isso, as atribuições da saúde foram gradativamente destinadas aos governos estaduais e municipais. Porém, a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde ocorreu apenas em março de 1990 e sua extinção se procedeu em julho de 1993, sendo suas funções absorvidas pela Secretaria de Ações de Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) (BRAVO, 1996; MÉDICI, 1994).

Na década de 1990, as políticas sociais brasileiras passaram a ser executadas coadjuvantes com a adoção do projeto neoliberal, que, também, comprometeu a execução dos pressupostos ressaltados na Constituição Federal. Esta, de acordo com

⁴Em 1985, o Decreto nº. 67.91.439 regulamentou a CEME como de responsabilidade do Ministério da Saúde (SANT'ANA; ASSAD, 2004 apud PORTELA et al., 2010, 10).

Viana e Machado (2012), favoreceu o Estado Social, com a provisão social de políticas sociais universais e de fomento às famílias, como composto na Seguridade Social. Mas, fortaleceu, também, o Estado liberal, ao articular o econômico ao social, comprometendo a efetivação e a execução das políticas de cunho democrático. Estes autores vão mais além, quando afirmam que “a política social não foi criada para fincar a base do Estado Social” com o objetivo de “criar uma sociedade de iguais protegida das forças do mercado”, e sim, para “operar políticas focalizadas de combate à desigualdade, de forma mais rápida e impactante no consumo das famílias” (VIANA; MACHADO, 2012. p.4).

Para Bravo (1999), a partir da década de 1990, entram em tensão dois projetos: o já existente projeto de reforma sanitária, construído ao longo desses anos, desde a década de 1980, e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990. De um lado, o projeto da reforma sanitária defendendo a atuação do Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais, dentre elas a saúde. Do outro, e fazendo frente ao primeiro projeto, a contra-reforma do Estado permitiu a hegemonia do projeto de saúde articulado ao mercado, que se caracterizou pela contenção dos gastos com a racionalização da oferta, descentralização com isenção de responsabilidade do poder central, amplo processo de privatização, contratações de terceiros, entrada de firmas privados em setores antes monopolizados pelo Estado, questionamento da universalidade do acesso com práticas focalistas e supressão da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (BRAVO; MATOS, 2007). Essa polarização, nos termos de Menicucci (2006), expressa um sistema de saúde dual, com uma rede de serviços dividida entre o setor público e o setor privado. Estes fatores deixam os princípios e as diretrizes regulamentados para a saúde na Constituição Federal na dependência de regulamentação.

1.2 Constituição e Institucionalização do Sistema Único de Saúde.

A Constituição Federal, em 1988 e a conseqüente criação do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitaram avanços no plano jurídico-normativo, com o reconhecimento da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, devendo o último garantir à população, mediante políticas sociais e econômicas, o pleno acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988). Entretanto, o direito a saúde pública “é uma estratégia de reforma democrática de Estado que se

encontra em permanente tensão com os ideários neoliberais” (MENDES et al.,2012. p.169), tendo sido necessária, na fase de regulamentação, uma forte pressão do movimento sanitário e das autoridades locais para aprovação de duas leis (n. 8.080/90 e n. 8.142/90) (ARRETCHE, 2005).

O presidente Collor pretendia reverter o SUS e, para tal, usou seus poderes constitucionais para vetar 25 artigos da Lei 8080/90, particularmente àqueles relacionados à extinção do INAMPS, aos recursos vinculados ao financiamento do SUS e as transferências automáticas para os municípios (IDEM, 2005. p.293).

A conformação do SUS se efetiva com a elaboração da Lei Orgânica da Saúde nº8.080/90, ao estabelecer que a organização básica das ações e dos serviços de saúde ficaria sob a direção e gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo (artigo 9º), assegurando, em seu artigo 6º, o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica (BRASIL, 1990). Destaca-se ainda neste artigo (6º), no tocante à assistência farmacêutica, a necessidade da formulação da política de medicamentos⁵, para além da participação na sua produção (BRASIL, 1990). A partir desse reconhecimento, tornou-se imperativo e prioritário a organização da assistência farmacêutica no âmbito da saúde pública, assim como sua execução passar a ser norteadada pelos princípios e diretrizes do SUS (PORTELA *et al.*, 2010).

Entretanto, as conquistas, desde o final dos anos de 1980, “sempre estiveram sobre a ameaça do capital, mesmo reconhecendo os investimentos feitos por parte do governo na condução do SUS” (MENDES et al., 2012. p.170). A lei nº 8.142/90, por exemplo, que compreende as leis do SUS, juntamente, com a lei 8.080/1990, veio para garantir o exercício do controle social e as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros destinados à saúde, que o governo Collor havia vetado (ARRETCHE, 2005; BRAVO, 2007).

De acordo com a Arretche (2005), as bases de sustentação do SUS ficaram definidas por uma grande colisão. Os provedores lucrativos conservaram seu papel na provisão de serviços especializados e mantiveram sua autonomia com o exercício liberal da medicina, sem garantir a exclusividade ao SUS. Por outro lado, os

⁵ Apesar da Lei Orgânica da Saúde, (nº 8.080), no seu artigo 6º ter previsto a formulação da política de medicamentos em 1990, esta somente veio a ser regulamentada no ano de 1998, com a publicação da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que, regulamenta a Política Nacional de Medicamentos (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

poderiam se habilitar seriam: Gestão Plena de Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal. Para cada uma dessas condições de gestão foram estabelecidas modalidades de repasses de recursos federais, repartidas entre o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial, ações de vigilância sanitária e as ações de epidemiologia e de controle de doenças. E, caso o município não aderisse a nenhuma das condições de prestadores de serviços do SUS, teriam os Estados como gestores, até que o mesmo se habilitasse (LEVCOVITZ et al., 2001).

Pela NOB 96 foram determinadas, ainda, medidas com ênfase na atenção básica, a partir da criação do Piso Assistencial Básico (PAB), com transferência fundo a fundo, de forma regular e automática e com base em valor nacional per capita para a população coberta. Incorporou, também, as ações de Vigilância Sanitária, Epidemiologia e Controle de Doenças e adotou como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a criação de Incentivo financeiro.

Particularmente no âmbito da assistência farmacêutica, a NOB 96 enfatizou que os medicamentos básicos, os mais utilizados pela rede pública, passassem a ser adquiridos pelos gestores estaduais e municipais, por meio do incentivo de Assistência Farmacêutica Básica da parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB). Os recursos para essa ação seriam repassados do Fundo Nacional de Saúde aos fundos dos demais níveis de gestão em parcelas mensais.

Posteriormente, houve regulamentação para a aquisição dos medicamentos para saúde mental, que passaram a obedecer à mesma sistemática. Além desses, os medicamentos excepcionais, de valores elevados e administrados por longos períodos, passaram a ser adquiridos pelos gestores nos demais níveis de governo (Municipal e Estadual). Progressivamente, os recursos destinados à assistência farmacêutica foram descentralizados para os estados e os municípios no final da década de 90 (BRASIL, 2002).

Esse processo de descentralização da política de saúde e a necessidade de formulação de uma política que definisse o acesso aos medicamentos no SUS, apontada na Lei Orgânica Saúde (LOS) desde 1990, levou à criação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998, e, em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. A preocupação dos gestores da saúde nessas políticas, além de corresponder à necessidade de promover ações estruturantes da assistência farmacêutica para a execução das ações e serviços de saúde, situa-se nos princípios

de universalidade, integralidade e equidade, fixados na LOS (SANT'ANA et al., 2011a. p.139).

1.3 O acesso à Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde.

O ressurgimento da assistência farmacêutica inaugura-se, como 'prática' com a supracitada Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990, que a inclui como reponsabilidade do SUS, e, também, com a Política Nacional de Medicamentos, que após um processo intenso de negociação e pactuação, envolvendo diversos atores, como as esferas de governo, indústria, sociedade civil e academia, destacou-se como a primeira política setorial da área da saúde regulamentada no país (OLIVEIRA et al., 2007).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi criada, mediante a regulamentação da Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, com a finalidade de garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais; a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos, e organizar as atividades de vigilância sanitária de medicamentos. Para sua operacionalidade, baseia-se nas seguintes diretrizes: Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais; Regulação sanitária de medicamentos; Reorientação da Assistência Farmacêutica; Promoção do uso racional de medicamentos; Desenvolvimento científico e tecnológico; Promoção da produção de medicamentos; Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Ressalta-se a reorientação do acesso à assistência farmacêutica como um grande avanço com a implementação da PNM, já que segue sob a definição ou redefinição de planos, programas e atividades específicas, nas três esferas de governo, para acesso à população aos medicamentos essenciais, rompendo com a gestão anterior que, sob a responsabilidade da CEME (1997), restringia a aquisição e distribuição dos medicamentos.

A partir da PNM, a assistência farmacêutica passa a ser entendida 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, 2001).

A adoção do RENAME orientou a padronização das listas e a construção das listas estaduais e municipais, facilitando o processo de descentralização das esferas (BRASIL, 1998) e constituindo um mecanismo de redução dos custos dos produtos. Nos termos de Sant' Ana, destaca-se como “um instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica, nos três níveis de complexidade — desde a atenção básica até o nível terciário” (SANT' ANA et al., 2011a. p.139).

Em 1999, nos marcos da ação da PNM, o Ministério da Saúde cria duas estratégias para a garantia do acesso a medicamentos. Uma delas foi a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mediante a regulamentação da Lei nº. 9.782, constituindo-se esta como órgão responsável pela fiscalização do controle de qualidade na fabricação dos medicamentos (OLIVEIRA et al., 2006). A outra estratégia foi a regulamentação da Lei dos Genéricos, por meio da Lei Federal nº 9787, que dispôs sobre a utilização dos medicamentos genéricos por tornar obrigatória a adoção da denominação genérica nas compras públicas (BRASIL, 1998).

Em 2001, o Ministério da Saúde instituiu a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) (BRASIL, 2001a), que avançou em relação à NOB/96, ao ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica de Saúde (ABS), definiu o processo de regionalização da assistência, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizou os critérios de habilitação de estados e municípios. As ações de suprimentos e de dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica foram definidas dentre as ações que deveriam ter sua oferta localizada o mais perto possível da residência dos cidadãos (MARIN, 2003).

A Lei 8080 e a NOB 02/96, referem-se a uma assistência farmacêutica integral. Em relação a elas, portanto, a NOAS 01/2001 pode ser entendida como um retrocesso. O enunciado nos remete ao conceito anterior à formulação da política de medicamentos que considerava a assistência farmacêutica como simples 'suprimento de medicamentos', sem considerar os aspectos relacionados ao uso racional (MARIN, 2003. p.18).

Em 2004, a Resolução 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) reitera os princípios da Lei Federal nº 8.080/90 e, em seus eixos estratégicos, ratifica o que foi proposto na PNM (CNS, 2004) por meio da promulgação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

A assistência farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao 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, 2004, art.1º§III).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica ratifica as diretrizes e princípios da Política Nacional de Medicamentos, ressaltando o direito à assistência farmacêutica em todas as atividades que envolvem o acesso aos medicamentos, desde a pesquisa até a sua utilização destes, ponto em que se configura, efetivamente, o acesso aos medicamentos (OLIVEIRA et al., 2007; LIMA, 2012). Essa política, inclusive, chama atenção para a necessidade de integralizar as ações de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, com o privilégio da efetivação do acesso, da qualidade e da humanização da assistência farmacêutica, mantendo, ao mesmo tempo, a lógica de descentralização e de pactuação entre instâncias gestoras, de modo a controlar as fragmentações das ações (OLIVEIRA et al., 2007).

Em 2006, objetivando estabelecer um novo acordo de financiamento e definir responsabilidades entre as três esferas de governo na produção de saúde, o Ministério da Saúde publicou o Pacto pela Saúde mediante a portaria/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. A proposta pactuada entre gestores municipais e estaduais resumiu-se em três dimensões: 1) Pacto pela vida; 2) Pacto em defesa do SUS e 3) Pacto de gestão. Com o Pacto pela Saúde, os Municípios e Estados substituem suas habilitações previstas na NOB 96 e na NOAS/2001 (que definia a responsabilidade de acordo com o nível de gestão) e aderem de forma solidária aos termos de compromissos de gestão (MARQUES, 2012).

A partir do Pacto de Gestão, o bloco de financiamento da assistência farmacêutica passou à responsabilidade dos três gestores do SUS. Essa responsabilidade pactuada incluía desde a aquisição de medicamentos e insumos até a organização das ações de assistência farmacêutica (Brasil, 2006). Por intermédio da Portaria MS/GM nº 204/2007 e da Portaria MS/GM nº 2.981/2009, este pacto foi regulamentado e o bloco de financiamento da assistência farmacêutica foi dividido em três componentes: 1) Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; 2) Componente Básico da Assistência Farmacêutica; 3) Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

(PCDT) regem-se, sendo neles elencadas as condições patológicas (MARQUES, 2012; OLIVEIRA et al., 2007).

Dessa forma, a Portaria MS/GM nº 204/2007, com a proposta de organizar a assistência farmacêutica em uma mesma norma e fornecer mecanismos de planejamento e gestão, inclusive de monitoramento e avaliação, os medicamentos foram discriminados pelo:

- Componente Básico da Assistência Farmacêutica- abriga os medicamentos destinados a tratar agravos do âmbito da atenção básica. Seu financiamento per capita é composto pela parte fixa (medicamentos e insumos da atenção básica, com repasse do governo federal a estados e municípios, com contrapartida dos mesmos, pactuada nas Comissões Intergestores Bipartite-CIB) e parte Variável (Medicamentos e Insumos dos Programas de hipertensão e diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo).
- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica- engloba os medicamentos utilizados para endemias, DST/AIDS, Sangue e hemoderivados e Imunológicos, financiados centralizadamente pelo Ministério da Saúde.
- Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional- financiado pelo ministério da saúde e pelos estados, de acordo com a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT, mediante a regulamentação fornecida por dados das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo (APAC) e critérios técnicos definidos na Portaria nº2577, de outubro de 2006 (OLIVEIRA et al., 2007).

Conforme ressalta Oliveira et al. (2007), essa divisão de ações e responsabilidades atribuídas aos entes federativos trouxe resultados mistos. Por um lado, representou para a assistência farmacêutica progresso na área e incremento no acesso. Por outro lado, em função da lógica de funcionamento do SUS com caráter hierárquico e manutenção de programas centralizados, impactou a assistência aos usuários, assim como a rotatividade dos gestores, as mudanças no cenário político e a multiplicidade de fontes de repasse de recursos e da legislação reguladora, tornando a situação bem complexa.

Ressalta-se, ainda, que o caso da assistência farmacêutica é crítico em função dos problemas de gestão e dos mecanismos desvirtuados para garantir o acesso a medicamentos (OLIVEIRA et al., 2007). Esse modelo de atenção à saúde acaba por responsabilizar o poder público municipal pelas ações de saúde de todos os residentes do município. Porém, nem todos os municípios têm conseguido assumir seus planos municipais de saúde, já que possuem realidades muito diferenciadas e características próprias da saúde local (considerando a disponibilidade de recursos, capacitação gerencial e perfil epidemiológico). (MARQUES, 2012).

Ainda que os mecanismos de gestão estejam implantados e operantes, o que não é realidade em muitas instancias do país, faltas, perdas e desabastecimentos são frequentes, uma vez que o sistema se baseia na integralidade e na hierarquização: se um elo da corrente se rompe, o esforço se perde (OLIVEIRA et al., 2007. p.89).

Em função deste adensamento crítico para o sistema e para os usuários ocorre “o interessante fenômeno dos mandados judiciais” (OLIVEIRA et al., 2007. p.89) sendo, no contexto atual, raro o município que não tenha que custear o tratamento de algum paciente em específico, com considerável ônus do orçamento da saúde, comprometendo o custeio das ações regulares de assistência farmacêutica (OLIVEIRA et al., 2007).

No decorrer dos anos 2009 a 2011, foram lançados e/ou atualizados 52 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e outras regulamentações infraconstitucionais com o objetivo de legitimar a provisão tempestiva e racional dos medicamentos necessários, e, principalmente, de evitar as demandas judiciais (LIMA, 2012; TORRES, 2012).

Os primeiros PCDT, implantados em 2001, logo após a criação do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, teve a atribuição de implementar as Políticas de Assistência Farmacêutica, de avaliação e incorporação de tecnologias no SUS e de incentivo ao desenvolvimento industrial e científico do setor (LIMA, 2012). Estes PCDT vêm sendo atualizados conforme o avanço nas terapêuticas, verificando se há a necessidade de incorporação de outros medicamentos e preservando o critério da essencialidade da escolha (OLIVEIRA et al., 2007). Contudo, observa-se que a inserção de novos medicamentos nas listas de financiamento público é favorecida pela pressão injustificada e indevida de interesses ligados a indústria de insumos (MESSENDER et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2007; CHIEFFI; BARATA, 2010), que, nos últimos anos, tem se fortalecido com as demandas judiciais, como será melhor abordado no próximo capítulo.

Dentre as regulamentações destacam-se as duas normas que propuseram alterações na Lei Orgânica da Saúde, nº 8080/90: Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (TORRES, 2012).

A lei nº 12.401/2011 estabelece, no Capítulo VIII, alterações na assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde sobre a integralidade, que passa a ser limitada aos procedimentos estabelecidos pelo gestor federal do SUS. Em suas

definições, os medicamentos devem ser prescritos em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado (Artigo 19M). Na ausência de protocolos clínicos, a dispensação deverá ser feita com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores (Federal, Estadual, Distrito Federal e Municipal), observado as respectivas competências estabelecidas em lei, e a conformidade com as pontuações (Comissão Intergestores Tripartite; Comissão Intergestores Bipartite; no Conselho Municipal de Saúde) (Artigo 19 P).

Ressalta-se que esta lei (nº 12.401/2011), no artigo 19 Q, prevê que a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). E, no artigo 19 T, vetou em todas as esferas de gestão do SUS o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Anvisa, como também a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.

Já o decreto nº 7.508/2011 propõe organização do Sistema Único de Saúde, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa. No Capítulo V, este decreto regulamenta a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e estabelece que seja da competência do Ministério da Saúde dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT, e os Estado, o Distrito Federal e o Município, podendo adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, e, conforme suas pontuações. Porém todas as listas oficiais de medicamentos do SUS deverão conter somente produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Estabelece o acesso à assistência farmacêutica como universal e igualitário, sendo imprescindível considerar que: 1) O usuário deve estar sendo assistido por ações e serviços de saúde do SUS; o medicamento ter sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS; 2) A prescrição esteja em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; 3) A dispensação

ocorra em unidades indicadas pela direção do SUS. (Decreto nº 7.508/2011, Artigo 28°).

Relevante considerar que o acesso universal, requerido pelas regulamentações infraconstitucionais, não implica necessariamente no acesso gratuito⁷ como foi disposto no artigo 2°⁸ e 3°⁹ da lei 8080/90 e, posteriormente, com a implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil, em 2004. Esse programa foi a primeira experiência de copagamento em medicamentos geral para o país, incentivando as parcerias público-privadas, e com o propósito de oferecer aos usuários com renda de quatro a dez salários mínimos que pouco utilizam os serviços públicos do SUS (OLIVEIRA et al., 2007).

Registraram-se novas alterações nessas regulamentações, como, por exemplo, alterações pela Portaria nº 2.928, de 12 de dezembro de 2011, nos parágrafos 1° e 2° do art. 28 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, sendo pela presente portaria, autorizadas as documentações oriundas de serviços privados de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa Farmácia Popular do Brasil e no do SUS, respeitando-se as regulamentações dos blocos da assistência farmacêutica e as pactuações das CIT e CIB (BRASIL, 2011).

A Lei Complementar n. 141/201 estabelece a regulamentação orçamentário-financeiras, as transferências dos recursos entre os entes federativos e o controle e fiscalização dos recursos do SUS, exposta na Emenda Constitucional n. 29, em 2000 (BRASIL, 2012). Essa previa:

no caso dos estados, o mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde deve ser de 12% das suas receitas próprias; no caso dos municípios, 15% das receitas próprias, com tolerância prevista para o alcance progressivo desses patamares até o ano de 2004. No caso da União, o limite mínimo de gastos foi estabelecido como o valor empenhado em 1999, acrescido de 5% e, nos anos subsequentes, a variação nominal do Produto Interno Bruto. (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003. p.384).

Contudo, o maior desafio do SUS até o presente momento tem sido conseguir recursos necessários para contemplar o acesso às ações e serviços de saúde de forma integral e universal, principalmente na área da assistência farmacêutica que,

⁷ “Tratar os iguais como desiguais não auxiliaria na formação de cidadania e na incorporação de mecanismos solidários e responsável a dinâmica social” (OLIVEIRA et al., 2007. p.92).

⁸ “É dever do Estado em fornecer condições para acesso universal e igualitário às ações e serviços” (IDEM, 2007. p.92).

⁹ “A ação do Estado não exclui os da pessoa e dos elementos constitutivos da sociedade” (IDEM, 2007. p.92).

pela falta ou ineficiência no acesso, vem sendo alvo de ações judiciais. Essa ausência de definição de fontes de custeio vem sendo demarcada por várias leis e portarias infraconstitucionais, já que a Constituição Federal deixou a desejar, mas, esbarra nas prioridades governamentais, tais como a destinação de recursos para a previdência social, no âmbito da seguridade social, e/ou aos interesses da política econômica, que visa garantir metas da inflação e superávits primários (MARQUES, 2012).

1.4 A Política de Saúde no contexto atual: alguns apontamentos.

A retrospectiva histórica conduz ratificar o que menciona Fleury: no Brasil, as políticas sociais, principalmente a política de saúde, substituíram o modelo corporativo, de acesso limitado e fragmentado por setores ocupacionais, não por um modelo universal, mas, por um novo modelo que se baseia na individualização do risco. Ou seja, para aqueles que podem pagar por seus riscos sociais há uma explosão de oferta de seguros em áreas como a saúde e as aposentadorias (FLEURY, 2009).

Nota-se, ao longo desse capítulo, que a expansão do mercado ocorre tanto pela anuência e promoção do Estado, por meio de subsídios e renúncias fiscais, como pela ausência de regulamentações efetiva que possa conter os abusos e desrespeitos aos direitos dos consumidores. Houve fortalecimento do mercado, proliferação das seguradoras de planos e permissão para que os portadores de seguro passassem também a ser usuários do SUS (FLEURY, 2009). A simultaneidade da implantação do SUS e privatização do seguro social engrossa o número de consumidores de planos privados e ajuda a promover um sistema duplicado, reproduzindo as desigualdades sociais e aprofundando as iniquidades de acesso dentro do sistema de saúde (OCKE-REIS, 2012).

Para Fleury (2009), à população mais pobre, que não pode assumir com a individualização dos riscos, restaram os programas de proteção focalizados, cujos benefícios e serviços ou transferência de renda exigem provas de necessidade e o cumprimento de certas condicionalidades impostas aos beneficiários. A política social passa, portanto, a funcionar como “mecanismos de promoção e controle social”, desarticulado “do exercício de um direito social” (FLEURY, 2009. p.749).

Embora tenham sido várias as tentativas do governo para empreender a reforma do Estado no setor saúde, na segunda metade da década de 1990, com as

NOBs (a NOB 96, por exemplo, com a priorização dos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde), a regulamentação dos planos e seguros de saúde, dos preços de medicamentos (principalmente o estabelecimento dos medicamentos genéricos), fica nítida a orientação focal, com privilégio de ações e serviços básicos, em detrimento da atenção secundária e terciária. Esta segmentação do SUS, entre o básico, (baseado nos programas focais) e o hospitalar (de referência), conduz a subtender a existência de um sistema para pobres e outro para os consumidores (BRAVO; MATOS, 2007).

Na área da Assistência Farmacêutica, objeto de estudo neste trabalho, demarca-se que, mesmo com as normatizações supracitadas, o SUS vem enfrentado grandes dificuldades, sendo mais evidentes as distorções e problemas que são gerados pelas grandes desigualdades sociais e econômicas ainda existentes no país, o que determina restrições ao pleno acesso aos medicamentos pela população (MONSEGUI, 1997 apud PORTELA et al., 2009). Acredita-se, também, que a correta aplicação da Política de Assistência Farmacêutica, com as várias regulamentações e normas expostas anteriormente, poderia contribuir efetivamente nas ações do SUS, mas, esta política, além de não ser uma realidade em muitos municípios, está sendo erodida, em muitos casos, pelo elevado número de processos judiciais.

Atualmente, em relação às dificuldades da efetividade plena do SUS, há análises esclarecedoras. De acordo com Boschetti e Salvador (2007), no período de 1999 a 2004, as contribuições sociais representaram, em média, 78,4% das fontes de recursos financeiros da saúde a nível federal. Entre as contribuições sociais, destacam-se a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS), as Contribuições dos Empregadores e dos Trabalhadores para a Seguridade Social (CETSS), a Contribuição sobre o Lucro (CSLL), e a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), dentre outras fontes. Após várias tentativas de financiamento intencionando possibilitar a disponibilização de recursos orçamentários a saúde, face às transformações tributárias, foi proposta uma emenda à Constituição, a PEC 82-C, que permitiu a promulgação da Emenda à Constituição nº 29.

Desse modo, assiste-se uma descaracterização dos preceitos constitucionais, pois além dos princípios e diretrizes do SUS estarem sendo desrespeitados no cotidiano das Unidades de Saúde, também visualizamos a aniquilação gradativa do orçamento destinado à saúde, já que foi previsto pelo Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), em 1998, 30% do orçamento da Seguridade

Social, e, em 1999, sua participação foi de apenas 15,1%. Mesmo que a EC n° 29 tenha definido o acréscimo de 5% a partir destes 15,1%, em 2004 estimou-se apenas o valor ínfimo de 7,7%. (BOSCHETTI; SALVADOR, 2007).

As degradações na alocação de recursos para o SUS evidenciam os reflexos da contrarreforma do Estado, pois, apesar de formalmente os governos terem o objetivo de garantir fontes estáveis de financiamento, elas vêm camufladas de mecanismos indiretos que inviabilizam o funcionamento do sistema. Como exemplo disso é a EC n° 29, que:

é mais uma forma legal, embora implícita, de reduzir ou, no mínimo, congelar os recursos federais destinados aos financiamentos das ações e serviços de saúde, forçando a ampliação de recursos alocados pelas instâncias subnacionais de governo (MENICUCCI, 2006. p.73).

Como se não bastasse, a CPMF em 1999 deixou de ser fonte exclusiva da saúde passando também a compor o financiamento das despesas previdenciárias, e, após 2001, do Fundo de Combate à Pobreza, tendo sido extinta em 31 de dezembro de 2007. Para ressarcir essa contribuição, a Câmara dos Deputados aprovou, em 11 de junho do ano subsequente, a criação de um novo tributo denominado Contribuição Social para a Saúde (CSS). Segundo o texto-base aprovado, a CSS fez parte do projeto de regulamentação da Emenda n° 29, tendo sido cobrada a partir do dia 1° de janeiro de 2009, com alíquota de 0,1% sobre todas as movimentações financeiras realizadas no país, sendo que o montante dos recursos será destinado integralmente à saúde.

Para Bravo (2007, p.105), essa questão do “desfinanciamento” é o fator que mais contribui para a erosão da política pública de saúde do país, posto que está diretamente vinculada ao gasto do governo e é determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos. Dessa forma, a otimização dos gastos coloca à prova o comprometimento do governo com as políticas públicas. A Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS/IBGE/2006) ilustra essa realidade:

Os dados mostram que o setor público detinha apenas 5% da rede de Serviços de Apoio à Diagnoses e Terapia (SADT), formada que exclusivamente por estabelecimentos privados com fins lucrativos (92%). Entretanto apenas 35% desses estabelecimentos prestam serviços para o SUS, contra 91% que vendiam serviços para os planos de saúde privados. Já entre os estabelecimentos privados com fins lucrativos e com internação, apenas 54% atendiam ao SUS, mas 93% prestam serviços para planos de saúde de terceiros. Entre os estabelecimentos privados sem fins lucrativos

priorizados pelo SUS, 67% do total prestam serviços ao SUS, que a rede constituída de hospitais, os quais na sua quase totalidade atendem ao SUS (93%). (IDEM, 2006. p.64)

Esses dados demonstram que a rede privada sobrepujou os serviços públicos, posto que houve a ampliação da privatização na saúde com o incentivo a planos de saúde e convênios, e o setor público investiu de forma parcimoniosa nos atendimentos de média complexidade e que exigem tecnologia de ponta, ficando estes a cargo do setor privado. Ao mesmo tempo, os atendimentos mais sofisticados e de alta complexidade permanecem sob a gestão do setor público, mas com ampla utilização do setor privado. Tais fatores conduzem a famosa fila dupla¹⁰ e à demanda reprimida¹¹, já que esse processo de privatização dificulta o acesso às ações e serviços de saúde por parte da maioria da população, com a priorização do atendimento àqueles cobertos pelos planos de saúde (BEHRING, 2003).

Mediante a esses argumentos, é possível entender que o problema do acesso e distribuição dos medicamentos no SUS é histórico e vem sendo cobrados nas instâncias legitimadoras de direito. De acordo com Ocke-Reis (2013), o sistema público de saúde desde a sua constituição tem “o desafio de ser único”, sendo que o problema de acesso às ações e serviços de saúde que, no contexto atual, o país enfrenta, não é conjuntural e sim estrutural, demarcado pela estreita relação com o setor privado e pelas desonerações e renúncias fiscais. De acordo com Stevanim (2015), essas desonerações impactam em monta as contribuições sociais. Baseado nos dados da Receita Federal, este autor afirma que somente no ano de 2013 o governo deixou de arrecadar R\$ 102,5 bilhões de reais no orçamento a serem gastos com a Saúde, Previdência e Assistência Social, sendo um montante maior do que o orçamento gasto na saúde no mesmo ano (STEVANIM, 2015). Contudo, para Ocké-Reis (2013), a principal precaução para esse impasse seria se atentar ao problema de favorecimento do setor privado, já que o aumento de recurso não necessariamente implica em investimento no orçamento público.

A política de saúde assim se institucionaliza, em um contexto cheio de dilemas e contradições, nos quais há o predomínio das ações de determinados grupos de

¹⁰ “Também chamadas de dupla porta (...), para o atendimento de convênios e particulares, por meio das quais os que demandam aos seus serviços, se cobertos por um plano de saúde, furam a longa fila de espera para marcação de exame e consultas, realização de cirurgias e demais procedimentos, além de serem atendidos e até internados em melhores condições” (IDEC, 2003 apud SIMÕES, 2007. p.121).

¹¹ Entendida como “procura/necessidade não atendida e atendimento incompleto”, ou seja, a dificuldade de acesso aos usuários do SUS. (VIDAL, 2006. p.56).

gestores e grupos corporativos imersos nos aparelhos burocráticos gestando a saúde com poucos recursos, e deixando a desejar em algumas ações e serviços. Conseqüentemente, rompe com os ideais de reforma sanitária e a possibilidade de garantir a centralidade do usuário cidadão.

Entretanto, o avanço normativo, que configurou à saúde e à assistência farmacêutica o status de direito fundamental, permitiu o recurso à tutela jurisdicional, e o usuário, principalmente o que possui mais recursos e maiores informações do pertencimento enquanto “cidadãos”, tem buscado nas instâncias jurídicas a efetivação desse direito (FLEURY, 2009).

A expansão deste fenômeno social e jurídico, judicialização da saúde, tem implicado em, algumas vezes, a garantia de direitos, e, em outras vezes, contribuído para aumentar ainda mais a desigualdade social no país e a segmentação do acesso à saúde. Por isso, tem sido alvo de debates entre os atores operadores do direito e da saúde envolvidos, mas, ainda, com poucas alternativas que ensejam na efetivação dos propósitos do projeto de reforma sanitária. O aprofundamento sobre este fenômeno no cenário contemporâneo e sobre a repercussão no acesso à assistência farmacêutica no Brasil complementa a análise até então apresentada, o que será feita no próximo capítulo.

2 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE

2.1 Acesso à justiça no contexto internacional.

O acesso à justiça como via de garantia de direitos ao serem ressaltados nas Constituições e leis específicas constituiu-se numa tendência típica da sociedade contemporânea, na qual o poder judiciário passou a decidir sobre questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral (BARROSO, 2010). Este cenário da contemporaneidade foi marcado pela expansão do poder judicial, quando muitos países ocidentais democráticos adotaram o Tribunal Constitucional como mecanismo de controle dos demais poderes (CARVALHO, 2004). A transferência de poder para as instituições judiciais, em detrimento das instâncias políticas tradicionais, representadas pelos poderes Legislativo e o Executivo, tem sido denominada por judicialização da política¹² (SANTOS, 2011).

Vallinder (1995) considera que existem dois tipos de judicialização: 1) “*from without*”, que é a reação do Judiciário à provocação de terceiro e que tem por finalidade revisar a decisão de um poder político tomando como base a Constituição. Ao fazer a revisão, o Judiciário ampliaria seu poder frente aos demais poderes; 2) “*from within*”: é a utilização do aparato judicial na administração pública; portanto, juntamente com os juízes vão os métodos e procedimentos judiciais que são incorporados pelas instituições administrativas que eles ocupam (CARVALHO, 2004. p.121).

Carvalho (2004) ressalta que a forma de judicialização da política mais apropriada pelos países foi a “*from without*”, quando o judiciário para agir precisa ser provocado por terceiro, e suas decisões se atém à Constituição, o que, em outras palavras, representa o controle jurisdicional de constitucionalidade. Essa forma de judicialização pode ser visualizada no Brasil, no sul da Europa e nos EUA. A outra forma é observada nos países nórdicos.

A expansão da jurisdição e do discurso jurídico redirecionam o modo de se pensar e de se praticar o direito no mundo romano-germânico, e o poder judiciário “de nulo”¹³ passa a ter destaque como importante “canal de acesso e reivindicação de direito” (CAPPELLETTI, 1993).

¹²Para Marciel e Koerner (2002) o termo judicialização é polissêmico, e, justamente por expressar vários significados, requer que seja bem definido ou bem delimitado pela literatura.

¹³ A expansão das ações do poder judiciário contraria a supremacia do legislativo e do executivo largamente teorizada, entre outros, por Locke e também reconhecida na obra de Montesquieu, para quem o poder judiciário, despojado de força, seria “de certo modo nulo” (SIERRA, 2011).

Para Barroso (2010), a tendência à judicialização da política na sociedade contemporânea é devido às diversas causas:

A primeira delas é o reconhecimento da importância de um Judiciário forte e independente, como elemento essencial para as democracias modernas. Como consequência, operou-se uma vertiginosa ascensão institucional de juízes e tribunais, assim na Europa como em países da América Latina, particularmente no Brasil. A segunda causa envolve certa desilusão com a política majoritária, em razão da crise de representatividade e de funcionalidade dos parlamentos em geral. Há uma terceira: atores políticos, muitas vezes, preferem que o Judiciário seja a instância decisória de certas questões polêmicas, em relação às quais exista desacordo moral razoável na sociedade. Com isso, evitam o próprio desgaste na deliberação de temas decisivos, como uniões homoafetivas, interrupção de gestação ou demarcação de terras indígenas (IDEM, 2010. p.5).

Santos (2011) afirma, também, que não é possível identificar um conjunto único de razões para o novo protagonismo do judiciário, mas, em uma análise mais geral, devem se considerar a posição do país no sistema mundial e seu nível de desenvolvimento econômico e social, a cultura jurídica existente nesses países e os processos históricos que levaram à construção do Estado. Entretanto, apesar da diversidade na experiência e trajetória dos tribunais dos países, o autor (SANTOS, 2011) afirma que o novo protagonismo está relacionado, principalmente, com o desmantelamento do Estado intervencionista, referindo tanto ao Estado desenvolvimentista dos países semiperiféricos (como é o caso do Brasil e Portugal) e dos países periféricos (África e outros países da América Latina), quanto ao Estado Providência dos países Centrais (países da Europa), e ao Estado de bem-estar relativamente avançado, caracterizado por políticas sociais fortes e as garantias de proteção social. Ressalta-se que nos últimos trinta anos o Estado de bem-estar, por influência do neoliberalismo, foi sendo substituído pelo modelo liberal norte americano.

Nesses termos, por um lado, o protagonismo dos tribunais emerge pela precarização dos direitos econômicos e sociais; por outro lado, estimula-se o fortalecimento do judiciário, mediante ao novo modelo de desenvolvimento assentado nas regras do mercado e nos contratos privados. Ou seja, para este novo modelo, era necessário um judiciário eficaz, rápido e independente para que estes contratos fossem cumpridos e os negócios tivessem estabilidade. Santos (2011) explica, baseado em pesquisas, que países como Suécia e Holanda, que tiveram melhor

sistema de bem estar social na Europa, têm baixíssima litigação, e, por isso, para análise das causas desse fenômeno, devem-se considerar, além da cultura jurídica e política, o nível de efetividade da aplicação dos direito e a existência de estruturas administrativas que sustentam essa aplicação.

Nos estudos de Vallinder e Tate (1995), verifica-se que, historicamente, a expansão do poder judicial está associada ao contexto difundido pós-guerra, em 1945, com a queda dos totalitarismos europeus e, mais tarde, o fim da ex União Soviética, que possibilitou o desenvolvimento do capitalismo e permanência dos Estados Unidos como potência econômica mundial. Este contexto permitiu que países em processo de democratização, como os da Ásia, América Latina e África, espelhassem no sistema norte americano para a revisão judicial (*judicial review*) e os demais mecanismos institucionais. A influência da jurisprudência e da ciência política norte-americana propiciou a sofisticação dos mecanismos de controle jurisdicional.

A explicação de Cappelletti (1993), baseada na experiência dos países centrais, foi o crescimento da legislação social promovida pelo estabelecimento do Estado de Bem-Estar (*Welfare State*) que, aumentando as atividades de intervenção legislativa, levou a uma incapacidade de absorção das demandas pelo legislativo, já que os parlamentares tendem a se empenhar mais em questões partidárias e de política geral (AGUIAR, 2007). A crise desse Estado de Bem Estar Social provocou a perda de agilidade exigida pelas demandas sociais e conduziu a espontânea transferência das funções legislativas para outras esferas: a executiva e a judiciária (CAPPELLETTI, 1993). Esse deslocamento de funções atribuídas ao poder judiciário se processa mediante a expectativa de direitos e a dificuldade do Estado administrativo cumprir seu papel. Neste contexto, a judicialização ganha relevância como um importante “canal de acesso e reivindicação” (CAPPELLETTI, 1993 apud AGUIAR, 2007).

Baseados na doutrina dos pesos e contrapesos (*checks and balances*) norte-americana, cortes e juízes aumentam cada vez mais seu domínio na formulação das políticas, apropriando-se das tarefas determinadas ao legislativo e ao executivo e, aos poucos, tornando-se uma espécie de “policy markers” (AGUIAR, 2007. p.145).

Descortina-se, então, um cenário em que indivíduos e minorias, baseados no princípio da política de direitos, recorrem a instituições não majoritárias, como os tribunais e cortes, contra decisões majoritárias. Isso revela também que instituições majoritárias, como o legislativo, deixam de ser palco de resolução de conflitos. Fica configurado, portanto, um processo avançado de judicialização da vida política. (IDEM, 2007.p.146).

O poder judiciário consolida-se como ator chave no contexto das sociedades de massas, a ponto de inovar seus métodos de arbitragem e conflitos, passando a atuar nos casos de resolução de conflitos de classe e de proteção dos direitos difusos e coletivos e frente ao poder de grandes corporações privadas. Em outros termos, emerge com relevância no conjunto dos Três Poderes, e, como bem menciona Capelletti (1993), contribui para o prestígio de “terceiro gigante”, a agir nas grandes formações sociais e econômicas (AGUIAR, 2007).

No aprofundamento dos estudos sobre acesso à justiça, Cappelletti e Garth (1998)¹⁴ divulgam os resultados do Florence Project¹⁵, uma pesquisa empírica que reuniu pesquisadores de diversos ramos das ciências sociais. Esse projeto contou com a participação tanto de países centrais, como também os do terceiro mundo, com relatos das experiências no campo do acesso à justiça (CAPPELLETTI; GARTH, 1998).

Como resultado, o projeto supracitado detalhou os obstáculos a serem transpostos para um direito ao acesso efetivo à justiça, dentre os quais os tópicos custos judiciais, possibilidade das partes e problemas relativos aos interesses difusos. Mediante a esses obstáculos, o projeto sistematizou as soluções práticas para cada tipo de obstáculo ou para cada problema de acesso à justiça, constituindo as denominadas “ondas renovatórias” (CAPPELLETTI; GARTH, 1998).

Essas 'ondas', iniciadas em 1965, processaram-se em ordem cronológica. A primeira onda remete à “assistência judiciária”, traduzindo-se pela expansão da oferta de serviços jurídicos aos setores pobres da população. A segunda onda refere-se “às reformas para proporcionar representação judiciária para incorporação dos interesses coletivos e difusos”, o que resultou na revisão de noções tradicionais do processo civil. A terceira onda, conhecida como “enfoque de acesso à Justiça”, centra sua atenção no conjunto geral de instituições, mecanismos, pessoas e procedimentos utilizados para processar e mesmo prevenir disputas nas sociedades modernas, incluindo a Justiça informal, o desvio de casos de competência do sistema formal legal e a simplificação da lei. Essa terceira onda de reforma inclui a advocacia, judicial e

¹⁴CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. Acesso à justiça. Tradução Ellen Gracie Nortfleet. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 1988. p.15-29.

¹⁵Refere-se ao “*access-to-justice-movement* justificado o Florence Project, coordenado por Mauro Cappelletti e Bryant Garth com financiamento da Ford Foundation (1978)” (JUNQUEIRA, 1996. p.390). Destaca-se que “a academia internacional estava sendo estimulada (...) a implantação de novos mecanismos de acesso ao Poder Judiciário” (JUNQUEIRA, 1996. p.401).

extrajudicial, seja por meio de advogados particulares ou públicos, mas vai além (CAPPELLETTI; GARTH, 1988).

Entretanto, é válido destacar, que não houve a participação do Brasil nesse projeto, apesar da representação de outros países da América Latina (Chile, Colômbia, México e Uruguai) (JUNQUEIRA, 1996. p.401). No Brasil nota-se que o processo de reivindicação e constituição de direitos¹⁶ é tardio se comparado aos demais países, especificamente os países centrais, que dispunham de políticas baseadas no Estado de Bem Estar Social, e, já desfrutaram desse acesso à justiça (CARVALHO, 2008). Em suma, o acesso à justiça no Brasil é tardio e envolve questões que merecem ser pormenorizadas.

2.2 O acesso à justiça no Brasil.

No Brasil, o fenômeno da judicialização da política se intensifica a partir da década de 1990, com a constitucionalização abrangente¹⁷ e o sistema de controle de constitucionalidade, que possibilitou o acesso ao Supremo Tribunal Federal por via de ações diretas (BARROSO, 2010). Atualmente, ora tem sido interpretado como forma de participação da sociedade civil, ora como ativismo judicial. As causas e o modo como os operadores do direito têm conduzido suas ações ainda requer análises, já que os estudos e pesquisas sobre esse fenômeno focou atenção maior no número expressivo de ações judicializadas, sendo que as explicações sobre o comportamento judicial e sua contextualização histórica e política foram deixadas às margens (CARVALHO, 2004).

¹⁶O caso brasileiro segue inversamente ao caminho clássico de conquista de direitos da realidade inglesa descrito por Marshall (1967). Para Marshall (1967) a cidadania é concebida no direito civil como exercício da liberdade individual e suas variantes, como a liberdade de ir e vir, de imprensa, pensamento e fé, bem como o direito à propriedade, de concluir contratos válidos e à justiça. Assim, as instituições que se vinculam aos direitos civis, em função da possibilidade que apresenta o indivíduo em afirmar seus próprios direitos em termos de igualdade com os demais e devido ao encaminhamento processual são os tribunais de justiça. O direito político, por outro lado, remete à possibilidade de participar no exercício do poder político, seja como membro eleito de um dos organismos integrantes do Estado ou como seu eleitor. Desta forma, tem como instituições correspondentes, o parlamento e os conselhos do governo local. Já o elemento social, por fim, refere-se “a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar (...) na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade”. A este estão relacionados o sistema educacional e os serviços sociais (MARSHALL, 1950. p.63).

¹⁷“Constitucionalizar é, em última análise, retirar um tema do debate político e trazê-lo para o universo das pretensões judicializáveis” (BARROSO, 2010. p.5).

Junqueira (1996) ressalta, baseada nas primeiras produções brasileiras, que nos anos 80 o Brasil passava pelo processo político e social da abertura política, com a tímida emergência dos movimentos sociais que reivindicavam por direitos sociais básicos, inclusive os de saúde e moradia. Por essa razão, as motivações que despertaram o interesse dos brasileiros pautavam-se na necessidade de expansão dos direitos sociais básicos para o conjunto da população, que, na maioria, não tinha acesso, enquanto nos países centrais já se vinculavam à questão do acesso à Justiça e à expansão dos serviços do *welfare state* (em meio à crise desse modelo estatal que se iniciou nos anos 70), e na afirmação de novos direitos de cunho coletivo e difuso, como os do consumidor, meio ambiente, étnico ou sexual.

De acordo com Junqueira (1996), o Brasil não acompanha o processo analisado por Cappelletti e Garth, a partir da metáfora das três "ondas" do "access-justice movement", apesar do tema sobre o acesso à Justiça despertar o interesse dos pesquisadores brasileiros nos anos 1980. Nos seus estudos, pode identificar que não existiam referências ao Florence Project nas primeiras produções brasileiras sobre o tema. Além disso, ressalta que a versão resumida do texto de Cappelletti e Garth só é publicada em português em 1988, sendo a ausência de relatório próprio mais um referencial de que não houve participação do Brasil neste projeto internacional.

A constituição dos direitos no Brasil, conforme Carvalho (2008) na obra denominada "Caminhos da Cidadania", desenvolve-se tardiamente em análise comparada aos demais países. Nos seus estudos, ressalta que os direitos sociais foram constituídos no período de supressão dos direitos políticos e redução dos direitos civis por um ditador que se tornou popular, uma menção ao presidente Getúlio Vargas, em 1930. Assim como os direitos políticos, ainda que tenha uma maior expansão em outro período ditatorial - Governo dos Militares em 1970 – no qual os órgãos de representação política foram transformados em peça decorativa do regime. E os direitos civis, como a "base da sequência de Marshall", continuam inacessíveis a maioria da população brasileira. Neste contexto, o autor (CARVALHO, 2008) afirma que durante muitos anos houve uma restrição do acesso aos direitos à população brasileira, sendo a proteção das leis designada a apenas uma parcela dessa população, principalmente aqueles que se referem à segurança individual, à integridade física e ao acesso à justiça.

Em suas análises foi possível fazer uma divisão dos brasileiros em classes:

Há os privilegiados, 'doutores', que estão acima da lei, que sempre conseguem defender seus interesses pelo poder do dinheiro e do prestígio social. Frequentemente, mantêm vínculos importantes nos negócios, no governo, no próprio Judiciário. A grande massa de 'cidadãos simples', de segunda classe, que estão sujeitos aos rigores e benefícios da lei. Essas pessoas nem sempre tem noção exata de seus direitos, e quando tem carecem de meios necessários para o fazer valer, como o acesso aos órgãos e as autoridades competentes, e os recursos para custear as demandas judiciais. Frequentemente, ficam à mercê da polícia e de outros agentes da lei que definem a prática que os direitos serão ou não respeitados. Os cidadãos de 'terceira classe' são a grande maioria da população marginal das cidades, em que na prática ignoram seus direitos civis ou tem sistematicamente desrespeitado por outros cidadãos, pelo governo e pela polícia (CARVALHO, 2008. p.223).

O acesso à Justiça no Brasil, no período de 1970, não se identificava com os movimentos, identificados pelo “Projeto de Florença”, dos países centrais. O Brasil encontrava-se num regime ditatorial, marcado por uma representação política autoritária, e que provocava desconfiança na sociedade civil e revelava ser um espaço inacessível aos novos atores sociais. Essa representação política autoritária foi um dos fatores, que inclusive, impossibilitava o enfoque do acesso à Justiça aos canais institucionais oriundos do aparato estatal. Dessa forma, durante esse período, o país é demarcado pela presença de movimentos sociais e de canais alternativos de acesso à Justiça paralelos ao Estado (MOTTA, 2013). Como exemplo desse fato, Junqueira (1996) cita a obra “Discurso e poder” de Boaventura de Sousa Santos, oriunda de uma pesquisa sobre a favela do Jacarezinho, nos anos 70. O que se evidenciou nesta pesquisa foi que a comunidade de Passárgada recorria à associação de moradores para a resolução de conflitos individuais devido à impossibilidade de acesso à Justiça estatal. Com isto, estabeleceu-se uma nova ordem jurídica paralela ao direito oficial (direito do asfalto). Para Santos (2011), somente recorrendo a canais “paralegais”, tais como as associações de moradores de favelas, é que a população pobre teria como resolver seus litígios.

No período citado acima, anos 70, e no contexto do Estado autoritário, o pluralismo jurídico representou uma reação teórica e política, no qual “o Judiciário encontrava-se encapsulado pelo poder ditatorial, tornando-se um instrumento manipulável de acordo com os interesses que prevalecessem” (MOTTA, 2013. p.24). Segundo Motta (2013), a pesquisa empreendida por Boaventura de Souza Santos é a que mais representa a corrente teórica que predominava, em meados dos anos de 1970 e durante o predomínio do AI-5, nos campos político e jurídico.

Nessas condições, Junqueira (1996) afirma que o movimento acadêmico (e jurídico-político) em torno do acesso à Justiça no Brasil compreende dois eixos principais:

De um lado, situam-se as pesquisas sobre o acesso coletivo à Justiça que marcam principalmente a primeira metade dos anos 80. De outro, encontram-se as investigações sobre formas estatais e não-estatais de resolução de conflitos individuais, nas quais ganham espaço os novos mecanismos informais - tais como os então denominados Juizados Especiais de Pequenas Causas - introduzidos pelo Estado a partir de meados da década de 80 (JUNQUEIRA, 1996. p.391).

O foco das pesquisas desenvolvidas no Brasil pelos cientistas sociais se detinha aos novos movimentos sociais e às suas demandas por direitos coletivos e difusos, tendo em vista as greves no final dos anos 1970 e a reorganização da sociedade civil imersa por um poder judiciário que, tradicionalmente, assegurava direitos individuais. Neste mesmo período, os cientistas sociais europeus ou estadunidenses já estavam buscando procedimentos jurídicos mais simplificados e alternativos aos tribunais como meio de garantir o acesso à Justiça e de diminuir as pressões resultantes de uma explosão de direitos que ainda não havia acontecido (JUNQUEIRA, 1996).

De acordo com Silva (2002), os movimentos sociais que surgiram na virada dos anos 70 para os 80 reivindicam direitos para a população marginalizada e para as minorias, como organizações de defesa dos direitos humanos, comunidades eclesiais de base, associações de moradores, movimentos urbanos que lutavam pela oferta e melhorias dos serviços públicos, movimentos feministas e organizações negras que visavam a defesa dos direitos humanos, além das reivindicações por emprego, terra, habitação, saúde, transporte, educação. Esses movimentos sociais foram essenciais para que as mudanças legislativas e institucionais passassem a garantir novos direitos individuais e coletivos (SILVA, 2002. p.4), além de terem exercido forte pressão para a criação do Estado democrático de direito e de uma cidadania ativa (MOTTA, 2013).

Assim, esses movimentos sociais influenciaram a criação do Juizado de Pequenas Causas por meio da Lei nº 7.244, de 7 de novembro de 1984; das leis que regulamentaram a autonomia ao Ministério Público como principal agente responsável pela proteção de interesses coletivos e difusos; da lei nº. 6.938/81, na qual legitimava o Ministério Público a promover ação de responsabilidade civil por danos ambientais; e, também, da lei nº. 7.347/85, que instituía a ação civil pública. Esses avanços legislativos representaram para a sociedade os primeiros sinais correspondentes ao

acesso à justiça no Brasil, e, nos termos de Motta (2013), os primeiros sinais das “ondas cappellettianas” no contexto pré-constituente de 1988.

Posteriormente, com a promulgação da Constituição de 1988, o rol de direitos foi ampliado, tais como: os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, meio ambiente, qualidade de vida e direitos do consumidor. Ampliaram-se, também, as instituições e estratégias para requerer esses direitos que, no plano normativo por intermédio de um conjunto de leis, citam-se, entre outros:

- 1) A assistência judiciária integral aos necessitados (art. 5º, LXXIV);
- 2) A União, no Distrito Federal e nos Territórios, e os Estados criarão:
 - I - juizados especiais, providos por juízes togados, ou togados e leigos, competentes, para a conciliação, o julgamento e a execução de causas cíveis de menor complexidade e infrações penais de menor potencial ofensivo, mediante os procedimentos oral e sumaríssimo, permitidos, nas hipóteses previstas em lei, a transação e o julgamento de recursos por turmas de juízes de primeiro (art. 98);
- 3) Elevação da Defensoria Pública como instituição essencial à função jurisdicional do Estado, cabendo-lhe a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados (art. 134);
- 4) Reestruturação do papel do Ministério Público como instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe: atribuições para a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses coletivos e difusos (arts. 127 e 129) (MOTTA, 2013).

A conjuntura da Constituinte de 1988 expressou, de fato, a garantia ao acesso à Justiça a partir da visão introduzida por Cappelletti e começou a ser encarada enquanto um direito social (MOTTA, 2013). À medida que houve reconhecimento das instituições jurídicas estatais - tais como a Magistratura, o Ministério Público e a Defensoria Pública - como instituições essenciais à Justiça pela Carta Constitucional, não há mais vínculo com o Estado autoritário, no qual estiveram, até então, sob controle (em especial, o Ministério Público) (MOTTA, 2013).

A garantia da justiça exige a interferência do poder de Estado, assim como o exige a política de bem-estar. Ela não representa uma reação ao Estado, um direito negativo. Corresponde a um momento da sociedade liberal em que o Estado já foi convocado para garantir, pela intervenção, um direito inicialmente estendido a parcela limitada da população. (Carvalho, 2002. p.108).

A Constituição de 1988 reforça o papel e o protagonismo político do Judiciário e seus integrantes (SARDEK, 2004). Com a efetivação legal do acesso à Justiça e a legitimação das instituições jurídicas “a cidadania deixa de ser uma mera abstração teórica, tornando-se, assim, materializada pelos canais de representação do direito” (MOTTA, 2013. p.34). Ou seja, a cidadania resultante de um longo conflito histórico/social tem o sistema democrático como principal espaço de criação e

afirmação de novos direitos, abrangendo não apenas os cidadãos “doutores”, mas, também, atendendo os interesses dos cidadãos tidos como “simples” ou “elementos”, em que todas as conquistas são incorporadas, tanto das classes sociais desfavorecidas em termos de provimentos e prerrogativas, como dos novos atores sociais como as mulheres, meio ambientalistas, negros. Dessa forma, “os direitos civis conseguem se firmar, de modo ainda mais preciso pela Constituição de 1988, ao lado dos direitos políticos e sociais” (MOTTA, 2013. p.34).

A construção jurídico institucional aumenta a expectativa dos cidadãos de verem o cumprimento dos seus direitos e garantias consignados na constituição, de tal forma que, mediante a execução deficiente e inexistente de muitas políticas, pode provocar a procura dos tribunais, que não tardou a acontecer na década de 90. Assim,

durante a década de 1990, apesar da crescente elaboração de normas e estatutos, as medidas neoliberais adotadas pelo governos, acabaram debilitando a classe trabalhadora, ao permitir o aumento do desemprego, o enfraquecimento do sindicato e a degradação da proteção social (SIERRA, 2011. p.256).

Nesse contexto, pode se afirmar que o acesso à justiça no Brasil, denominado pela sua intensidade como “judicialização da política” (MACIEL; KORNER, 2002), inicia-se pela cobrança de serviços públicos, principalmente no que se refere ao direito à saúde, educação e assistência (SIERRA, 2011). Os processos judiciais são ajuizados tanto para a proteção contra os abusos do poder executivo, como para efetivação dos direitos de cidadania que, pela ineficiente política, o governo não cumpriu, necessitando, portanto, da intervenção judicial (SIERRA, 2011). Conforme ressalta Vianna et al. (2007), no contexto de avanços da política neoliberal a procura pelo poder judiciário no Brasil é uma alternativa para aqueles que buscam a proteção social.

Em termos de pesquisas brasileiras sobre o tema, os primeiros estudos sobre o fenômeno da judicialização da política surgem em 1997, nas obras de Ariosto Teixeira¹⁸ - “A judicialização da política no Brasil (1990-1996)” -, e Marcos Faro de Castro¹⁹ - “O Supremo Tribunal Federal e a judicialização da política”. Estes estudos abordam pesquisas empíricas acerca das ações diretas de inconstitucionalidade propostas ao Supremo Tribunal Federal (BORGES; UGÁ, 2009). O trabalho de

¹⁸TEIXEIRA, Ariosto. A judicialização da política no Brasil (1990-1996). Dissertação (Mestrado) — Universidade de Brasília — UnB, Brasília, 1997. Mimeo.

¹⁹CASTRO, Marcos Faro de. O Supremo Tribunal Federal e a judicialização da política. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 12, n. 34, jul. 1997.

Werneck Vianna et al²⁰. -“A judicialização da política e das relações sociais no Brasil”-, enfocou a judicialização no Brasil a partir das transformações constitucionais ocorridas com a promulgação da Constituição de 1988. Para este autor, a ampliação dos instrumentos de proteção judicial, pós promulgação da Constituinte, possibilitou um maior protagonismo dos tribunais, que passaram a ser utilizados por minorias parlamentares, governos estaduais e associações civis e profissionais (BORGES; UGÁ, 2009).

2.3 “Judicialização da Política”: Legitimação de direitos ou retrocessos democráticos?

Os direitos, e neles inclusos o do acesso à justiça, foram consagrados no mesmo ato constitucional de direito por um curto-circuito histórico que caracterizou a passagem do regime autoritário para o regime democrático ocorrida nos países periféricos e semiperiféricos. Nos países centrais, essa conquista segue por várias gerações de direito, tomado por um longo processo. Em ambas as formas, a constitucionalização do direito sem o respaldo de políticas públicas e sociais consolidadas torna difícil a sua efetivação, além de abrir precedente para maior intervenção judicial a partir do controle de constitucionalidade do direito ordinário (SANTOS, 2011).

Para Cappelletti (1993), a judicialização da política representa um avanço no processo de democratização, pois aponta para um direito forte, tão forte quanto o executivo e o legislativo. Em sua análise, a criatividade jurisprudencial restringe as margens da legislação, mas nem por isso afronta ao princípio democrático. Ao contrário, é necessário um “*Big Judiciary*” para evitar a concentração de poderes no legislativo ou no executivo, como já registrou a história nos casos da Itália pré-fascista, Alemanha de Weimar e França da Quarta República (CAPPELLETTI, 1993 apud AGUIAR, 2007). Nestes termos, segue-se o modelo de controles e contrapesos (*checks and balance*) de equilíbrio de forças e controle recíproco para explicar que a atuação do judiciário, em razão de processos e procedimentos jurisdicionais, se torna uma tarefa imprescindível e direito fundamental, enquanto os legisladores e aparelhos burocráticos podem dificultar ou vedar o acesso dos cidadãos à política (CAPPELLETTI, 1993 apud AGUIAR, 2007).

²⁰VIANNA, Luiz Jorge Werneck et al. A judicialização da política e das relações sociais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

Na mesma linha, Dworkin (2003) defende a criatividade dos juízes como intérpretes, deste que esteja restrito aos limites da Constituição. O que se visualiza é que as decisões dos operadores do direito podem consagrar princípios e normas constitucionais, e, também, podem ir além ou ao contrário do que está estabelecido em lei (SANTOS, 2011). Na maioria das vezes, o que se observa é que, em vez de judicialização das questões políticas, o que ocorre é um ativismo judicial, referindo-se a atitude destes operadores do direito por uma escolha de um modo específico e proativo de interpretar a Constituição, expandindo o seu sentido e alcance, ou mesmo por seu oposto, que é a *auto-contenção judicial*, conduta na qual o Judiciário procura reduzir sua interferência nas ações dos outros Poderes.

No Brasil, em razão da constitucionalização abrangente e analítica e do sistema de controle de constitucionalidade vigente, em que é amplo o acesso ao Supremo Tribunal Federal por via de ações diretas, o fenômeno se expande, podendo, inclusive observar o ativismo judicial presente nas “situações de retração do Poder Legislativo, de certo descolamento entre a classe política e a sociedade civil, impedindo que determinadas demandas sociais sejam atendidas de maneira efetiva” (BARROSO, 2010. p.11). Ou seja, o que se assiste é “o sistema judicial a substituir-se ao sistema da administração pública, que deveria ter realizado espontaneamente essa prestação social” (SANTOS, 2011. p.15).

Resultantes desse novo desenho institucional brasileiro, quase todas as questões de relevância política, social ou moral foram discutidas ou já estão postas em sede judicial, principalmente perante o Supremo Tribunal Federal (BARROSO, 2010). Barroso (2010) elenca diversos tipos de casos que foram judicializados:

(I) instituição de contribuição dos inativos na Reforma da Previdência (ADI 3105/DF); (II) criação do Conselho Nacional de Justiça na Reforma do Judiciário (ADI 3367); (III) pesquisas com células-tronco embrionárias (ADI 3510/DF); (IV) liberdade de expressão e racismo (HC 82424/RS – caso Ellwanger); (v) interrupção da gestação de fetos anencefálicos (ADPF 54/DF); (vi) restrição ao uso de algemas (HC 91952/SP e Súmula Vinculante nº 11); (VII) demarcação da reserva indígena Raposa Serra do Sol (Pet 3388/RR); (VIII) legitimidade de ações afirmativas e quotas sociais e raciais (ADI 3330); (IX) vedação ao nepotismo (ADC 12/DF e Súmula nº 13); (x) não-recepção da Lei de Imprensa (ADPF 130/DF). A lista poderia prosseguir indefinidamente, com a identificação de casos de grande visibilidade e repercussão, como a extradição do militante italiano Cesare Battisti (Ext 1085/Itália e MS 27875/DF), a questão da importação de pneus usados (ADPF 101/DF) ou da proibição do uso do amianto (ADI 3937/SP) (IDEM, 2010. p.5).

Os estudos de Werneck Vianna et. al (1999) sobre a judicialização das política no Brasil baseiam-se, inicialmente, no conceito de judicialização *from without* de Torbjörn Vallinder, que se conforma pela ideia de revisão judicial das decisões do Executivo e do Legislativo. Estes autores observam que a intensidade do fenômeno conduz à judicialização das relações sociais, ressaltando que a intervenção judicial não abrange apenas a esfera política, mas vem alcançando a regulação da sociabilidade e das práticas sociais, incluindo aquelas tidas, tradicionalmente, como de natureza estritamente privada, impermeáveis à intervenção do Estado, como são os casos das relações de gênero no ambiente familiar e de tratamento dispensado às crianças por seus pais ou responsáveis (VIANNA et al., 1999). Em outros termos, a judicialização das relações sociais corresponde à crescente invasão do Direito na vida social (VIANNA et al., 1999), e o poder judiciário passa a atuar como protagonista direto da questão social (VIANNA et. al., 2007).

Nas análises realizadas por VIANNA (1999: 121), no período de 1988 a 1998, foi identificado que, dentre 1.935 Ações Diretas de Inconstitucionalidades (ADINs), a taxa das ADINs julgada foi de apenas 13,54%, sendo que muitas das demais (54,36%) aguardavam julgamento. De 1988 a 2004, o número de ADINs impetradas chega a 3097 ações (SARDEK, 2004. p.79). Ou seja, a redemocratização e o novo marco constitucional deram maior credibilidade ao uso da ação judicial como alternativa para alcançar os direitos (SANTOS, 2011), mas, o número de ADINs julgadas e o número de ações para serem julgadas não nos conduzem a resultados que possam levar em consideração a vontade dos operadores do direito em participar como *policy-marking* (CARVALHO, 2004).

Nestas condições, a expectativa positiva elevada para que o poder judiciário possa resolver os problemas não resolvidos pelo sistema político pode surtir efeitos indesejados. Como exemplo, constata-se que, em grande medida, o sistema judiciário não corresponde às expectativas, e rapidamente ‘a solução passa a problema’. A expectativa não sendo cumprida gera uma enorme frustração (SANTOS, 2011).

Para Garopan (1999), o crescimento do poder Judiciário como ator político deve-se a uma crise de representação política e da própria democracia moderna, em que a sociedade, a partir de um enfraquecimento dos poderes Legislativo e Executivo, recorre ao poder judiciário, sendo para ela, de fato, o “*último refúgio de um ideal democrático desencantado*”. Nessas condições, o fenômeno da judicialização da política, por um lado, ocorre em função da globalização da economia, na qual o

mercado ao mesmo tempo em que despreza o poder tutelar do Estado multiplica a recorrência ao jurídico. Por outro lado, sugere-se que o que ocorre é o desmoroamento simbólico do homem e da sociedade democrática. Mas, o fato é que a justiça tornou-se um espaço de exigibilidade da democracia, no qual são formuladas as reivindicações políticas não resolvidas pelas instituições do Estado (GARAPON, 1999. p.48).

Para Tate e Vallinder (1995 apud AGUIAR, 2007) essa nova disposição dos poderes políticos é ameaçadora do princípio democrático. Se no modelo democrático a sociedade tem a capacidade de se autocompor, de produzir valores e arregimentar vontades na formação de uma unidade, este estaria em risco diante da judicialização da vida política. A isto se adicionaria as diferenças nos métodos de resolução de conflitos entre os poderes legislativos e judiciários.

A arena legislativa opera em termos de barganhas e troca de favores, enquanto o judiciário pesa os argumentos; no legislativo predomina o princípio majoritário, e no judiciário, a decisão dada por um juiz imparcial; um produz regras gerais e políticas públicas, e outro estabelece casos individuais; um aloca valores em virtude de uma solução possível politicamente, enquanto o outro se certifica dos fatos do processo e da lei adequada na busca da “única solução correta” (AGUIAR, 2007, p.149).

Mas, as sociedades democráticas não conseguem administrar de outra forma a complexidade e a diversificação que elas mesmas geraram, não restando alternativa, senão o recurso à justiça (GARAPON, 1999). “Em face da decomposição do político, é então ao juiz que se recorre para a salvação”. (GARAPON, 1999. p.27). Assim, juízes e tribunais, uma vez provocados pela via processual adequada, não têm a alternativa de se pronunciarem ou não sobre a questão. O modo como venham a exercer essa competência é que determinaria a existência ou não de ativismo judicial (BARROSO, 2010).

Badinter e Breyer (2004 apud AGUIAR, 2007) afirmam que a criatividade do juiz, sem obediência a lei e sem a esfera do direito legislativo, encerraria uma contradição ao princípio democrático. Ora, se o juiz, por meio de métodos criativos de decisão e incorporando critérios criativos e morais, exerce um poder político, por que também estes não são limitados por outros poderes? Em outros termos, quem controla o poder judiciário na sociedade democrática? No entendimento dos autores, a supremacia da decisão do judiciário, controlando e alterando a decisão de outros poderes sem ser da mesma forma controlada e limitada por eles, sem estar sujeito a

vontade geral e a estrita aplicação da lei, poderia estar anunciando a derrocada da democracia.

Para Borges e Ugá (2010), os autores acima citados, ao mencionarem os efeitos negativos que perpassam a judicialização da política, podem estar referindo outras formas de atuação do poder judiciário na arena política. Ressaltam, assim, que além das intervenções judiciais estudadas por Vianna et al. (2007) - em que Poder Judiciário destaca-se como controlador da atividade das instituições legislativas (controle de constitucionalidade), especificamente as referidas ADINs propostas por atores políticos, recentemente - o referido Poder Judiciário tem emergido como arena de discussão e decisão de políticas públicas, ou seja, a atuação do Judiciário perpassa pela utilização de meios processuais comuns para alterar as políticas públicas em curso, principalmente no que se refere à política de saúde.

É o que discutiremos no próximo capítulo. Ou seja, será aprofundada a discussão sobre a intervenção judicial no âmbito especificamente da saúde, com ênfase no acesso a medicamentos e tendo por base os princípios do SUS, as normas que regulamentam a assistência farmacêutica e a noção de justiça distributiva

3 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

3.1 Judicialização, acesso aos medicamentos e o direito fundamental à saúde dos Cidadãos.

Com a regulamentação da Constituição Federal de 1988, a Saúde tornou um direito de todos e dever do Estado, cujo imperativo é a prestação positiva do Estado no sentido de garantir, por meio de políticas sociais e econômicas, o acesso universal e igualitário às ações e serviços visando, sobretudo, a promoção, proteção e recuperação dos indivíduos (BRASIL, 2013; ASSENSI, 2010. p.34). A elevação da saúde como direito fundamental, atribuindo-lhe como direito de cidadania, representa à sociedade um avanço, já que no período anterior, a partir da Era Vargas (na década de 30) ao período de redemocratização (na década de 80), houve um crescente movimento de mercantilização da saúde no Brasil. Neste período, a saúde era caracterizada por um serviço ou um benefício trabalhista, sendo restrita a um grupo de pessoas, e cujo critério era o vínculo empregatício ou a capacidade do indivíduo de pagar pelos planos privados (ASSENSI, 2010. p.34).

A partir da Constituição de 1988 e das intensas reivindicações de uma pluralidade de grupos, permitiu-se que o direito à Saúde integrasse, juntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, a Seguridade Social. Uma Seguridade Social entendida como um conjunto integrado de ações do Estado e da Sociedade voltadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência e à Assistência Social, incluindo também a proteção do trabalhador desempregado, via seguro-desemprego. Regulamentou-se que esses direitos fossem concedidos pelo Estado com uma única fonte orçamentária, que incluía as fontes de contribuições previdenciárias e os recursos orçamentários destinados a este fim (SALVADOR, 2010).

O direito à saúde se destaca em relação aos demais direitos sociais, ao ter-lhe atribuído às ações e serviços de saúde o caráter de relevância pública e, neste sentido, a possível alteração de tal preceito depende de amplo e rígido processo legislativo, o que cristaliza justamente sua relevância jurídica, política e social no ordenamento brasileiro (ASSENSI, 2010). Além disso, esse direito constitui-se como cláusula pétrea no âmbito constitucional, pois, em virtude de sua associação direta

com o direito à vida, não poderá, de forma alguma, ser excluído do resguardo que lhe foi alçado pela Carta Constitucional (ASSENSI, 2010).

O status de direito ressaltado ao acesso aos bens e serviços de saúde, revela-se pela dupla-dimensão ‘direito-dever’ (ASSENSI, 2010. p.35), a qual ficou estabelecido ao Estado o atendimento das necessidades de saúde da população de modo universal, igualitária e integral (ASSENSI, 2010). A Carta Constitucional definiu uma nova relação jurídica entre o Estado e o cidadão, em que o cidadão passa a ser reconhecido como sujeito de direitos subjetivos, podendo, inclusive, recorrer a esse direito pelas instâncias jurídicas, em caso de omissão dos órgãos executivos (SANT’ANA et al., 2011a; FLEURY, 2012). Nesse sentido, o reconhecimento da saúde como direito possui duas repercussões práticas: A primeira “é responsabilidade ética e legal do poder público de formular e implementar ações que assegurem o acesso da população aos serviços de atenção à saúde”; e a segunda é “a possibilidade do cidadão reivindicar judicialmente, de forma individual ou coletiva, o cumprimento desta obrigação estatal” (PEPE et al., 2010b. p.461).

Para a concretização do direito à saúde foram regulamentadas as leis infraconstitucionais, com destaque para as Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/1990 e nº 8142/1990, que deram materialidade a este direito ao instituir o Sistema Único de Saúde e ao garantir a execução das ações da assistência terapêutica integral, inclusive a assistência farmacêutica. De acordo com Pinheiro (2005), com o estabelecimento dessas Leis configurou-se uma definição jurídico-normativa e organizativa da política de saúde do Estado brasileiro.

A promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 estabeleceu a relevância pública dos serviços de saúde vis-à-vis outras modalidades de oferta de bens sociais; também, institucionalizou-se um arcabouço jurídico-normativo com princípios doutrinários e operacionais (universalidade, descentralização, integralidade, equidade e participação na comunidade) (PINHEIRO et al., 2005). Esses “princípios serviriam como guias para as ações em saúde, de modo a orientarem elementos para a constituição de uma ação integral e, ao mesmo tempo, efetiva” (ASSENSI, 2010. p.36).

De acordo com Cecílio (2004, p.113), está implícito nos princípios do SUS o tríptico conceito-signo de universalidade, equidade e integralidade, que representa uma forma viva do projeto de reforma sanitária. No que se refere ao princípio de universalidade, a saúde ao ser concebida como direito de todos visa a superação de

injustiças resultantes de nossas estruturas sociais. Os princípios de equidade e integralidade vão muito além do simples consumo ou acesso a determinado serviço ou bem de saúde, implicando, portanto, em repensar aspectos importantes de organização no processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde (CECÍLIO, 2004).

Porém, conforme ressaltado anteriormente, a partir da década de 1990 o Estado Brasileiro passa pelo processo de contra-reforma, com rígidos critérios de elegibilidade em relação ao acesso aos direitos sociais (KRUGER, 2010), precariedade de recursos humanos e repasse dos bens e serviços públicos para empresas terceirizada e/ou com fins lucrativos (FLEURY, 2012). No âmbito da saúde ocorre a segmentação em dois sistemas fortes, o SUS e o sistema privado, o que de certa forma impede o Estado de implementar o projeto de reforma sanitária proposto, além dos impasses que se referem ao financiamento, que afasta cada vez mais a possibilidade de efetivação do direito à saúde (BAPTISTA et al., 2009).

O direito à assistência farmacêutica também foi alvo desse processo de contra-reforma do Estado, sendo apenas contemplado com a criação da Política Nacional de Medicamentos, após dez anos (em 1998), e, a posterior regulamentação, em 2004, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (CHIEFFI; BARATA, 2009). Estas leis organizaram e definiram os parâmetros para distribuição e acesso aos medicamentos no âmbito do SUS, objetivando, principalmente garantia da eficácia e segurança no uso racional de medicamentos e o acesso da população aos medicamentos essenciais (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Entretanto, somente após o ano de 2006, a assistência farmacêutica definiu-se, por meio de Portarias, as responsabilidades dos gestores e formas que irão administrá-la, com destaque para duas Portarias: 1) Portaria MS/GM n 399/2006, ao estabelecer que o financiamento da assistência farmacêutica é de competência dos três gestores; 2) Portaria MS/GM n 204/ 2007, que prevê e controla a distribuição de medicamentos, e divide o financiamento em três componentes: o básico, o estratégico e o de medicamento de dispensação excepcional. Aos municípios couberam a gestão da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), cuja lista reúne todos os medicamentos administrados pelas Secretarias de Saúde, e à União, em parceria com os Estados e o Distrito Federal, destinou-se a competência na aquisição e na distribuição dos medicamentos de caráter excepcional (Portaria n 577/GM de 2006 e Portaria n 1.321 de 2007).

Fruto, em parte, dessas debilidades do legislativo, ao ter mantido a indefinição do arcabouço legal, e, pela atuação do Executivo, que, pautada na ausência de definições de normas e parâmetros que impedem as instituições estatais de se responsabilizarem por suas ações e serviços, têm resultado em políticas, programas e serviços públicos precários, e, conduzido à população brasileira a tutelar judicialmente o direito individual e coletivo da assistência à saúde (FLEURY, 2012; SIERRA, 2011).

De acordo com Santos (2011), as pessoas passaram a ter consciência dos seus direitos, e, ao verem as fragilidades das políticas sociais e/ou o desenvolvimento do Estado Social, recorrem aos mecanismos de garantia e promoção de direitos para se protegerem e exigirem sua efetiva execução. Neste contexto, o acesso ao direito à saúde, principalmente o direito aos medicamentos, tem, na maioria das vezes, se efetivado pelo Poder Judiciário (SANT'ANA et al., 2011a; PEPE et al., 2010b; CHIEFFI; BARATA, 2009; MESSENDER et al., 2005), conforme discorreu-se no capítulo anterior.

A intensidade dessas demandas individuais de medicamentos nos tribunais de Justiça tem sido denominada pela literatura pelo fenômeno denominado 'Judicialização da Saúde' (PEPE et al., 2010b; CHIEFFI; BARATA, 2009; MESSENDER et al., 2005) ou 'Judicialização da assistência farmacêutica' (SANT'ANA et al., 2011).

É válido ressaltar que os primeiros processos judiciais contra os Poderes Públicos datam-se a partir da década de 90, quando os pacientes portadores de HIV/AIDS passaram a reivindicar medicamentos e procedimentos médicos, fundamentados no direito à saúde, ressaltado na Constituição Federal de 1988 (Art. 196º) e sob a responsabilidade conjunta da União Federal, Estados e Municípios (Art. 197º e 198º) (VENTURA et al., 2010).

Os pacientes com HIV/AIDS conseguiram estabelecer "uma relação positiva entre acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde" (VENTURA et al., 2010), tendo em vista o êxito das organizações não-governamentais (ONGs) que, ao ampliar a estratégia de advocacia por todo Brasil, resultou numa jurisprudência favorável à responsabilização dos entes federativos para o cumprimento imediato desta prestação estatal (RIOS, 2003; VENTURA, 2003; SCHEFFER et al., 2005 apud VENTURA et al., 2010), e, posteriormente, também, obteve avanços nas regulamentações, com a incorporação de uma lei infraconstitucional (a Lei nº 9.313/96) específica para os

pacientes com HIV/AIDS, possibilitando o acesso a qualquer tipo de medicamento e tratamento prescrito por profissionais de saúde vinculados ao SUS ou não (SANTOS, 2006).

Essas ações judiciais para obtenção de medicamentos dos pacientes com HIV/AIDS impulsionaram pacientes de outras enfermidades a obtenção do acesso aos insumos, exames, diagnósticos ou procedimentos do SUS, por meio de ações judiciais individuais e coletivas (SANT'ANA et al., 2011; VENTURA et al., 2010). A reivindicação judicial desses sujeitos se ampliou por meio dos mecanismos de garantia de direitos e de políticas públicas. Destacam-se, também, a ativa atuação do Ministério Público²¹ e a participação da sociedade civil organizada na comunidade dos intérpretes da Constituição (VIANNA et al., 2007).

Segundo o Conjur/MS (2013) é notável que, nos últimos anos, houve no Brasil um crescimento abrupto de demandas judiciais e de gastos com medicamentos no âmbito federal: em 2009 houve 10.486 processos novos com ações judiciais individuais; em 2011 este número chegou a 12.811. Entretanto, nem todas as ações judiciais geraram gasto ao Ministério da Saúde, pois, a ação judicial foi negada (parte menor dos casos) ou a ação judicial foi atendida pelos demais entes federativos (estados e municípios), que, também, figuravam-se como réus. As ações judiciais da União, neste sentido, totalizaram 1.782 processos em 2009 e 1.931 em 2011, e o gasto total dessas ações chegaram a R\$ 266.060.705.99, em 2011. Os Estados que mais geraram gastos à União, em virtude do volume de demandas judiciais, foram Minas Gerais (11%), Rio de Janeiro (10%), Bahia (8%) e Pernambuco (8%).

Essa realidade não é diferente nos gastos dos Estados e Municípios. Os estudos de Vieira e Zuchi (2007) apontam que em 2005 somente no município de São Paulo foram impetradas 170 ações judiciais contra o poder público requerendo fornecimento de medicamentos, totalizando um gasto de R\$ 876 mil reais. Em 2006, Chieffi e Barata (2009) identificaram que a secretaria de saúde do Estado de São Paulo gastou R\$ 65 milhões de reais para o cumprimento de determinações judiciais referentes ao atendimento à saúde de 3.600 pessoas. Machado et al. (2011) também evidenciou que o gasto com aquisição de medicamentos solicitados pela via judicial

²¹ O Ministério Público é uma instituição dinâmica de garantia e efetivação de direitos, haja vista não precisar ser provocado para atuar em prol de sua concretização. No caso da saúde, em virtude de sua forte associação ao direito à vida, primam por soluções céleres, o que amplia a relevância da atuação do Ministério Público nessa seara (ASSENSI, 2010. p.37).

no Estado de Minas Gerais saltou de R\$ 8,5 milhões, em 2005, para R\$ 42,5 milhões, no ano de 2008.

As pesquisas supracitadas revelam que ainda há dificuldades de acesso da população aos medicamentos, pertencentes ou não as listas oficiais do SUS, para diversos tipos de indicações terapêuticas, sendo, por isso, compreensível que o cidadão continue a buscar formas mais rápidas e efetivas de acesso aos medicamentos, como revelam os mecanismos de acesso à justiça (PEPE et al., 2010b).

O fenômeno da judicialização da saúde mostra-se evidente no cenário contemporâneo e revela-se em consequência das demandas sociais reprimidas, sendo para a população brasileira uma via alternativa de pressão pela efetivação de direitos e, em algumas vezes, também de elaboração de políticas. Neste contexto, pode-se afirmar que os juízes tornaram-se protagonista na defesa da cidadania e formuladores de políticas públicas (SIERRA; REBOUÇAS, 2011).

Para Fleury (2012), devido e mediante a preponderância do Estado liberal sobre o Estado social, o fenômeno da judicialização pode salvar o SUS das ameaças ao retrocesso. Um retrocesso que, segundo esta autora, implicará na perda da garantia do direito universal a saúde, caso continue deixando ao setor privado a gestão pública. A judicialização do direito à saúde, nesse sentido, e para Santos (2011), representa uma cultura democrática, mesmo que estando exercida em condições desfavoráveis.

Entretanto, não se pode comprovar até que ponto a busca do acesso à saúde pelas instâncias jurídicas pode ser uma alternativa de acesso eficiente ao funcionamento da política de saúde, pois, é fato, que a desigualdade no acesso ainda persiste como mostra a pesquisa de Garcia et al. (2013) que, com base nos estudos de microdados das Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no período entre 2002-2003 e 2008-2009, foi constatado que os medicamentos representam a maior despesas do gasto total das famílias, impactando significativamente no orçamento, principalmente, daquelas que possuem menor renda. Em 2007, Oliveira et al. (2007) apontam que apenas 10% da população mundial consomem 90% da produção de medicamentos, apontando também a iniquidade no acesso.

A pesquisa de Machado et al. (2011) de 827 processos judiciais com pedidos de 1.777 medicamentos no Estado de Minas Gerais, no período entre julho de 2005 a

junho de 2006, comprova que os pacientes que recorreram ao Poder Judiciário tinham melhores condições socioeconômicas, arcando com as despesas processuais, além de terem maior conhecimento de seus direitos. Da mesma forma, Chieffi e Barata (2009) na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, realizada no ano de 2006, constaram que, de um total de 3.007 processos judiciais com demandas de medicamentos, as ações judiciais têm privilegiado as pessoas residentes em áreas com baixa ou sem nenhuma vulnerabilidade social e, por conseguinte, não há medicamentos para quem utiliza exclusiva ou preferencialmente o sistema público de saúde e depende do fornecimento gratuito de medicamentos. Neste sentido, pode se inferir que as demandas judiciais tuteladas individualmente poderiam estar agravando a iniquidade no acesso à saúde de um sistema que é marcado por desigualdades de acesso desde a sua constituição (MACHADO et al., 2011; CHIEFFI; BARATA, 2009).

Marques da Silva e Alves (2014), que analisam a judicialização da saúde no município de Campos dos Goytacazes, por meio de 101 processos com pedidos de medicamentos provenientes da Defensoria Pública do Estado Rio de Janeiro e de 31 com caráter de Mandado Judicial, presentes na Secretaria Municipal de Saúde, no período de março de 2011 até março 2012, mostraram que o poder judiciário tem garantido a universalidade e integralidade na obtenção dos medicamentos, mas, poderá estar agravando as iniquidades no acesso à saúde, ao não se utilizar da obtenção de dados socioeconômicos para a sua tomada de decisão.

Esses dados complexificam ainda mais, ao se considerar os problemas que incorrem a gestão da assistência farmacêutica, na qual a ágil resposta das demandas judiciais, não previstas no planejamento das ações e serviços de saúde, interfere no ciclo da assistência farmacêutica²², especificamente, na primeira etapa, pois, há a supressão da etapa “seleção” para atender a demanda estabelecida judicialmente (PEPE et al., 2010a). Ocorre que a recorrência dos medicamentos favorecidos pelas ações judiciais, com introdução e utilização de novas tecnologias sem maiores questionamentos, gera dúvidas se realmente essa introdução irá restabelecer a saúde do paciente com segurança e qualidade ou se a introdução está sendo gerada para o fortalecimento da indústria farmacêutica (CHIEFFI; BARATA, 2010; PEPE et al.,

²² A Assistência Farmacêutica pode ser entendida como um conjunto de atividades sistêmicas articuladas como um ciclo, que se sucedem e só se completam na medida em que a atividade anterior for adequadamente realizada. Neste ciclo, incluem-se as seguintes atividades: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (que abrange a prescrição, a dispensação e o uso) (PEPE et al., 2010a: p.2407).

2010a). Neste caso, cabe considerar, também, o entendimento de que os problemas de gestão envolvem os limites orçamentários para atender todas as demandas judiciais individuais de medicamentos e as que compõem as demandas coletivas de saúde no âmbito administrativo (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Deste modo, estabelece-se uma tensão entre o Poder Judiciário, cuja atribuição constitucional é fazer cumprir as leis que garantem o direito dos cidadãos aos medicamentos, e o Poder Executivo que tem como atribuições estabelecer e executar políticas que deem cumprimento às leis produzidas pelo Poder Legislativo, de forma que permita à sociedade o acesso efetivo e equânime à assistência farmacêutica (PEPE et al., 2010b. p.462).

Nos últimos anos, nota-se a mobilização de diversos atores, ressaltando a atuação dos três entes da federação (Poder Judiciário, Poder Legislativo e Poder Executivo) com propostas para melhor efetivar o direito a assistência farmacêutica (TORRES, 2013). Assim, em 2009, com a interlocução entre operadores da saúde e operadores da justiça e após a realização de uma Audiência Pública no Supremo Tribunal Federal, criou-se a Resolução nº 31/2010 do Conselho Nacional de Justiça, determinando que cada estado estabelecesse um Comitê Executivo e compusesse o Fórum Nacional da Saúde para o monitoramento e solução de demandas judiciais relativas à assistência à saúde (PEPE et al., 2010a; TORRES, 2013). Também, foi recomendado pelo Conselho Nacional de Justiça que os operadores do direito evitassem autorizar medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, e, que antes da apreciação de medidas de urgência, ouvissem o parecer técnico dos operadores da saúde (TORRES, 2013).

No âmbito do Poder Legislativo destaca-se, respectivamente, a publicação da Lei Federal nº12401/11, que regulamentou a assistência terapêutica integral no SUS, e da Lei Complementar nº141/2012 que regulamentou a Emenda Constitucional nº29/00, para definição das questões orçamentário-financeiras, transferências dos recursos entre os entes federativos, controle e fiscalização dos recursos do SUS (BRASIL, 2011a; 2012). Em relação às ações do Poder Executivo, pode-se mencionar a criação da Comissão Nacional para Incorporação de Tecnologias (CONITEC), que objetivou aprimorar a instância regulatória e possibilitar a transparência para o processo de incorporação de tecnologias no SUS; a revisão permanente da RENAME e a ampliação do elenco de medicamentos ofertados, ações pautadas no uso da evidência científica para a tomada de decisão.

No entanto, apesar dos avanços normativos e das intervenções dos atores supracitados, a judicialização ainda gera grande desconforto e pode estar longe de equacionar as questões que as envolvem (DAVID; COELHO, 2014). Faz-se necessário, portanto, o estudo aprofundado dos limites e possibilidades que restam à intervenção no acesso a saúde de modo geral, já que não há qualquer indicativo de redução do acelerado crescimento do número de ações, e, também não se percebe com clareza como a atuação judicial, referentes às demandas individuais por medicamentos, pode contribuir para romper com as barreiras que dificultam a progressiva efetivação da proposta constitucional para a área da saúde (DAVID; COELHO, 2014).

Conforme ressalta Ventura et al. (2010), existe no conflito entre operadores da justiça e da saúde um consenso, que se define pela possibilidade de exigir judicialmente dos operadores da saúde a implementação das políticas públicas, assim como, sua adequação às diretrizes, princípios e conteúdos determinados na Constituição Federal e leis infraconstitucionais. No entanto, também há divergências no debate que envolve a judicialização da saúde, remetendo a definição de como as prestações genéricas devem ser cumpridas especificamente pelo Estado, no discernimento dos limites e dos meios legais e eticamente válidos de exigí-las, caso não forem cumpridas (VENTURA et al., 2010).

3.2 Decisões Judiciais de medicamentos: Por uma Justiça Distributiva ou Justiça Comutativa?

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu um enorme elenco de direitos sociais, dentre eles o direito a saúde, os quais foram considerados típicos direitos às prestações e apontam as ações fáticas ou ações normativas por parte do Estado (CITTADINO, 2009). É importante destacar nesse processo que os objetivos dos Constitucionalistas-Comunitaristas, após a ditadura militar, não estava pautada nos interesses do Estado liberal, comprometidos com a defesa dos velhos direitos subjetivos individuais, mas, ao contrário, a pretensão era conformar um Estado de bem estar social, no molde europeu e em outras normas, mediante a previsão constitucional que se pauta na ampliação do sistema de direitos constitucionais, nos

mecanismos jurídicos²³ relativos ao controle das omissões do poder público e numa atuação política do poder judiciário. O seu objetivo fundamental era, enfim, implementar uma justiça distributiva (CITTADINO, 2009).

A consequência deste compromisso comunitário com uma atuação jurisdicional criativa, que atenda as expectativas judiciais da sociedade brasileira, se revela precisamente na exigência de apreciação judicial das questões que envolvem lesão ou ameaça do direito individual ou coletivo. Em outras palavras, quando se trata da interpretação do ordenamento constitucional e do sistema normativo por ele presidido com vista ao exame de violação ou ameaça aos direitos fundamentais, não pode deixar de haver apreciação judiciária, sob pena de violação do preceito constitucional segundo a qual *a lei não excluirá da apreciação do poder judiciário a lesão ou a ameaça ao direito*. (CITTADINO, 2009).

No contexto atual, é frequente a busca do poder judiciário para avaliar se as determinações do executivo estão em consonância com a lei. Além disso, embora a Constituição tenha característica comunitarista e de favorecimento da justiça distributiva, a cultura jurídica está comprometida com o liberalismo, efetivando principalmente os direitos civis e políticos e não propriamente os sociais e econômicos, como veremos a seguir. Outra questão que se coloca é a atuação do poder judiciário, abdicando-se da função de funcionários do governo, como entendida por Montesquieu, para atuar como atores políticos. Todas estas questões têm provocado discussão no campo das Ciências Sociais (SIERRA, 2011), sendo ora entendida por uma intromissão da política, ora pelo controle de constitucionalidade.

Assim, o acesso ao Poder Judiciário, ao mesmo tempo em que é entendido como forma de exercício da cidadania, e parte do processo político democrático, é, também, alvo de críticas pela intromissão nos processos de deliberação política. Este último, sob o argumento de que a esfera pública é um espaço legítimo de participação e esta atuação do Poder judiciário tem descaracterizado o problema em âmbito coletivo, enraizado, obtendo como efeito o esvaziamento da participação em outros espaços (SIERRA, 2011).

A expansão dos processos judiciais, principalmente no que remete às demandas específicas de medicamentos, revela-se como desafio para o sistema judiciário, que sempre atuou no âmbito da microjustiça, na resolução de casos

²³ A autora destaca como mecanismos jurídicos ressaltados na Constituição Federal de 1988: o mandato de segurança coletivo, a ação popular, o mandato de injunção, as ações de inconstitucionalidade por omissão, e, a possibilidade de denúncia de irregularidade ou ilegalidade ao Tribunal de Contas da União (CITTADINO, 2009).

concretos e, então, passa a ver as suas tomadas de decisão imersas na provisão de bens providos pelo Estado com recursos públicos e a ter que buscar novos critérios (AMARAL, 2001; BORGES; UGÁ, 2009), sob pena de comprometer o acesso à saúde em âmbito coletivo.

Constitucionalistas e filósofos passaram a debater as formas de implementação e de estabelecimento de possibilidades, do ponto de vista do direito, objetivando configurar uma sociedade justa (CITTADINO, 2009). Marques da Silva e Alves (2013), abordando o tema 'justiça social', utilizam-se da teoria de justiça de Rawls (2003) para um dos entendimentos possíveis dos processos de distribuição do acesso aos bens e insumos públicos de saúde, considerando o conceito tríplice de universalidade, integralidade e equidade, numa visão de indissociabilidade. Nos moldes da teoria da justiça de Rawls (2003) dois 'princípios de justiça' devem governar a estrutura básica de uma sociedade democrática. São eles: 1) cada pessoa tem direito a liberdades e direitos básicos iguais; 2) as desigualdades sociais e econômicas devem estar vinculadas a cargos e posições acessíveis a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades, proporcionando mais vantagens aos membros menos favorecidos da sociedade (RAWLS, 2003).

No primeiro princípio, considerando a garantia das liberdades básicas concebe-se a justiça comutativa e, nestes termos, prioriza-se a manutenção da igualdade nas trocas e do equilíbrio entre os iguais. No segundo princípio, a justiça social estaria combinada à distribuição de renda e riqueza ou oportunidades, constituindo-se na prioridade da justiça diante da eficiência do bem-estar, ou seja, corresponderia à justiça distributiva, aplicando-se aos desiguais as suas necessidades desiguais. Com base neste princípio, que considera as desigualdades, será aceitável como justa, ou seja, quando trouxer vantagens para todos, a começar dos mais desfavorecidos pela sorte (RAWLS, 2003). Portanto, neste último princípio, ao associar a distribuição dos bens e serviços públicos com justiça distributiva, estaria mais de acordo com os princípios do SUS, principalmente no que se refere à equidade da atenção em saúde (MARQUES DA SILVA; ALVES, 2013). Segundo as autoras, outros autores que trabalham este tema podem, também, levar a um entendimento melhor possível dos três princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade, considerando-os a partir de um conceito tríplice indissociável.

Nas análises de Escorel (2008) sobre equidade do SUS, nota-se que no campo das políticas públicas, principalmente da saúde, as necessidades são sempre

diferentes, sendo necessário avaliar caso por caso. A autora (ESCOREL, 2008) menciona que a igualdade de condições parece algo impossível (e indesejável) de ser atingido, pois, em uma situação hipotética, se o SUS oferecesse o mesmo atendimento para todas as pessoas do mesmo modo, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias, além de contribuir para manutenção da desigualdade. Neste sentido, ratifica que as políticas que se pretendem equitativas serão sempre imprescindíveis, e, mesmo no caso de uma distribuição desigual, pretendendo-se privilegiar as pessoas e grupos desiguais (mais para quem tem menos) atingiríamos uma situação de igualdade, em que todos teriam acesso às mesmas coisas, fossem elas bens e serviços ou oportunidades, e, conseqüentemente, estaria no mesmo patamar de igualdade, mas, ainda assim será necessário não prescindir dos critérios de justiça (ESCOREL, 2008).

Nesse entendimento, as decisões judiciais sobre conflitos que envolvem bens providos com recursos públicos não podem seguir os mesmos critérios daquelas sobre bens privados, devendo-se levar em conta princípios da justiça distributiva (BORGES; UGÁ, 2009). Contudo, de acordo com Cittadino (1999) o pensamento jurídico brasileiro tem se mostrado muito mais positivista e comprometido com a defesa de um sistema de direitos voltado à garantia do direito privado dos cidadãos. Em outros termos, apesar da Constituição Federal/1988 ter priorizado os valores da igualdade e da dignidade humana, a cultura jurídica, neste país, está intrinsecamente comprometida com o liberalismo *modus vivendi*, ao priorizar o atendimento das ações e serviços que visam efetivar os direitos civis e políticos, e pouco se preocupar com a efetivação dos direitos sociais e econômicos.

Nesse processo, Ventura et al. (2010) observa uma tensão interna no sistema de assistência à saúde sobre a demanda judicial, já que envolve diversos atores, conhecimentos e responsabilidade éticas e legais para o cumprimento do direito, sendo notável na análise dos processos judiciais com demandas de saúde que a responsabilidade dos profissionais de saúde é analisada de forma subjetiva, ao passo que a responsabilidade do Estado é objetiva. Na primeira, a reclamação pelo autor da ação judicial deve comprovar que o profissional não agiu conforme as boas práticas e que cometeu algum erro, imperícia ou negligência ao prescrever o medicamento, por exemplo, e, que lhe causou danos. Na segunda, pelo dever do Estado no cumprimento do direito à saúde, o reivindicante deve apenas comprovar a relação causal efetiva entre a omissão e ação do Estado e o dano reclamado pelo cidadão.

Na ótica de Ventura et al. (2010. p.86), são três os argumentos utilizados para a eficácia do direito à saúde, que, inclusive, desdobram em análises acerca das possibilidades da atuação do Judiciário na determinação de prestações a serem cumpridas pelo SUS.

1) Uma primeira posição entende que a eficácia desse direito deve ser restrita aos serviços e insumos disponíveis do SUS, determinados pelo gestor público; 2) Uma segunda compreende que o direito à saúde implica garantia do direito à vida e integridade física do indivíduo, devendo o Judiciário considerar a autoridade absoluta do médico que assiste ao autor da ação judicial, obrigando o SUS a fornecer o tratamento indicado; 3) Uma terceira posição defende que a eficácia do direito à saúde necessita ser a mais ampla possível, devendo o Judiciário – na análise do caso concreto – ponderar direitos, bens e interesses em jogo, para fixar o conteúdo da prestação devida pelo Estado (VENTURA et al., 2010. p.86).

A última alternativa é a que melhor se aplica às questões que envolvem simultaneamente o acesso à saúde e à justiça, pois os operadores da justiça buscam o embasamento técnico com base na Carta Constitucional, mas também, nos protocolos clínicos e leis que embasam o SUS (VENTURA et al., 2010). Os operadores do direito, neste caso, levam em conta as alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS, em que também podem atender às necessidades do demandante, sem prejuízos significativos para seu bem-estar; e a prescrição médica individual requerida, em que recobra atenção para a comparação ao que há disponível no SUS e as evidências científicas, no questionamento de que aquele insumo requerido é realmente o único meio eficiente para garantir a saúde do demandante (VENTURA et al., 2010).

O trabalho de TORRES (2013), uma recente revisão sistemática de artigos científicos que aborda a judicialização do acesso a medicamentos, aponta que há uma importante quantidade de estudos realizados, possibilitando observar no panorama que envolve o tema as características que figuram as demandas judiciais. Esse trabalho vai ao encontro da pesquisa realizada por Pepe et al. (2010a), em 2010, ao demonstrar, que os trabalhos científicos, referentes a judicialização de medicamentos, nas diversas regiões do país, mostram que os processos judiciais que tem como objeto o acesso aos medicamentos apresentam características comuns e contraditórios. Estes resultados como de suma relevância para o entendimento do fenômeno da judicialização em âmbito nacional serão rapidamente apontados no próximo item.

3.3 Processos judiciais individuais de medicamentos baseados em pesquisas empíricas.

Com base nas pesquisas empíricas que tiveram acesso a processos judiciais (SANT'ANA et al., 2011a; CHIEFFI; BARATA, 2009, MACHADO et. al., 2011) é possível perceber que a demanda mais recorrente no âmbito da saúde é constituída por pedidos individuais e coletivos, de medicamentos. Entretanto, visualiza-se que os cidadãos buscam individualmente nas instâncias jurídicas a efetivação do seu direito a saúde pelo Estado com base na prescrição médica e na suposta urgência de obter o insumo prescrito pelo profissional de saúde (MESSEDER et al., 2005)

Ocorre que as prescrições médicas abrangem os medicamentos para as mais variadas indicações terapêuticas (MESSEDER et al., 2005), que, na maioria das vezes, não correspondem as listas oficiais do SUS (protocolos clínicos, lista de seleção ou financiamento); ou possuem indicação de uso *off label*²⁴; ou são desprovidos do registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e/ou até mesmo estão sendo testados em ensaios clínicos (SANT'ANA et. al., 2011a). As prescrições médicas, provenientes tanto de receituários do SUS (VIEIRA e ZUCCHI, 2007) como de receituários de setores privados (CHIEFFI; BARATA, 2009) apontam estes medicamentos, e têm sido concedidos por ações judiciais individuais, mesmo o SUS tendo um número considerável de alternativas terapêuticas²⁵ (MACHADO et. al., 2011).

Esses estudos provocam questionamentos pela diversidade de medicamentos requeridos por processos judiciais, como se estes estão sendo requeridos pela “necessidade de saúde” ou pelo estímulo das indústrias de insumos que, objetivando a inserção no mercado, incentivariam a judicialização do acesso aos seus produtos. Segundo Chieffi e Barata (2010), as indústrias farmacêuticas comandam os processos judiciais por meio das propagandas com os produtos exclusivos e com estímulo à prescrição médica para que o paciente tenha que requerer o produto ofertado por elas.

²⁴ Indicação de uso *off label* se refere aos medicamentos que são prescritos para uma indicação diferente daquela que foi autorizada pelo órgão regulador de medicamentos em um país (PAULA, 2010).

²⁵ Alternativa terapêutica corresponde aos medicamentos pertencentes às listas de financiamento público que possam ser intercambiáveis com os medicamentos demandados judicialmente. É recomendável considerar alternativa terapêutica aos medicamentos de mesmo subgrupo farmacológico do Sistema de Classificação ATC e para a mesma indicação terapêutica (MACHADO et al., 2010).

Observa-se, então, uma pressão para que o sistema de saúde selecione e incorpore determinado medicamento para as listas estabelecidas pelas instâncias do SUS, de forma a ajustar o ciclo da assistência farmacêutica à demanda judicial (PEPE et al., 2010b). Foi identificada a incorporação dos medicamentos de AIDS, em 1997, na Secretaria do Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (MESSEDER et al., 2005), e dos medicamentos de insulina glargina, em 2005, adalimumabe e etanercepte, em 2006, bosentana e sildenafil I, em 2009, que foram sucessivamente inclusos nos programas da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, após passarem por processos judiciais (MACHADO et. al., 2011). Assim essas ações facilitam “a criação de uma estrutura paralela para seu acompanhamento, procedimentos de compras não usuais na administração pública e o maior gasto na aquisição destes medicamentos” (PEPE et al., 2010a).

Assim, as ações judiciais têm sido um importante caminho para a incorporação de diversos medicamentos no mercado (PEPE et al., 2010a) desde o mais básico até o mais complexo. O SUS no atendimento da atenção integral da saúde atende tanto às necessidades básicas, que referem o tratamento de doenças crônicas, até as mais supérfluas, como as que envolvem tratamento de estética.

A saúde passa a ser vista como um bem de consumo e, mais do que isto, como um modelo de consumo caracterizado pela ausência da dor e do sofrimento, busca inesgotável do prazer e da construção no próprio corpo de um padrão estético de beleza a ser atingido por meio de sucessivas intervenções (das tatuagens às cirurgias plásticas, passando pelas vitaminas e anabolizantes) (FLEURY, 2009. p.749).

Neste contexto, observa-se uma atuação incipiente do Estado Brasileiro na garantia do acesso aos bens e serviços de saúde, principalmente da proteção à saúde da população, ao considerarmos os diversos exemplos de medicamentos inovadores que são retirados do mercado por algum tempo de uso (PEPE et al., 2010a). As autoras (PEPE et al., 2010a) citam como exemplo o anti-inflamatório Coxibe, que foi retirado do mercado internacional e nacional, indicando uma fragilidade ainda existente nos métodos científicos disponíveis para constatação de risco para a saúde relacionados ao uso dessas substâncias.

Este aumento das ações judiciais individuais para as mais diversas ações, serviços e obtenção de insumos de saúde tem sido objetivada, ora por meio dos representados judicialmente pela Defensoria Pública, ora pelos advogados privados. Nas pesquisas de Viera e Zuchi (2007), Chieffi e Barata (2010), no Estado de São

Paulo, e de Machado et al. (2011), no Estado de Minas Gerais, a maioria dos impetrantes das ações judiciais eram de advogados particulares. Já Messeder et. al. (2005), no Estado do Rio de Janeiro, e Romero (2008), no Distrito Federal, encontraram representação judicial pela Defensoria Pública, o que mostra hipossuficiência da pessoa como um requisito para ser atendido.

A maioria dessas ações judiciais é concedida por liminar e/ou concessão de tutela antecipada, e, posteriormente, elas são ratificadas nas sentenças por decisões favoráveis ao autor, sem analisar a real eficácia da terapêutica demandada ou, ao menos, questionar se as prescrições médicas são provenientes do SUS ou não, e/ou se há autenticidade do documento apresentado (SANT'ANA, 2011a; ROMERO, 2008; MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007; MESSEDER et al., 2005; CHIEFFI; BARATA, 2009). O pressuposto utilizado pelos juízes é que se deve garantir o acesso às demandas de saúde, baseados na “afirmação do direito à saúde e à assistência farmacêutica como direitos universais e integrais contidos no arcabouço legal” (Constituição Federal/1988 e a Lei Orgânica da Saúde/1990) (MARQUES; DALLARI, 2007. p.105).

Ajuizada uma ação, os gestores do SUS são obrigados ao cumprimento da demanda solicitada e ao fornecimento de medicamentos que, frequentemente, não estão de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelos gestores do SUS ou não estão inclusos nas listas de medicamentos do SUS (SANT'ANA, 2009; ROMERO, 2008; MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007; MESSEDER et al., 2005). Em algumas vezes, são obrigados a efetuar a compra no laboratório indicado, sem nenhuma possibilidade de negociação de preços, já que pertencem a um único laboratório (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Os réus mais citados nas ações judiciais de medicamentos, dentre os três entes federativos, foi o Estado, destacando-se o Estado de Minas Gerais na pesquisa de Machado et. al. (2010), e o Estado do Rio de Janeiro, nas pesquisas de Sant' Ana (2011a), na de Pepe et al. (2010a) e na de Messeder et al. (2005). Outros trabalhos, como os de Romero (2008), no Distrito Federal, Marques, e Dallari (2007), no Estado de São Paulo, citam o secretário de saúde como réu, o que implica a responsabilidade do município em atendê-las. Entretanto, no trabalho de Machado et al. (2010) nota-se que, apesar dos medicamentos do componente especializado ser de responsabilidade do Estado e do Ministério da Saúde, os municípios tem sido frequentemente

acionados como réus, e, concedida liminar, mesmo não sendo de sua competência, estão sendo acionados a cumpri-la, implicando em prejuízo na alocação dos recursos para a compra de medicamentos no município.

A partir do deferimento das ações judiciais, estes estudos apontam que “o melhor momento para se contestar/recorrer da decisão judicial sobre se a prescrição médica apresentada é adequada ou não ao paciente-reivindicante é no momento em que o gestor é intimado para cumprimento da ordem judicial liminar” (PEPE et al., 2010a). Contudo, recorrer da decisão liminar requer embasamento técnico adequado, de forma a garantir a segurança do paciente nos casos de uso de medicamentos não registrados, importados, de uso *off label* ou em pesquisa clínica, é considerado uma estratégia processual e política adequada e necessária (PEPE et al., 2010b). Inclusive, essas recomendações estão ressaltadas na Resolução 31/2012 do STF (PEPE et al., 2010b).

Nestes termos, os operadores da saúde e operadores da justiça têm contribuído para intensificação do fenômeno da judicialização da saúde e para a proliferação das distorções provocadas por ele (SANT’ ANA et al., 2011a). Os operadores da saúde falham no fornecimento dos medicamentos, com poucos recursos financeiros para gestar a saúde (SANT’ ANA et al., 2011a; BAPTISTA et al., 2009; VIEIRA, 2008); Os operadores do direito, na maioria das vezes, desconsideram a importância da política de assistência farmacêutica, enquanto instrumentos racionais e legítimos para alocação de recursos (SANT’ ANA et al., 2011a; BORGES; UGÁ, 2010, CHIEFFI; BARATA, 2009); O cidadão, ao não conseguir acessar os serviços sociais, via políticas sociais, vê a possibilidade de recorrer à Justiça como um recurso à efetivação do direito à saúde e, no limite, à sobrevivência. (SIERRA; REBOUÇAS, 2011).

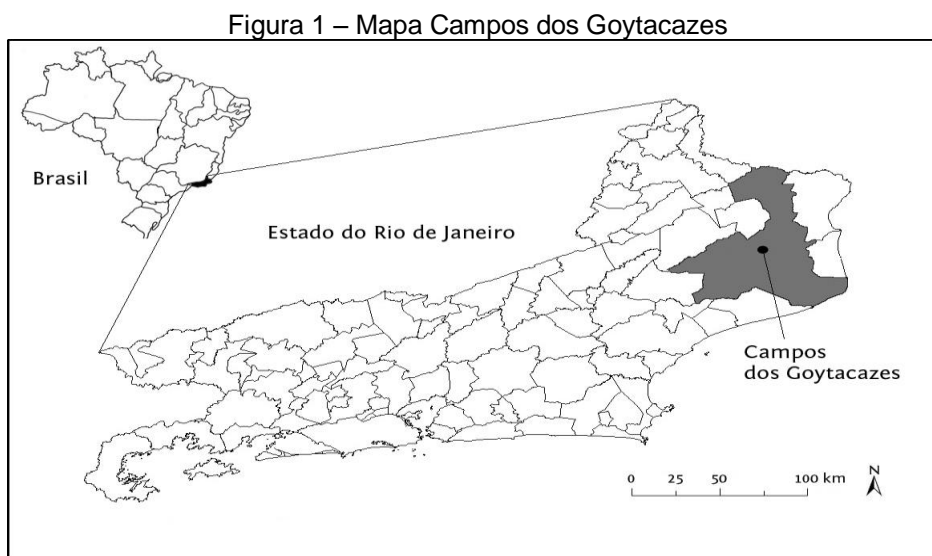
De acordo com Torres (2013) ainda há aspectos no âmbito da discussão da judicialização de medicamentos que não foram abordados, destacando que:

Pelo número reduzido de estudos que analisou as características sócio-demográficas, não se pode caracterizar o autor das demandas judiciais. Há indícios de que a judicialização esteja favorecendo indivíduos com boas condições sócio-econômicas, mas são necessários estudos mais abrangentes para traçar o perfil de demandante no país como um todo. Pela insuficiência de informações, não se pode afirmar que os valores gastos com a compra de medicamentos demandados judicialmente comprometam o orçamento do SUS. Também não se sabe ao certo qual o percentual de pacientes que recorreram ao Judiciário e que estavam cadastrados anteriormente na instância da saúde. Tampouco se sabe se os medicamentos que pertencem aos componentes da Política de Assistência Farmacêutica foram

demandados judicialmente por falhas na gestão ou porque constavam na mesma prescrição de um medicamento não-pertencente que motivou a demanda ou ainda por outro motivo (TORRES, 2013. p.78).

3.4 “Judicialização da Saúde” em Campos dos Goytacazes.

O município de Campos dos Goytacazes, localizado na região norte do Estado do Rio de Janeiro, possui quinze distritos e setenta e oito bairros. É grande em extensão, com uma área territorial total de 4026,696 km² ocupada por 463.731 habitantes, sendo a maioria de mulheres (243.472 habitantes) e residentes na área urbana (418.725 habitantes) (IBGE, 2010). O rendimento mediano mensal dos domicílios particulares permanente variou de R\$1.104,87 reais (correspondente, principalmente, à população rural) a R\$ 2.371,91 reais (correspondente, principalmente, à população urbana) (IBGE, 2010).



Fonte: Oliveira; Pedlowski (2012).

Possui, dentre outras fontes de recursos, uma renda proveniente da atividade petrolífera, destacando-se por ser um dos maiores produtores de petróleo do Brasil. Possui um orçamento anual de 1,4 bilhões de reais, sendo que 90% são referentes a *royalties* e às participações especiais da exploração de petróleo (OLIVEIRA; PEDLOWSKI, 2012). Entretanto, surpreendem-se as deficiências nos investimentos em diversos setores econômicos e sociais do município (OLIVEIRA; PEDLOWSKI, 2012).

De acordo com Oliveira e Pedlowski (2012), o município de Campos dos Goytacazes possui deficiência nos serviços públicos da competência direta do poder

público local, verificando-se pouca melhoria do acesso oferecido à população. Como exemplo, estes autores citam o funcionamento dos postos de saúde, cujo serviço foi profundamente comprometido pela suspensão do Programa de Saúde da Família (PSF). A questão fica ainda mais complexa quando a análise remete às ofertas destes serviços nas áreas periféricas deste município.

No âmbito da Saúde, o Município de Campos dos Goytacazes possui 176 estabelecimento de saúde, sendo 1 estabelecimento estadual, 87 estabelecimentos público municipal e 88 estabelecimentos privados (IBGE, 2010).

O trabalho de Alves (2013), que objetivou analisar o fenômeno da judicialização da saúde, constatou-se que a judicialização tem sido a principal via de acesso aos medicamentos, decorrente de planejamento e gestão deficientes da Política de Saúde do Município. Cabe considerar que este município tem sua adesão ao SUS como Gestão Plena do Sistema Municipal desde 2009, o que implica, portanto, autonomia no planejamento e gestão de suas políticas de saúde, inclusive no tocante ao financiamento.

Neste município, o acesso à assistência farmacêutica ocorre por cinco vias: 1º) Farmácias Básicas existentes nas 69 Unidades Básicas de saúde (UBS) do município de Campos dos Goytacazes; 2º) Farmácia Central Municipal para os pacientes estas que não conseguiram medicamentos nas Farmácias Básicas das UBS. A Farmácia Central é a responsável pela distribuição dos medicamentos para as UBS, unidades de emergências e hospitais públicos geridos pelo poder público municipal; 3º) Farmácias Populares, com responsabilidade dos medicamentos necessários para o controle e tratamento de diabetes e hipertensão. É um projeto do Governo Federal em convênio com algumas drogarias do município; 4º) Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, em função de um Acordo de Cooperação com a Secretaria Municipal de Saúde²⁶ realizado no município, desde 2009, em que pacientes que necessitam de medicamentos não inclusos na REMUME são encaminhados para esta instância; 5º) Mandado Judicial, tanto para os casos de urgência na aquisição de medicamentos, como para os que tenham decorrido mais de 10 dias após solicitação na Defensoria Pública. Esta via tem sido a mais recomendável, pois há a obrigatoriedade - sem haver

²⁶ O Acordo inclui a lotação de uma farmacêutica com vínculo municipal, que é responsável pela avaliação de diversas solicitações na área da saúde (internação hospitalar, assistência farmacêutica, entre outros) que requerem intervenção dessa instância judiciária.

exigência de licitação e com permissão do Ministério Público - para a compra de medicamentos pela Secretaria Municipal de Saúde. No estudo de Alves (2013) não foi possível constatar se as ações do poder judiciário poderão estar agravando as iniquidades no acesso à saúde, e, por conseguinte, comprometendo a assistência farmacêutica.

Neste cenário, a literatura é unânime em requerer uma legítima interlocução entre os atores envolvidos (operadores do direito e da saúde) para que o direito à assistência terapêutica integral seja garantido (PEPE et al., 2010b; VIEIRA; ZUCCHI, 2008). Nesse sentido, as autoras Torres (2013) e Pepe et al., (2010b) sugerem que ainda se requer pesquisas empíricas e debates em torno da judicialização da saúde, para que se possa, de fato, intervir sobre a histórica dificuldade de acesso aos medicamentos no país. Inclusive, esses trabalhos aliados à análise realizada por Alves (2013), em âmbito local, justificaram a realização desta dissertação no aprofundamento da discussão acerca do fenômeno da judicialização da saúde e no acesso à assistência farmacêutica em Campos dos Goytacazes, que será tratado a seguir.

4 “JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE” NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES E O ACESSO A ASSISTENCIA FARMACEUTICA.

4.1 Metodologia da Pesquisa.

Tendo o fenômeno “judicialização da saúde” como objeto de estudo, a pesquisa empírica analítica apropria-se da abordagem metodológica weberiana para interpretar as decisões tomadas pelo Poder Executivo (Operadores da saúde) e do Judiciário (Operadores do direito), tendo como referência os princípios doutrinários de universalidade/equidade/integralidade do Sistema Único de Saúde, enquanto modelo ideal.

A escolha da metodologia weberiana para interpretar e compreender o objeto em questão deve-se ao entendimento de que a interpretação da ação deve tomar nota do fato fundamentalmente importante de que aquelas formações coletivas, que pertencem tanto ao pensamento do senso comum quanto do jurídico (ou de outras disciplinas), são representações de algo, que em parte existe e em parte pretende vigência, que se encontram na mente de pessoas reais (não apenas dos juízes e funcionários, mas também do “público”) e pelas quais se orientam suas ações. Como tais, têm importância causal enorme, muitas vezes até dominante, para desencadear as ações das pessoas reais. Isto se aplica especialmente às representações de algo que deve ter vigência (ou não deve ter) (WEBER, 1998).

A análise aprofunda os estudos já realizados no município de Campos dos Goytacazes no trabalho de Alves (2013). Assim, a partir da análise dos discursos, das práticas, dos agentes e dos documentos normativos e processos judiciais busca-se compreender as tomadas de decisão dos operadores do direito e da saúde, e se elas são norteadas pelos princípios doutrinários do SUS (universalidade/integralidade e equidade) e/ou por outros fatores, como a influência da indústria de insumos e/ou dos próprios profissionais envolvidos na ação.

Nestas condições, a pesquisa foca nos processos judiciais, prioritariamente no que se refere ao acesso individual da assistência farmacêutica, na Comarca de Campos dos Goytacazes, no período de janeiro à dezembro no ano de 2013. A escolha pela busca dos processos neste período justificou-se por objetivar analisar o processo desde o status inicial da ação judicial até o status ação judicial julgada.

O campo de análise foi o Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde e as Varas Cíveis (5) do Fórum de Justiça. Ressalta-se que não seria possível a análise destes processos somente no Fórum de Justiça, pois, os processos nesta instituição são organizados por nome e por número, e não por assunto. O formulário pré-elaborado foi aplicado nos respectivos campos como unidade de análise.

A partir de formulário pré-elaborado foi possível obter informações contidas nos processos judiciais individuais para fornecimento de medicamento, movido pelo cidadão contra o Município de Campos dos Goytacazes. O objetivo, com essa técnica, foi aprofundar as análises do objeto de estudo baseado nas pesquisas já realizadas. O manual de “Indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos” (PEPE, 2011) foi utilizado como instrumento norteador da análise dos processos.

Objetivando identificar o perfil dos demandantes das ações judiciais, que são, ao mesmo tempo, segmentos que requerem maior atenção da Política de Assistência Farmacêutica, analisou-se, a partir da dimensão 1, as iniquidades no acesso a medicamentos por ‘Características sócio-demográficas do autor da ação judicial’ (PEPE, 2011), partindo das seguintes variáveis: 1) Renda familiar mensal per capita; 2) Faixa etária; 3) Ocupação; 4) Município e Bairro de domicílio; 5) Representante do autor da ação.

Nas dimensões 2 e 3, ao observar as ‘Características processuais das ações judiciais’ (2) e as ‘Características médico-sanitárias das ações judiciais’ (3) (PEPE, 2011), a partir das variáveis abaixo mencionadas, foi possível a análise das decisões tomadas pelos operadores do direito e operadores da saúde, tendo como base as leis nacionais e locais. Nestas duas dimensões, também se observam variáveis que dimensionam se há a influência da indústria farmacêutica ou dos próprios profissionais no processo da judicialização da saúde.

Para a dimensão 2, as decisões dos operadores do direito e dos operadores da saúde foram verificadas, a partir das seguintes variáveis: 1) Número do processo na primeira instância; 2) Número do processo na segunda instância; 3) Vara de origem (na comarca de Campos dos Goytacazes)²⁷; 4) Ações judiciais por representação do

²⁷ Vara de Origem é uma divisão na estrutura judiciária que corresponde à jurisdição de juiz de direito e pode indicar também a matéria de sua competência, p.ex., vara cível, vara de fazenda pública, etc.

autor da ação; 5) Gratuidade de justiça; 5) Réu citado (Apesar de ser no município, faz menção a União ou Estado); 6) Concessão da liminar ou antecipação de tutela²⁸; 7) Tempo mediano de decisão liminar ou antecipação de tutela na primeira instância; 8) Exigência judicial²⁹ (laudo, prescrição do SUS, exames complementares, perícia); 9) Tempo mediano da intimação da instância da saúde; 10) Tempo mediano de entrega do medicamento; 11) Decisão judicial na primeira instância (sentença do juiz)³⁰; 11) Argumentação jurídica para decisão; 12) Recurso do réu; 13) Decisão judicial na segunda instância (acórdão)³¹; 14) Argumentação jurídica para decisão.

Na dimensão 3, observou-se as decisões dos operadores da saúde ao verificar:

1) Solicitação extrajudicial de medicamento à instância de saúde anterior ao processo judicial de medicamento a partir do cadastro do paciente na instância de saúde ou do comprovante de entrega da medicação; 2) Diagnóstico principal segundo a Classificação Internacional de Doença – 10ª Revisão (CID 10); 3) Origem da prescrição de medicamentos de acordo com a natureza jurídica do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (SUS/não SUS; hospital universitário) 4) Medicamentos por subgrupos terapêutico/farmacológico/substância química do Sistema de Classificação Anatômica Terapêutica e Química (ATC); 5) Medicamentos prescritos pelo nome genérico³²; 6) Medicamentos requeridos que figuram nas listas da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) na versão 2013 e a Lista da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) na versão 2013; 7) Ações judiciais contendo documentos adicionais, que não a prescrição de medicamentos (qualquer documento, médico, clínico ou legal); 8) Medicamentos

As Varas especializadas nascem conforme o número de demandas de determinada natureza (PEPE et al., 2011. p.61).

²⁸ Antecipação de tutela ou concessão liminar é o tipo de decisão judicial que antecipa um ou mais pedidos feitos pelo autor na ação. Exige alguns requisitos, como a possibilidade de que a demora no julgamento da causa resulte em prejuízo irreparável ao autor (*periculum in mora*), bem como a existência de provas que convençam o juiz da veracidade da alegação e possibilidade jurídica do pedido (*fumus boni iuris* – fumaça do bom direito). Neste sentido, entendeu-se que devem ser exigidos documentos que comprovem o cumprimento desses requisitos pelo autor (PEPE et al., 2011. p.59).

²⁹ Exigências para a concessão da antecipação de tutela ou concessão da liminar: solicitação de provas e documentos adicionais aos apensados na petição inicial (PEPE et al., 2011. p.60).

³⁰ Sentenças são as decisões judiciais finais proferidas à conclusão do processo em primeira instância. Cabe recurso à segunda instância (PEPE et al., 2011. p.61).

³¹ Acórdão é a decisão judicial final proferida quando da conclusão do processo em instância colegiada superior, como nas Câmaras dos Tribunais de Justiça (2.ª instância), Superior Tribunal de Justiça (STJ) ou Supremo Tribunal Federal (STF) (PEPE et al., 2011. p. 59).

³² Considera-se nome genérico o utilizado na Denominação Comum Brasileira ou Denominação Comum Internacional, conforme a Resolução RDC ANVISA nº 211/2006 e a Lei 9787/99 (Brasil, 2006; Brasil, 1999 apud Pepe et al, 2011. p.62).

demandados com alternativa terapêutica³³ no Sistema Único de Saúde; 9) Gastos dos medicamentos demandados.

No que se refere aos efeitos à gestão e planejamento da política de saúde, em específico a assistência farmacêutica, utilizou-se a dimensão 4. Nessa dimensão, as 'Características político-administrativas das ações judiciais' são destacadas, ao ressaltar os aspectos relacionados às competências executivas, administrativas e econômicas da Administração Pública. A análise tem por base, também, as regulamentações infraconstitucionais para definir: 1) Prescrição de medicamentos para indicação de uso *off label*³⁴; 2) Medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 3) Medicamentos, por componente do bloco de financiamento da assistência farmacêutica³⁵; 4) Medicamento que esteja fora dos componentes do bloco de financiamento da assistência Farmacêutica; 5) Medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica³⁶.

Ressalta-se que a pesquisa passou pela aprovação do comitê de ética e pela aprovação dos profissionais do Sistema de Saúde e do Sistema de Justiça, resguardando todo o sigilo das informações. Esses dados, após coletados, foram tabulados e calculados com auxílio do sistema IBM SPSS, versão 2013. O objetivo é responder as questões que norteiam nosso objeto de pesquisa a partir do cruzamento dos dados.

Assim, fundamentados na dimensão sociológica do tipo ideal pela tríade universalidade/equidade/integralidade do SUS e orientados conscientemente por um sentido e uma realidade concreta, buscou-se compreender a ação racional da tomada

³³ Alternativa Terapêutica são os medicamentos pertencentes às listas de financiamento público que possam ser intercambiáveis com os medicamentos demandados judicialmente. Sugere-se considerar alternativa terapêutica, os medicamentos de mesmo subgrupo farmacológico do Sistema de Classificação ATC, para a mesma indicação terapêutica (Machado, 2010 apud Pepe et al., 2011. p.59).

³⁴ Prescrição para indicação de uso *off label* refere-se ao medicamento prescrito para uma indicação diferente daquela que foi autorizada pelo órgão regulador de medicamentos em um país (Paula, 2010 apud Pepe et al., 2011. p.62).

³⁵ Componente do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica refere-se as listas de financiamento pactuadas nas instâncias decisórias do Sistema Único de Saúde entre as esferas de governo. A Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007 regulamentou o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica em três componentes, que hoje são os componentes Básico, Estratégico e Especializado ((PEPE et al., 2011. p.59).

³⁶ O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. [Portaria GM/MS 298 de 26 de novembro de 2009, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)] (PEPE et al., 2011. p.61).

de decisão dos operadores do direito e da saúde e o fenômeno da judicialização da saúde.

Dessa forma, a partir da seleção dos processos, realizada na Secretaria Municipal de Saúde, foram identificados 166 processos judiciais com demanda de medicamentos no ano de 2013. Destes, o estudo do presente trabalho mostra os resultados da análise em profundidade de 63 processos na Secretaria Municipal de Saúde e de 44 processos no Fórum de Justiça.

Os processos analisados da Secretaria Municipal de Saúde foram os que estavam alocados no Departamento de Assistência Farmacêutica, instituição em que ficam os processos finalizados. Sem sistema informatizado, os processos estão em armários arquivos organizados por origem da instituição (Defensoria Pública e Fórum de Justiça) e por ordem alfabética.

Já no Fórum de Justiça, há a divisão por Varas Cíveis (Cinco Varas Cíveis na Comarca de Campos dos Goytacazes). Nas varas cíveis, os processos são organizados por número e nome do demandante e não por assunto que, no caso em questão, é o relacionado à área da saúde no setor especificamente da requisição de medicamentos. A organização dos processos por número ou nome do demandante dificulta a possibilidade de pesquisa por assunto, mediante a diversidade demandas que são atendidas nessas varas. De acordo com os funcionários, existem em média trinta processos a serem cumpridos por dia, e, por isso, não há tempo e nem interesse em organizar as ações processuais por assunto.³⁷

Esta foi uma das razões pelas quais se optou, nesta presente, para a busca dos processos na Secretaria de Saúde, instância de resolução final dos processos. Porém, a partir dos processos finalizados, que se encontravam na Secretaria de Saúde e que estavam com os dados incompletos, mas com o número e o nome do demandante, foi possível recorrer ao Fórum de Justiça, na busca dos mesmos. Ou seja, houve um processo de prospecção ou retrospectiva, conforme a necessidade da coleta de dados para a pesquisa. Ressalta-se que, apesar de estarem informatizados no Fórum, os processos se encontram de forma resumida, além de, como citado acima, estarem disponibilizados por número e nome, e não por assunto para identificação dos referentes à saúde, o que acarretou a necessidade de mais tempo de pesquisa e uma seleção dos processos. Essa seleção foi feita em três etapas:

³⁷ Segundo informações dos funcionários do setor, há uma cota a ser cumprida, correspondendo a uma média de 30 processos por dia e a 150 por semana.

- 1- Identificação e análise de 166 processos judiciais, distribuídos em 2013, existentes na Secretaria Municipal de Saúde.
- 2- Seleção inicial de 63 processos, a partir de um formulário com perguntas semiestruturadas, tendo verificado que não continham todas as variáveis (Renda familiar mensal do autor da ação, recurso do réu, orçamento apresentado) para responder às questões da pesquisa.
- 3- Com os dados de localização dos processos (principalmente nome da parte e número do processo), já anotados na fase anterior, selecionou-se 44 processos para uma análise mais aprofundada. Este é um número inferior ao da Secretaria Municipal de Saúde e foi devido a não autorização da pesquisa em uma das varas civis (11 processos) e ao não encontro de 7 processos no Fórum de Justiça no período da pesquisa, por estarem em tramitação com suas representações judiciais ou aguardando parecer do Juiz.

4.2 Objetivos da pesquisa

4.2.1 Objetivo Geral

Analisar as demandas judiciais de medicamentos e as decisões dos Poderes do Executivo e do Judiciário no que se refere ao direito à saúde no município de Campos dos Goytacazes.

4.2.2 Objetivos específicos

- Construir um fluxograma, delimitando as vias de acesso aos medicamentos no município de Campos dos Goytacazes.
- Identificar as características dos impetrantes das ações judiciais de medicamentos, especificamente, por sexo, idade, residência, profissão, renda per capita familiar e representação familiar;
- Caracterizar os medicamentos, demandados por processo judicial, conforme as regulamentações infraconstitucionais que definem a política que regulamenta a assistência farmacêutica pública;
- Analisar as decisões judiciais e os recursos dos réus, tendo em vista a Constituição Federal de 1988 e as leis infraconstitucionais.

- Identificar os custos gerados pelas demandas judiciais e as interferências político-administrativas sobre a gestão pública.

4.3 Hipóteses da pesquisa

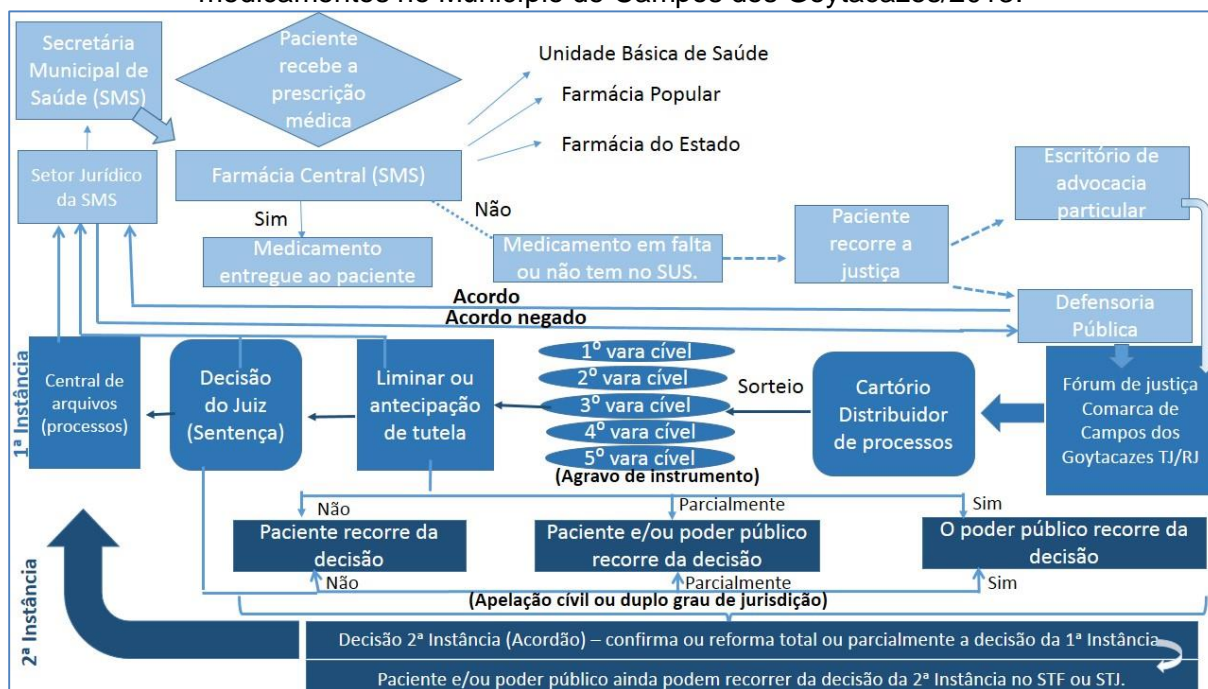
- Os impetrantes das ações judiciais possuem melhores condições socioeconômicas e mais acesso à informação, sendo, por conseguinte, privilegiados no acesso aos medicamentos;
- As tomadas de decisão dos Juízes são amparadas principalmente pela Constituição Federal de 1988;
- O deferimento das demandas judiciais individuais de medicamentos, com base apenas preceitos da Constituição Federal, sem considerar os leis infraconstitucionais e os protocolos clínicos do SUS, têm comprometido o à gestão da Política;
- A indústria farmacêutica influencia nas demandas judiciais de medicamentos;
- O tempo de tramitação dos processos interfere negativamente nas questões de saúde;
- Os operadores da saúde não tem respondido aos processos judiciais, e, tem, por isso, corroborado para o aumento das demandas judiciais.

4.4 Resultados e Análises.

4.4.1 O acesso a medicamentos por meio das instâncias jurídicas no município de Campos dos Goytacazes.

Para melhor entendimento de como o fenômeno da judicialização da saúde vem-se desenvolvendo em Campos dos Goytacazes, a figura 2 especifica os caminhos que o paciente/autor da ação judicial percorre para obtenção de medicamentos, após a prescrição médica.

Figura 2 – Fluxograma: Vias utilizadas pelos autores das ações judiciais para obtenção de medicamentos no Município de Campos dos Goytacazes/2013.



Fluxograma de autoria da autora do presente trabalho a partir das informações obtidas pela Secretaria Municipal de Saúde e Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes.

Pela figura 2 observa-se que, quando o usuário não tem a demanda de medicamento atendida nas unidades de saúde, ele recorre à justiça por meio da Defensoria Pública ou por meio dos Escritórios de Advocacias Particulares.

Na Defensoria Pública, o usuário faz o pedido para acessar o medicamento em primeira instância, mediante a negativa do acesso das Instituições de Saúde. Neste local, não há arquivamento dos processos e nem sistematização dos dados, apesar de haver muitos atendimentos para a Secretaria da Fazenda. As demandas são todas as que compõem os direitos civis, não necessariamente relacionadas ao direito à saúde. Ao ser atendido, o usuário aguarda para que a Defensor Público negocie a distribuição do medicamento, conforme acordo com a Secretaria Municipal de Saúde. Contudo, caso não haja acordo, inicia-se o processo judicial em primeira instância. Subsequentemente, os processos que são resolvidos nessa instituição são encaminhados para a Secretaria de Saúde para o fornecimento dos medicamentos e arquivados, ou, quando não atendidos, são encaminhados para o Fórum de Justiça.

Em Campos dos Goytacazes, objetivando agilidade na obtenção dos medicamentos, formalizou-se um Acordo de Cooperação Municipal entre a Defensoria Pública e a Secretaria Municipal de Saúde. Entretanto, na maioria das vezes, não há a obtenção dos medicamentos, mesmo recorrendo à Defensoria Pública. Dessa

forma, o processo segue para o Fórum de Justiça com pedido de antecipação de tutela. No Fórum de Justiça, os processos provenientes da Defensoria Pública ou de advogados particulares passam pelo Cartório Distribuidor, onde é realizado um sorteio para depois serem encaminhados para as varas cíveis. No caso de Campos dos Goytacazes, existem cinco varas cíveis. Quando o processo chega à vara cível, o juiz determina que o Município e/ou Estado, na pessoa do Secretário de Saúde, cumpra a liminar ou a antecipação de tutela com a entrega do medicamento demandado, sob pena de multa pecuniária diária.

O juiz em primeira instância, ao analisar o processo, concede primeiramente a tutela antecipada ou a liminar. No caso específico da saúde, a tomada de decisão tende a ser a tutela antecipada com liberação do medicamento, enquanto o processo segue seu curso normal. Ou seja, os processos relacionados à saúde tendem a seguir em caráter emergencial, não sendo morosos. Posteriormente, o juiz concede a sentença.

Em caso de negativa da sentença ou da tutela antecipada, cabe recurso pelo demandante. Para a segunda instância, vão os processos dos demandantes negados pela sentença ou pela tutela antecipada e os processos que o poder público alega a não necessidade 'legal' do atendimento, considerando as diretrizes do SUS. Na segunda instância, após analisarem a decisão do juiz em primeira instância, a decisão final é tomada por uma junta de juízes – acordão. Se a decisão final ainda for negativa, poderá ser resolvida pelo Tribunal Superior de Justiça, onde não há mais possibilidade de recurso.

Quando os processos provenientes das instâncias jurídicas são encaminhados para a Secretaria de Saúde, estes são encaminhados para o Departamento Jurídico da Secretaria de Saúde, onde se faz a distribuição para os setores específicos da própria instituição. Os processos são protocolados e, posteriormente, encaminhados para a Assessoria Jurídica, que os avalia e solicita resposta da Farmacêutica do Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta responde para Assessoria Jurídica se o medicamento está disponível, indisponível ou se não é de atribuição do Município. Caso o medicamento esteja disponível, faz-se o contato com o paciente e o distribui, tendo este que assinar um recibo de comprovação de entrega. Caso o medicamento não esteja disponível, solicita-se do Secretário de Saúde a compra imediata, sem licitação. Quando o medicamento é de atribuição do Estado, responde-se o memorando para encaminhá-lo ao setor responsável pelos medicamentos do

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, com prazo de 48 horas a 10 dias.

4.4.2 Características sócio demográficas do autor da ação judicial

Pela análise dos 63 processos judiciais com demanda de medicamentos, presentes na Secretaria Municipal de Saúde, dentre os 166 distribuídos no ano de 2013, não foi possível identificar as características sócio demográficas de todos os autores das ações judiciais e os recursos dos réus, pois na maioria dos processos consta somente os documentos emitidos pela Defensoria Pública e pelo Fórum de Justiça (Intimações Judiciais ao secretário de saúde para o fornecimento de algum medicamento). Já no Fórum de Justiça, foi possível a análise aprofundada de 44 dos 63 processos identificados anteriormente, a partir da Declaração de Hipossuficiência Econômica e de Rendimentos e do Comprovante de Renda para obtenção do benefício de gratuidade de justiça.

Para a análise do presente trabalho, ora apresentar-se á dados referentes ao total dos 63 processos (alocados na Secretaria Municipal de Saúde) e ora os referentes aos 44 processos (alocados no Fórum de Justiça), objetivando obter sempre o maior número de informações em todas as variáveis.

Em relação ao perfil dos autores das ações, constatou-se: maioria do sexo feminino (36), com 27 do sexo masculino; 26 (41,3%) com idade igual e/ou superior a 60 anos, 20 (31,7%) com idade entre 19 e 59 anos, 3 (4,8 %) com idade de 13 a 18 anos, 2 (3,2%) de 0 a 12 anos e 12 (19 %) sem referência a esse dado (tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das demandas judiciais de medicamentos segundo a faixa etária dos autores das ações judiciais. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.

Faixa Etária	Frequência (nº)	Percentual (%)
0 a 12 anos	2	3,2
13 a 18 anos	3	4,8
19 a 59 anos	20	31,7
Igual ou acima de 60 anos	26	41,3
Sem Informação	12	19,0
Total	63	100,0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes.

Comparando com outros estudos, constata-se semelhança da prevalência das faixas etárias identificadas em Campos dos Goytacazes. No estudo de Camargo

(2011) e Vieira e Zucchi (2007) prevaleceu a faixa de 60 anos ou mais, com 26,2% e 37,5%, respectivamente. No estudo de Machado et al. (2011), a prevalência foi na faixa etária entre 19 a 59 anos, com 52,4%, que no município de Campos é a segunda faixa mais prevalente.

Dos autores identificados na pesquisa, 35 (55,5%) possuíam representação para responder pelos processos, enquanto 28 (44,4%) não possuíam. A partir do cruzamento das variáveis idade e representação familiar, identifica-se que a representação familiar, pela idade dos autores da ação apresentados, remete ao grupo de pessoas que possuem legislações específicas, com resguardo de, além da atenção do Estado, a atenção dos familiares, da comunidade e da sociedade. As representações eram familiares dos autores idosos (26; 41,3%), crianças (2; 3,2%) e adolescentes (3; 4,7%), que tinham familiares como representantes (mãe, irmã ou o pai), e, certamente, as pessoas com algum tipo de deficiência e transtorno mental (4; 6,3), como nota-se na tabela abaixo.

Tabela 2: Distribuição das demandas judiciais de medicamentos segundo representação familiar dos autores das ações judiciais por faixa etária. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.

Faixa Etária	Representante Familiar	
	Frequência (nº)	Percentual (%)
0 a 12 anos	2	3,2
13 a 18 anos	3	4,7
19 a 59 anos	4	6,3
Igual ou acima de 60 anos	26	41,3
Sem representação	28	44,4
Total	63	100,0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

Observou-se que não houve qualquer outro tipo de representação que não fosse os próprios familiares.

Os processos por representação são discriminados como prioridade de atendimento, e seguem especificados em caráter de urgência. Esta condição de prioridade no atendimento é justificada pelo cumprimento às leis infraconstitucionais: Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8069/90), Lei de Apoio à pessoa com deficiência nº 7853/89, Lei de proteção e direitos a pessoa com transtorno mental nº 10216/01 vigentes.

No que se refere ao local onde os autores das ações residem, observou-se que a maioria reside no Centro (10; 15,9%), Parque Leopoldina (5; 7,9%), Travessão (4; 6,3%), Farol (4; 6,3%), Pecuária (3; 4,8%), Jockey Clube (3; 4,8%) e os demais estão localizados nos seguintes bairros: Goytacazes (2; 3,2%), Lapa (2; 3,2%), Parque Guarus (2; 3,2%), Baixa Grande (1;1,6%), Boa Vista (1;1,6%), Caju (1;1,6%), Campo Limpo (1;1,6%), Cidade Luz (1;1,6%), Correnteza (1;1,6%), Grussaí (1;1,6%), Ibitioca (1;1,6%), Jardim Carioca (1;1,6%), Parque Gonçalves Dias (1;1,6%), Parque Califórnia (1;1,6%), Parque Imperial (1;1,6%), Parque João Maria (1;1,6%), Parque Santo Amaro (1;1,6%), Parque Santo Antônio (1;1,6%), Penha (1;1,6%), Santa Rosa (1;1,6%), Saturnino Braga (1;1,6%) e Venda Nova (1; 1,6%). Em 5 (7,9%) dos processos analisados não se obtiveram informações sobre o local de residência.

Com base nos dados do IBGE 2010, foi possível aferir o rendimento médio mensal dos domicílios particulares permanentes, sendo, como se verifica na tabela abaixo que os mais citados são os com maiores rendimentos: Centro, Parque Leopoldina, Parque Pecuária, Parque Jockey Club, Lapa, Parque Guarus. Ressalta-se que o rendimento médio mensal destes domicílios variou de R\$ 749,70 à R\$ 7.124,05.

Tabela 3- Distribuição das demandas judiciais de medicamentos segundo o local de residência dos autores das ações judiciais e rendimento médio mensal das famílias. Município de Campos dos Goytacazes/2013*.

Local de Residência	Percentual	Rendimento Médio Mensal (\$) **
Centro	17,5	4.431,48
Parque Leopoldina	7,9	2.831,98
Travessão	6,3	Sem Informação
Farol	6,3	Sem Informação
Parque Jockey Club	4,8	1.845,13
Parque Pecuária	4,8	2.088,78
Goytacazes	3,2	Sem Informação
Parque Guarus	3,2	1.415,92
Parque Turf Club	3,2	2.754,89
Lapa	3,2	2.838,40
Baixa Grande	1,6	Sem Informação
Parque Vista Alegre	1,6	2.605,14
Caju	1,6	2.146,33
Campo Limpo	1,6	Sem Informação
Parque Cidade Luz	1,6	1.158,53
Grussaí	1,6	Sem Informação
Ibitioca	1,6	Sem Informação
Jardim Carioca	1,6	2.482,90
Jardim Guarus	1,6	1.357,23
Parque Gonçalves Vicente Dias	1,6	1.861,93
Parque Califórnia	1,6	2.305,67
Parque Imperial	1,6	Sem Informação
Parque João Maria	1,6	2.898,77
Parque Presidente Vargas	1,6	1.232,16
Parque Santo Antônio	1,6	2.359,03
Da Penha	1,6	1.391,85
Saturnino Braga	1,6	Sem Informação
Parque Santa Rosa	1,6	869,84
Venda Nova	1,6	Sem Informação
Sem Informação	7,9	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes.

*Número de Processos Analisados: 63

**Dados do IBGE 2010.

Não foi possível a identificação da proporção dos autores por ocupação no mercado de trabalho, pois os processos não apresentavam essa variável. Entretanto, apesar da ausência de informação referente à vinculação no mercado de trabalho (24; 38,1%), é válido ressaltar, a partir da análise de 39 processos (61,9%) com essa informação, que 26 (41,3%) dos autores das ações são aposentados e pensionistas, 9 (14,9%) possuem vínculos empregatícios (com ou sem carteira de trabalho) e 4 (6,3%) estão sem trabalho.

Nos demais estudos, essa dificuldade de acesso às informações para a variável ocupação foi, também, ressaltada. No trabalho de Vieira e Zucchi (2007), identificou-se que 40 (38,1%) eram aposentados e pensionistas, 27 (25,7%) outros, 17 (16,1%) do lar, 12 (11,4%), estudantes, 9 (8,6%) desempregados. No trabalho de Machado *et al.* (2011), 223 (37,4%) eram aposentados e pensionistas, 132 (22,2%) outros, 124 (20,8%) eram do lar, 50 (8,4%) estudantes, 33 (5,5%) não informado, 19 (3,2%) eram funcionários públicos, 3,4% professor. Observa-se o predomínio de aposentados e pensionistas, o que, em tese, justifica a renda declarada abaixo.

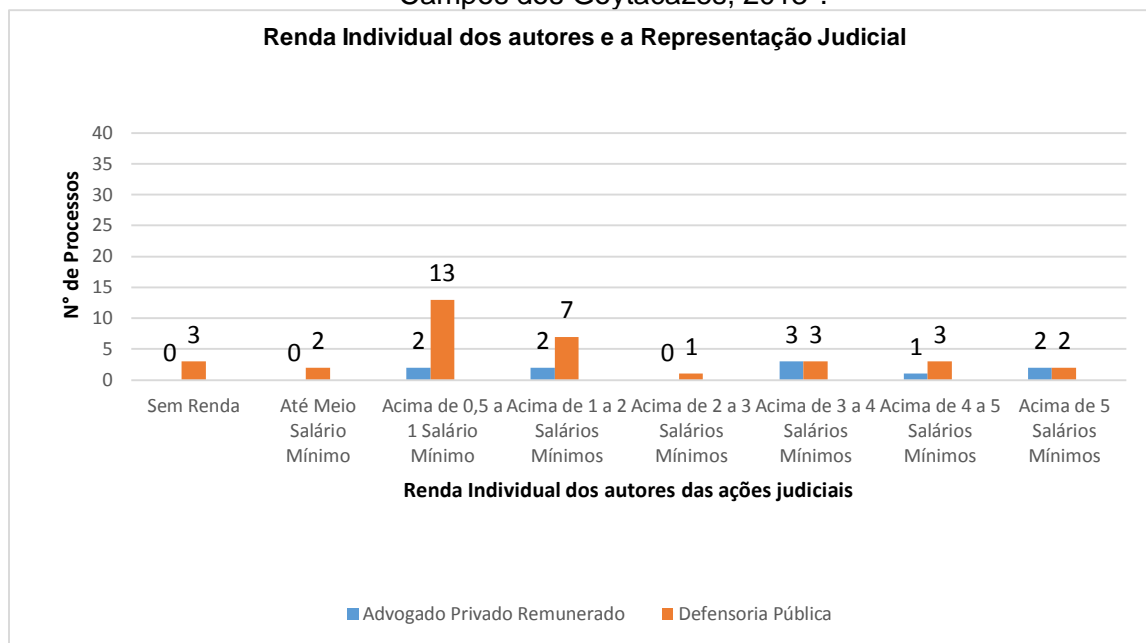
Nos processos analisados na Secretaria Municipal de Saúde, não havia registros referentes aos proventos dos autores das ações. Foi possível, contudo, verificar a renda dos autores das ações judiciais no Fórum de Justiça, a partir da Declaração de Comprovação de Hipossuficiência que os autores das ações assinam para ter acesso à justiça gratuita, junto à Defensoria Pública, e o Comprovante de Rendimentos para a isenção das custas judiciais, para aqueles representados pela advocacia privada.

A renda individual de cada autor da ação foi ora declarada por meio de um comprovante de hipossuficiência assinado pela parte autora, ora comprovada por meio de contra-cheques, extratos do INSS e comprovante de rendimento individual para obtenção dos medicamentos, via acesso à justiça gratuita. A maioria dos autores das ações judiciais foi representada pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, o que sugere, portanto, que houve a declaração de hipossuficiência pelos autores da ação judicial, embora, como mostra a gráfico 1, não tendo havido um padrão da renda declarada e usufruído do acesso à justiça gratuita.

O valor dos proventos dos demandantes (44; 100%) variou de 0 (3; 7%) a acima de cinco salários mínimos (4; 9%), sendo que a renda individual que mais prepondera entre os autores das ações judiciais é acima de meio salário mínimo a um salário mínimo (15; 34%). Estes últimos valores são, provavelmente, em virtude do número

de idosos e pessoas com deficiência, aposentados ou com proventos do Benefício de Prestação Continuada.

Gráfico 1: Distribuição das demandas judiciais de medicamentos segundo o rendimento individual mensal dos autores das ações judiciais por representação judicial. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.



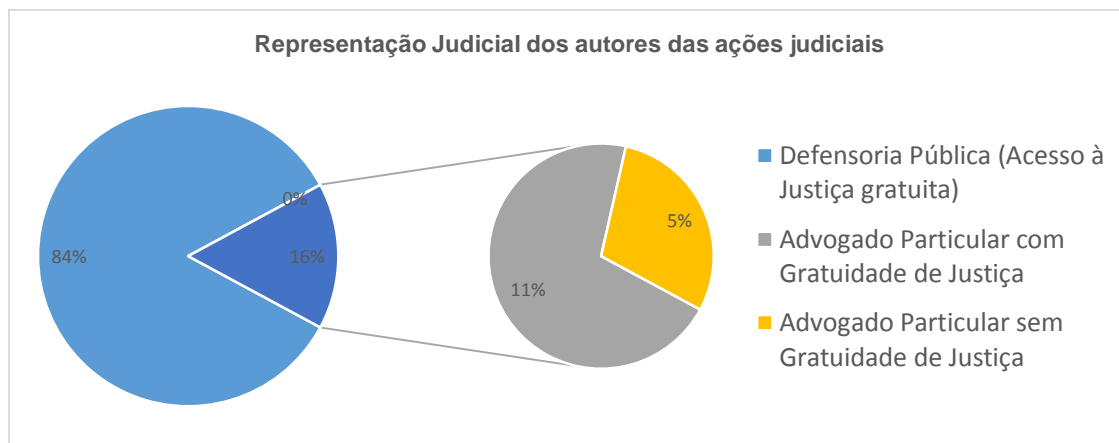
Fonte: Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes
*Número de Processos Analisados: 44

Esses resultados apontam para paradoxo sobre a variável renda, já que a lei nº1060/50, que regulamenta o acesso à justiça gratuita, não estabelece o limite da renda, sendo que esta pode ser declarada ou comprovada por documentos. Embora o acesso à justiça gratuita possa representar a real efetivação do direito à saúde, procurou-se investigar a motivação da solicitação da hipossuficiência dos autores na demanda judicial a fins de entender se há a violação na equidade do acesso ao SUS.

4.4.3 Características processuais das ações judiciais para acesso à medicamentos.

Os autores das ações judiciais têm tutelado o direito individual de obter acesso aos serviços e insumos de saúde, como os medicamentos, por meio das instâncias jurídicas. Estes têm como representação jurídica os defensores públicos (53; 84%) e os advogados particulares (10; 16%). Dentre os autores das ações judiciais que são representados por advogados particulares, a maioria obteve o benefício de gratuidade da justiça concedido (7; 11%), em detrimento dos que tiveram que arcar com as custas judiciais (3; 5%) como mostra a Gráfico 2.

Gráfico 2- Distribuição das demandas judiciais de medicamentos segundo a representação judicial e a concessão do benefício da gratuidade de justiça. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.



Nas instâncias jurídicas, é feita uma triagem para o acesso à justiça gratuita e para a isenção das custas judiciais, sendo que se constatou que a primeira está sendo feita majoritariamente por defensores públicos e a segunda realizada pelos juízes. O presente estudo sugere que os juízes têm deixado essa triagem a cargo da Defensoria Pública, pois, quando os processos chegam à vara cível para o parecer, a questão da renda dos autores não é objeto de avaliação, com maior atenção para os processos que têm como representação judicial os advogados particulares.

Esses resultados confirmam os estudos de Sant' Ana et al. (2011b) (70,4%; 19), Pepe et al. (2010b) (83%; 154); Messender et al. (2005) (53,5%; 208) realizados no Estado do Rio de Janeiro, e de Romero (2008) (11,8%;26) no Distrito Federal, nos quais a Defensoria Pública tem sido a principal representante nos processos judiciais referentes a medicamentos. Ao contrário do Estado de São Paulo, nos trabalhos de Chieffi e Barata (2009) (74%; 2166) e Vieira e Zucchi (2007) (54%; 67), e no Estado de Minas Gerais, no trabalho de Machado et al. (2011) (60,3%; 473), nos quais houve o predomínio dos advogados particulares considerando, inclusive, que os pacientes por terem condições financeiras de arcaram com os custos de advogados particulares poderiam adquirir os medicamentos solicitados.

Os trabalhos citados aliados ao da presente pesquisa suscita questionamento com relação ao estabelecimento de critérios para o alcance da equidade no acesso ao SUS e ao Sistema de Justiça. No que se refere ao acesso à justiça gratuita pela Defensoria Pública, destaca a necessidade de conhecer o estabelecimento das

Defensorias Públicas nos Estados e os critérios adotados para reconhecimento da hipossuficiência dos autores (PEPE et. al., 2010b), já que os que optam pela representação dos advogados particulares podem requerer o benefício da gratuidade da justiça que os isentaria de custas e outras despesas processuais (PEPE et al., 2010b).

As decisões dos Juízes, liminar e/ou antecipação de tutela, foram deferidas em todos os processos (63; 100%), independente da demanda apresentada ou do perfil do autor da ação, como se pode verificar na tabela 4.

Tabela 4- Distribuição das demandas judiciais de medicamentos segundo às concessões de liminar ou antecipação de tutela. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.

Vara Cível	Decisão Judicial na Antecipação de Tutela		Total N°	Percentual %
	Sim	Não		
Primeira Vara Cível	19	0	19	30,1
Segunda Vara Cível	11	0	11	17,5
Terceira Vara Cível	17	0	17	27,0
Quarta Vara Cível	11	0	11	17,5
Quinta Vara Cível	5	0	5	8,0
Total			63	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

A concessão da liminar ou antecipação da tutela pelos Juízes nas ações judiciais, que tem como objeto o acesso a medicamentos, também foi visualizada em 100% dos processos analisados por Sant' Ana et al. (2011b), Pepe et al., (2010b), e Ventura et al. (2010), em 96,5% dos processos avaliados por Camargo (2011) e em 93,5% por Marques e Dallari (2007).

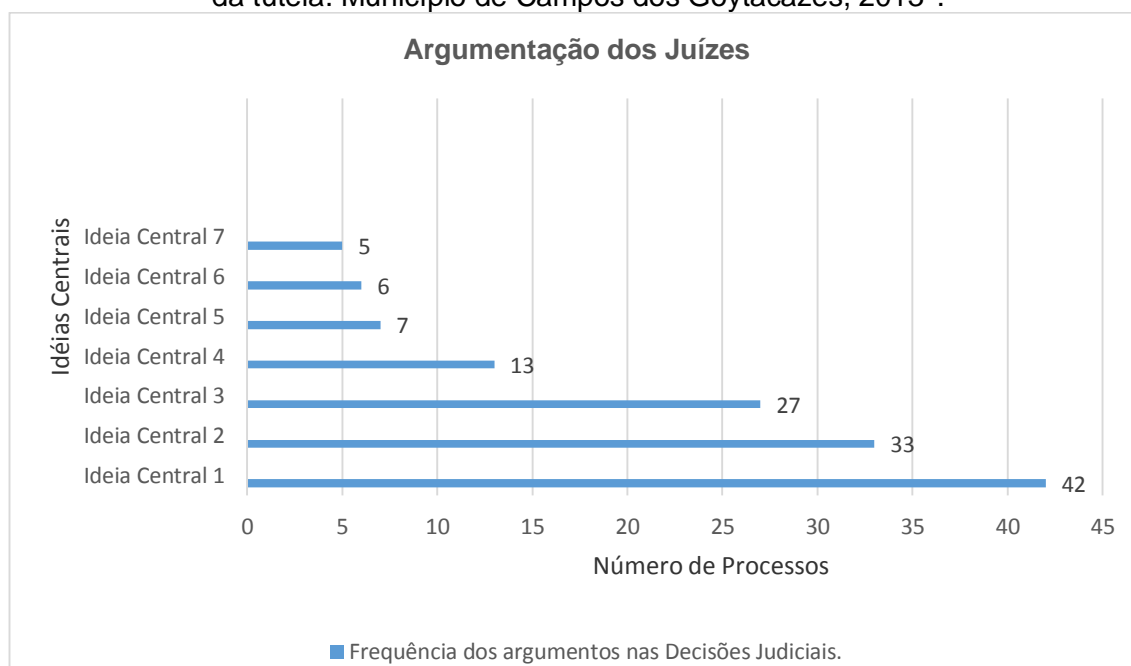
A partir da análise dos 44 processos no Fórum de Justiça, os principais argumentos utilizados pelos juízes ao proferirem as decisões favoráveis aos autores das ações, na liminar/antecipação da tutela, foram sintetizados em blocos, tais como:

- Ideia Central 1- “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art.196 da CF/1988);

- Ideia Central 2- O direito à saúde é genérico, decorre da Constituição e é oponível a qualquer ente público da Federação.
- Ideia Central 3- A jurisprudência já está se pacificando no sentido de que o Estado deve fornecer todos os medicamentos, equipamentos e tratamentos necessários à sobrevivência daqueles que são hipossuficientes;
- Ideia Central 4- Verbete nº 65 da súmula do TJ-RJ: Deriva-se dos mandamentos dos artigos 6º e 196 da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.0080/90, a responsabilidade solidária da União, Estados e Municípios, garantindo o fundamental direito à saúde e a consequente antecipação da respectiva tutela;
- Ideia Central 5- Com base Art. 273, caput e inciso I, do CPC, prova inequívoca que convence da verossimilhança das alegações e fundado receio de dano irreparável;
- Ideia Central 6- A partir da Carta Constitucional, o direito à vida e à saúde são assegurados a todos, destacando-se a relevância do tema (artigo 197), com atendimento integral (artigo 198, inciso II); acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação (artigo 196).
- Ideia Central 7- A saúde é um bem jurídico de suma importância, corolário do direito à vida e da dignidade humana, que gozam do mesmo status de direito fundamental garantido na Constituição Federal.

O gráfico 3 aponta as frequências que essas ideias centrais aparecem nos processos analisados.

Gráfico 3- Frequência dos argumentos utilizados pelos Juízes na liminar e/ ou antecipação da tutela. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.



Fonte: Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes
*Número de Processos Analisados: 44

Revela-se a preponderância das decisões em afirmar a objetividade do dever do Estado em assegurar o direito à saúde com base nos preceitos constitucionais conformados no artigo 6º (33; 75,0%) e 196º (42; 95,4%). Houve alguns processos que ressaltaram a integralidade da atenção em saúde (6, 13,6%), mas, a maioria deles, toca na questão da equidade no SUS (13; 29,5%), quando remete à garantia daqueles que são hipossuficientes (27; 61,4%), o que denota uma contradição nos seus argumentos, já que não consideram a renda e nem o valor das medicamentos para suas decisões que direcionam o direito à saúde, mas enfatizam o acesso para os que mais necessitam.

Essas mesmas argumentações foram encontradas nas pesquisas que analisaram a argumentação judicial para a concessão de medicamentos, como as de Marques e Dallari (2007), no Estado de São Paulo, e Sant' Ana et al. (2011), no Estado do Rio de Janeiro, sendo que, na primeira, a ênfase das argumentações pauta-se também no direito à saúde, no dever do Estado, que mediante necessidade de saúde do autor da ação judicial não há que inferir as questões políticas orçamentárias ou entraves burocráticos. No segundo, além dos direitos fundamentados no artigo 6º e 196º da Constituição Federal de 1988, considerou-se que os autores das ações

judiciais não possuem condições financeiras para arcar com os custos do medicamento (hipossuficiência financeira).

Com relação às regulamentações citadas pelos juízes, as principais regulamentações citadas pelos juízes incluem a Constituição Federal/1988; Verbete nº 65 da súmula do TJ-RJ e o artigo 173º do Código processual Cível, como aponta a tabela 5.

Tabela 5- Regulamentações citadas pelos Juízes na Liminar e/ou Antecipação da tutela. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

Regulamentações Citadas pelos Juízes	Frequência (nº)	Percentual (%)
Constituição Federal de 1988 Art. 196º	42	95,5
Constituição Federal de 1988 Art. 6º	13	29,5
Constituição Federal de 1988 Art. 197º	6	13,6
Constituição Federal de 1988 198º	6	13,6
Verbete nº 65 da súmula do TJ-RJ	13	29,5
CPC Art. 273º	7	15,9

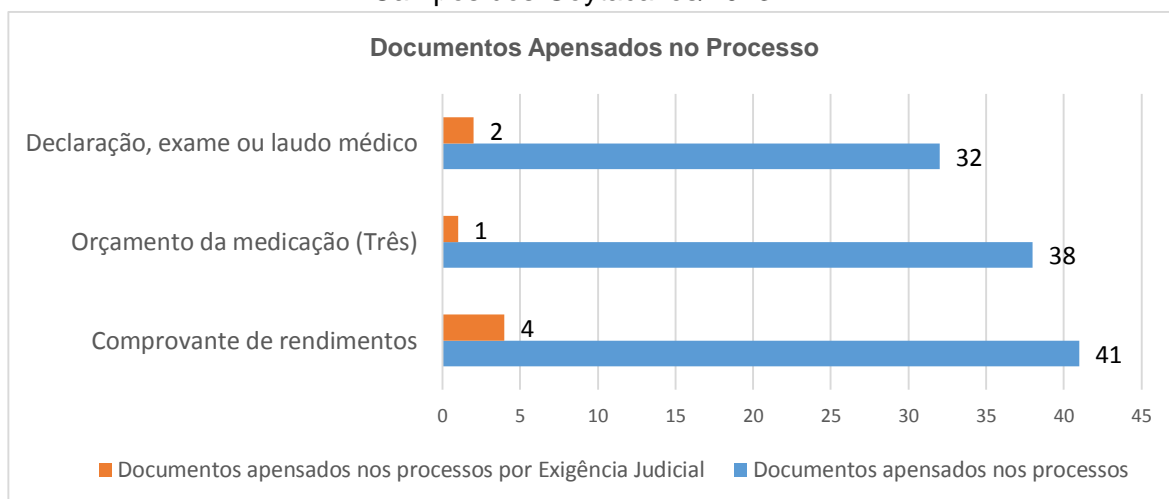
Fonte: Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes.

*Número de Processos Analisados: 44

A tabela 5 mostra que as decisões judiciais para definição das sentenças judiciais têm se baseado principalmente na Constituição Federal de 1988, sem considerar as leis infraconstitucionais que regulamentam a Política de Saúde, e as regulamentações que estabelecem o acesso à assistência farmacêutica, como foi identificado, também, nas pesquisas de Sant' Ana et al. (2011b), Vieira e Zucchi (2007), Marques e Dallari (2007) e Messeder et al. (2005).

As decisões judiciais se pautam pela prescrição médica apresentada (44; 100%) e por documentos pessoais (44; 100%). Já os demais documentos foram encontrados apenas em alguns processos, tais como: laudo complementar do médico (32; 72,7%), comprovante de rendimentos (41; 98,18%) e os três orçamentos dos medicamentos requeridos (38; 86,3%), como certifica o gráfico 4.

Gráfico 4- Documentos apensados nos processos judiciais de medicamentos. Município de Campos dos Goytacazes/2013*.



Fonte: Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes.
*Número de Processos Analisados: 44

A totalidade de processos que apresentou exigência judicial foi de 7 (15,9%) processos, dentre os 44 (100%) processos analisados. Mesmo que o autor da ação judicial não tenha apresentado documentos importantes como laudo médico e/ou exames complementares, e, também, os orçamentos referentes aos medicamentos, verifica-se que os juízes não têm exigido tais documentações. É válido mencionar que os laudos dos médicos que foram requeridos correspondiam à atualização dos mesmos e a necessidade de carimbo do médico responsável pela prescrição, e não para certificar dados clínicos da saúde do autor da ação. Ou seja, não há questionamento da eficácia dos medicamentos prescritos, podendo, além de causar insegurança à saúde do demandante, estar sendo influenciado pelas indústrias e o mercado de medicamentos.

Também, revela-se que a exigência das documentações efetuada pelos juízes, em alguns processos, são exatamente os dos processos que tinham os advogados particulares como representantes judiciais, o que revela que a triagem realizada pela Defensoria Pública já faz a obtenção destes documentos antes de elaborar o processo judicial, ou os mesmos confiam em sua avaliação e se detém aos processos provenientes da advocacia privada.

Nesse sentido, os juízes têm deferido o pedido de liminar sem ouvir o réu ou requerer provas adicionais às já apresentadas pelo autor para concessão da antecipação da tutela, de acordo com estabelecido na lei processual (PEPE et al., 2010b). Conforme observado e contextualizado por Sant'Ana et al. (2011b), Camargo (2011), Ventura et al. (2010), Pepe et al. (2010b) não haviam exigência judicial em 3

(11%), processos, em 10 (5,6%) processos, em 9 (3,1%) processos, 18 (9,6%) processos, respectivamente.

Ratifica-se o mencionado por outros autores (SANT' ANA et al., 2011b; VENTURA et al., 2010; PEPE et al., 2010b; VIERA e ZUCCHI, 2007; MARQUES e DALLARI, 2007) que o principal critério para concessão da medida liminar ou antecipação de tutela é a constatação da necessidade do autor de acesso aos medicamentos, para restabelecimento da saúde em caráter de urgência, cuja constatação se baseia nos atestados e/ou receituários médicos apresentados pelo autor da ação judicial.

Na maioria das vezes, esses pacientes nem passaram pelas instâncias de saúde (41; 64,5%) antes de entrar com processo judicial para requerer medicamentos. Em outras palavras, o acesso ao direito aos medicamentos, ao invés de ser procurado nas instâncias de saúde, conforme objetiva-se a política que o regulamenta, tem sido, prioritariamente, procurado nas instituições judiciais. Outros até foram nas instâncias de saúde (20; 32,3%), e, acredita-se que, pela negativa e omissão dos gestores públicos, recorreram à justiça.

Tabela 6- Distribuição dos cadastros na instância de saúde anterior ao processo judicial. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.

Cadastro na Instância de Saúde anterior a demanda Judicial*	Frequência (nº)	Percentual (%)
Sim	20	32,3
Não	41	64,5
Sem Informação	2	3,2
Total	63	100,0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes
*Comprovante de entrega da medicação.

Essas ações judiciais têm direcionado as intimações com ordem de cumprimento para o município (63; 100%) e para o Estado (45; 71,4%) (Vide a tabela 7).

Tabela 7- Distribuição das demandas judiciais de medicamentos por réu citado. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.

Réu da ação Judicial	Réu Citado (nº)	Percentual (%)
União	0	0
Estado	0	0
Município	18	28,6
União/Estado	0	0
Estado/ Município	45	71,4
União/ Município	0	0
Total	63	100,0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

A maioria das ações judiciais em Campos dos Goytacazes considera como réu o Estado e o Município (45; 71,4%) enquanto que as demais atribuíram somente ao Município (18, 28,6%).

A tendência das ações judiciais a uniformizar as responsabilidades dos entes federativos decorre da interpretação legal que refere as competências e atribuições comuns dos entes federativos relativas ao cuidado da saúde estabelecidas constitucionalmente (Art. 23º da Constituição Federal) e na Lei Federal nº. 8.080/90 (Art. 15º) (PEPE et. al., 2010b).

O Secretário de Saúde do Estado, quando intimado, por Carta precatória, responde à intimação judicial (recurso), mas, frequentemente, quem tem assumido a responsabilidade é o Município. Dessa forma, o município de Campos dos Goytacazes vem sendo obrigado a fornecer medicamentos, inclusive, os medicamentos do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional que são de responsabilidade da gestão e financiamento estadual e/ou do Ministério da Saúde, como será verificado no próximo item. Quando o município começa a arcar com todas as responsabilidades, sem a contrapartida de recurso, tem-se o risco de comprometer outras ações e serviços de saúde, principalmente as referentes à atenção básica e média complexidade, conforme foi identificado na pesquisa de Vieira e Zucchi (2007) na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em que as ações judiciais têm provocado distorções, ao obrigar o fornecimento de antineoplásicos, cujo fornecimento do SUS seria feito por meio dos centros de alta complexidade em oncologia (CACON). De acordo com as autoras Viera e Zucchi (2007), a simples

dispensação quebra a lógica da integralidade das ações, e força a incorporação de tecnologias, muitas das vezes de eficácia duvidosa.

Dentre os 44 (100%) processos, apenas 9 (20,4%) referiam a intimação somente para o Município, e 35 (79,5%) intimavam o Estado e município.

Os argumentos mencionados nos recursos do Município e do Estado são, respectivamente:

Recursos do Município:

Dentre os 44 (100%) processos analisados, apenas em 1 (2,3%) processo não houve recurso do município. Com a análise destes 43 processos, pode-se dizer que, de modo geral, são solicitadas suas extinções sem resolução de mérito, ressaltando tanto a Constituição Federal como outras normas infraconstitucionais que regulamentam o SUS: Lei Orgânica da Saúde (29; 65,90%), Norma Operacional Básica/1996 (33; 75,00%), NOAS/2001 (33; 75,00%).

Tabela 8 - Regulamentações citadas no recurso do Réu Município. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

Regulamentações Citadas pelo Réu Município	Frequência (nº)	Percentual (%)
Constituição Federal de 1988 (Art. 6º)	27	62,8
Constituição Federal de 1988 (Art. 194º, parágrafo único)	27	62,8
Constituição Federal de 1988 (Art. 196º)	26	60,5
Constituição Federal de 1988 (7º (inciso IV)	24	55,8
Constituição Federal de 1988 (Art. 37º)	24	55,8
Constituição Federal de 1988 (Art. 197º)	18	41,9
Constituição Federal de 1988 (Art. 198º, inciso 2)	18	41,9
Constituição Federal de 1988 (Art. 1º)	17	39,5
Constituição Federal de 1988 (Art. 3º)	17	39,5
Constituição Federal de 1988 (Art.5º)	6	13,9
Lei 8080/90 (Art. 7º, inciso I, II, IV)	29	67,4
NOB96	33	76,7
NOAS SUS 01/2002	33	76,7
Lei 6. 370/1976	24	55,8
Lei Complementar nº101	29	67,4
Lei 1060/50	18	41,9
Verbete 65 do TJ RJ	18	41,9
RENAME 2010	30	69,8
Portaria Federal 3916/98	24	55,8
Lei 7510/1916 18	18	41,9
Lei Estadual 3350/99 (Art. 10 X e Art. 17 IX).	29	67,4
CPC (Art. 20 IV)	12	27,9

Fonte: Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

*Número de Processos Analisados: 44

Os argumentos principais utilizados foram:

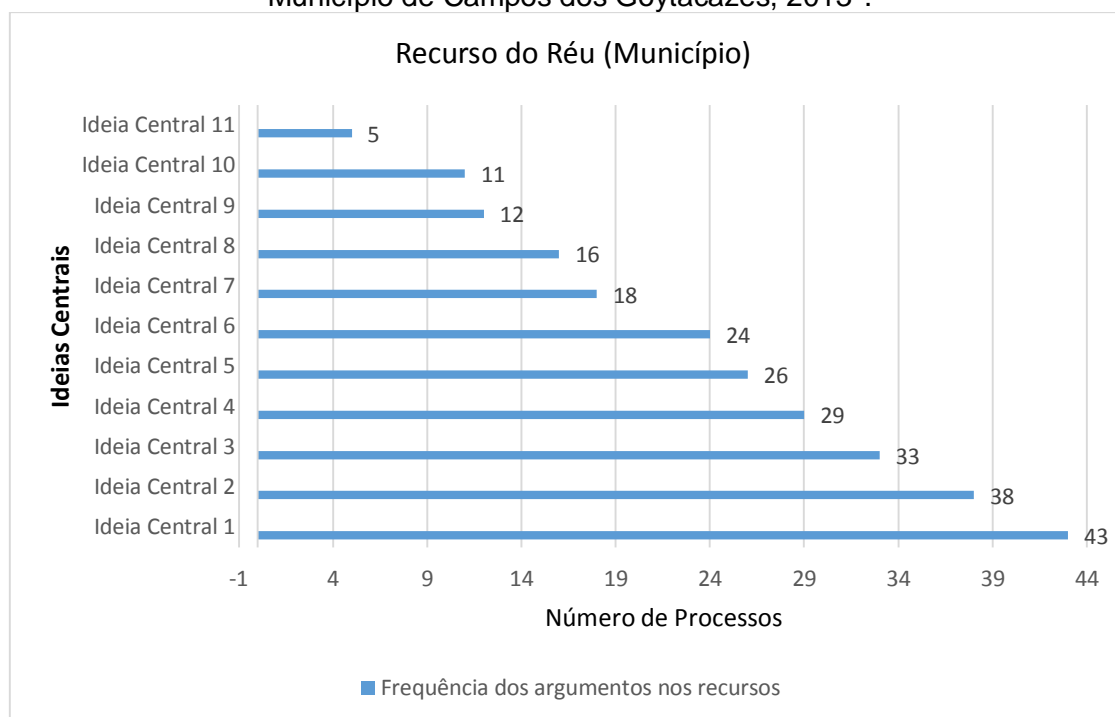
- Ideia Central 1- “A efetivação dos direitos se dá com a observação da reserva do possível e existência dos recursos econômicos” (CANUTILHO, 2003. p.481),
- Ideia Central 2- A doutrina Alemã: “Os direitos fundamentais são garantidos e os direitos sociais são concedidos”.
- Ideia Central 3- Acesso à Assistência médica e hospitalar fornecida pelo Estado há de ser sempre igualitária, fazendo-se imprescindível a

observância de procedimentos básicos para averiguação da real necessidade de quem requer.

- Ideia Central 4- Requer isenção de custas e taxas judiciárias (Art. 10 X e Art. 17 IX Lei Estadual 3350/99).
- Ideia Central 5- Princípio do Acesso universal e igualitário e Competência solidária.
- Ideia Central 6- Município não possui responsabilidade de fornecer toda e qualquer medicamento solicitado. O impacto que teria sobre a coletividade e sobre o direito a saúde de outros membros da comunidade é indiferente deste ponto de vista. Não se pode esquecer que uma das metas é a busca pela equidade na saúde, ou seja, de diferenças injustas evitáveis e desnecessárias.
- Ideia Central 7- A doença não restou comprovada, pois, não foi anexada a cópia do laudo e exame médico que comprove a doença, assim como não há nos autos o comprovante de rendimentos que prove que a autora não dispõe de recursos para custear seus medicamentos, de maneira que não é obrigatório fornecê-la.
- Ideia Central 8- Confusão entre os direitos fundamentais (Art. 5 da Constituição Federal) e os direitos sociais (Art. 6 e 7 da Constituição Federal).
- Ideia Central 9- Requer extinção dos processos sem resolução do mérito (Art. 20 IV do CPC).
- Ideia Central 10- Não é necessária a busca de tutela jurisdicional para a obtenção do fim almejado pela autora; a intenção do município não é deixar sem tratamento quem dependa da preservação e recuperação da saúde física e mental, bastando que demonstre a impossibilidade de arcar com as despesas, o que é verificado pelo cadastro do Serviço Social.
- Ideia Central 11- Requer que seja declarada nulidade da decisão e, caso assim não seja decidido, que sejam suspensas os efeitos da decisão agravada.

A frequência dessas ideias segue no gráfico abaixo:

Gráfico 5- Frequência dos argumentos utilizados pelos gestores municipais nos recursos.
Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.



Fonte: Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes
*Número de Processos Analisados: 44

Pode-se dizer que os recursos ressaltam a necessidade de compreender o atendimento de saúde como uma atribuição solidária pelos entes de governo (26; 50,09%). Contextualiza que o atendimento a todos, dentro dos parâmetros dos SUS, e a justa distribuição devem estar pautados na equidade da atenção (24; 54,54%), e que as obrigações do Estado remetem ao atendimento dos medicamentos pertencentes às listas RENAME e REMUME (30; 68,18%), já que a efetivação dos direitos depende de uma reserva do possível e da existência de recursos econômicos (43; 97,72%). Nestes termos, enfatiza os pressupostos da doutrina Alemã, pois, para esta, o acesso às ações e serviços de saúde, ao serem inseridos na Constituição Federal como direitos sociais, deverão ser concedidos e não necessariamente garantidos (38; 83,36%).

Recursos do Estado:

Dos 29 (100%) processos que tiveram recurso do Estado, a ênfase foi nos pressupostos da Constituição Federal de 1988 (Art. 196º) (26; 89,6%) e Lei 8080/90 (Art. 7º) (21; 72,4%), referindo o acesso aos medicamentos como direito de todos, devendo ser garantido pelo Estado de modo universal e igualitário.

Entretanto, ressalta que nessa distribuição deve-se considerar, a nível de gestão, a Descentralização do SUS (Constituição Federal de 1988 (Art. 198 (26; 89,6%) no que se refere a competência do Estado e do Município, e o que foi pactuado pela CIB 950/2010 (13; 44,8%). E para o cumprimento desses direitos, pressupõe o cumprimento dos princípios da legalidade (Art. 37) (16; 55,2%), da isonomia (Art. 5) (13; 44,8%) e da seletividade (Art. 194) (13; 44,8%), ressaltados na Constituição Federal de 1988, no artigo 15º da Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90) (5; 17,2%) e nos artigos 19M, 19P, 19Q, 19R da Lei 12.401/2011 (5; 17,2%). Essa última Lei foi criada para definir as normas de acesso e distribuição dos medicamentos com uso racional, e inclusive, limitar a atividade judicial.

Outros processos fazem menção às portarias, como a que regulamenta o RENAME 2010 (Portaria 4.212/2010- Art. 3 e 10) (23; 79,3%), a Portaria 2981/2009 (8; 27,6%) e a Portaria 957/2008 (5; 17,2%). O Código Processual Civil (Art. 267 VI) foi citado em 24 processos (82,8%), conforme mostra a tabela 8.

Tabela 9 - Regulamentações citadas no recurso do Réu Estado. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

Regulamentações Citadas pelo Réu Estado	Frequência (nº)	Percentual (%)
Constituição Federal de 1988 (Art. 196º)	26	89,6
Constituição Federal de 1988 (Art. 198º)	26	89,6
Constituição Federal de 1988 (Art. 37º)	16	55,2
Constituição Federal de 1988 (Art. 194º)	13	44,8
Constituição Federal de 1988 (Art. 5º)	13	44,8
Constituição Federal de 1988 (Art. 2º)	5	17,2
Lei 8080/90 (Art. 7º)	21	72,4
Lei 8.080/90 (Art. 15º)	8	27,6
Lei 12.401/2011 (Art. 19ºM, 19ºP, 19ºQ, 19ºR)	5	17,2
Lei federal 5991/73 (Art. 35º)	5	17,2
Portaria 957/2008	5	17,2
Portaria 2981/2009	23	79,3
Portaria 4.212/2010 (Art. 3º e 10º)	8	27,6
Deliberação da CIB 950 de 10 de Junho de 2010	13	44,8
CPC- Art. 267 VI	24	82,8

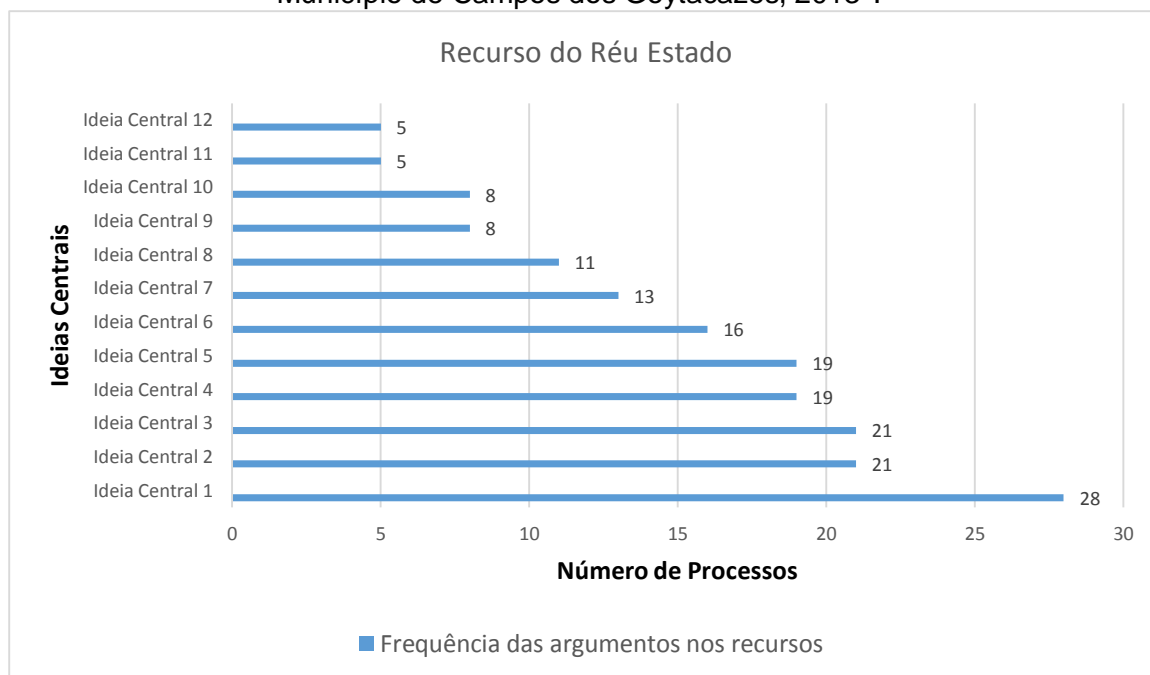
Fonte: Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes
*Número de Processos Analisados: 29

Os principais argumentos utilizados por esses gestores foram:

- Ideia Central 1- O acesso aos medicamentos deve estar de acordo com os protocolos Clínicos incorporados pelo Ministério da Saúde (Portaria 2981/2009);
- Ideia Central 2 – Conforme a Constituição Federal de 1988 (Art. 196) e a Lei 8080/90 (Art. 7), o acesso à saúde é direito de todos, devendo ser garantido pelo Estado de modo universal e igualitário;
- Ideia Central 3- No atendimento ao direito à saúde e ao acesso aos medicamentos, a descentralização da gestão ressaltada na Constituição Federal de 1988 (Art. 198) deve ser considerada;
- Ideia Central 4- Não se admite atribuir ao Estado a obrigação ilimitada de prestar atendimento à população, sem estabelecer critérios mínimos que entenda razoável exigir o poder público no exercício dessa função essencial, sendo que a procedência do pedido importa a eleger a vida de um em detrimento da vida de outro, ou seja, o atendimento implica na violação do princípio da isonomia considerado na Constituição Federal;
- Ideia Central 5- É necessário que o atendimento ao SUS seja fornecido por laudo médico proveniente do SUS;
- Ideia Central 6- Requer que seja extinto o processo uma vez que o fármaco encontra-se em dispensa;
- Ideia Central 7- Uso racional de recursos públicos é pressuposto para a manutenção de um sistema público universal;
- Ideia Central 8- Há que se considerar a ponderação de interesse: Direito a saúde da parte autora e direito de todos, os demais administrados;
- Ideia Central 9- Os medicamentos pleiteados não fazem parte de nenhuma lista do SUS;
- Ideia Central 10- Descabimento de multa;
- Ideia Central 11- A integralidade ambicionada na Constituição Federal (Art. 196/198 inciso 2) não é para limitar os direitos sociais, mas para assegurar a concretização das ações e serviços de saúde que sejam seguros e sem influência da indústria farmacêutica;
- Ideia Central 12- O Estado disponibiliza alternativa terapêutica para tratamento da doença acometida nos autos.

O gráfico 6 mostra a frequência dessas argumentações nos processos.

Gráfico 6 – Frequência dos argumentos utilizados pelos gestores estaduais nos recursos. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.



Fonte: Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes
*Número de Processos Analisados: 44

No que se remete ao recurso dos réus, estes argumentos estão de acordo com os argumentos utilizados pelos réus no Estado de São Paulo (MARQUES; DALLARY, 2007) e no Estado do Rio de Janeiro (SANT' ANA et al., 2011b), principalmente ao mencionar que o Estado possui limitações legais e orçamentárias para o atendimento das necessidades individuais dos autores das ações judiciais.

Observou-se que, após análise dos recursos, o juiz solicita o parecer do Ministério Público para todos os processos de causa coletiva, antes de decidir sobre a sentença. E na análise de 9 processos, já julgados, nota-se que a decisão do promotor de justiça, representante do Ministério Público, é unânime em ratificar a decisão dos operadores da justiça, no sentido de proceder como favorável tanto a antecipação da tutela como a sentença judicial. Os principais argumentos dos promotores de justiça foram:

- Em função da Sumula nº 65 e 115 em que menciona: Deriva-se dos mandatos da Constituição Federal de 1988 (Art. 6º e 196º) e da Lei Orgânica da Saúde (Nº8080/90) que a responsabilidade dos entes da federação (União, Estado, Município) é solidária no cumprimento do

direito à saúde e a consequente antecipação de tutela, não sendo cabível o chamamento de processos de outros entes públicos;

- Na hipótese de colidência do direito fundamental à saúde e dos recursos orçamentários, prevalece-se o primeiro. Não há que se mencionar a reserva do possível, pois tal assertiva desconsidera a dignidade da pessoa humana, fundamentados no artigo 1º, inciso 2, da Constituição Federal/88;
- A saúde é um direito fundamental de todos e dever dos entes federativos conforme ressalta o artigo 196º da Constituição Federal de 1988. Neste contexto, “a eventual responsabilidade da operadora do plano de saúde não isenta o réu do fornecimento de serviços de saúde necessários a sobrevivência do autor”;
- Julga-se procedente o pedido da inicial, confirmando a antecipação da tutela, e, advertindo o poder público, para tanto, da aquisição do sal (substância) não da marca do medicamento, além da aplicação do desconto do coeficiente de adequação do preço.

No total de processos (44; 100%), apenas 9 (20,4%) haviam sido julgados até a data de coleta dos dados, sendo que os demais aguardam sentenças (31; 70,4%) (Vide a tabela 10). Os que foram julgados obtiveram pareceres favoráveis aos autores das ações, com ratificação dos fundamentos julgados em antecipação de tutela e do parecer do Ministério Público.

Tabela 10- Status dos processos judiciais de medicamentos. Município de Campos dos Goytacazes/2013.

Status da Ação Judicial	Decisão judicial	
	Frequência (nº)	Percentual (%)
Sentenças com julgamentos favoráveis ao autor da ação judicial	9	20,4
Aguardando Sentença	31	70,4
Processo extintos	4	9,0
Total	44	100

Fonte: Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

Similar situação foi visualizada nos estudos que analisaram apenas as sentenças judiciais, como os de Sant’Ana et al. (2011b) e Marques e Dallari (2007),

em que houve deferimento das ações judiciais favorável ao autor da ação nas sentenças julgadas, sendo no primeiro um total de 100% (27) e no segundo 90,3% (28).

É relevante mencionar que os processos analisados nesta pesquisa ainda estão sendo julgados, e, até os que foram julgados, ainda estão em tramitação processual. Nestes termos, a conclusão do juiz no deferimento da sentença, mesmo sendo processos que tem como objeto a demanda de algum insumo de saúde, tem um prazo superior a um ano, razão pelo qual não foram encontrados processos nos quais o autor da ação ou o réu tenham recorrido da ação em segunda instância.

Mas, pelo longo tempo decorrido e ao processo burocratizante de passar por trâmites processuais, quatro pessoas vieram à óbito sem serem atendidas, motivo pelo qual o processo ainda em curso foi extinto.

O questionamento dos processos que não foram julgados conduziu a análise do tempo em que o processo segue o curso. Na tabela 11 evidencia-se que as decisões de antecipação de tutela e intimação da instância de saúde seguem em caráter de urgência, tendo sido atendidas no mesmo dia e/ou no máximo um mês, e de 6 dias à 335 dias, respectivamente. O acesso ao medicamento pela parte autora em média foi de 1 dia à 150 dias.

Tabela 11- Tempo Mediano das demandas judiciais de medicamentos para decisão em antecipação de tutela, intimação da instância de saúde e a obtenção do medicamento por Representação judicial. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

Intervalo de tempo entre:	Representação Judicial			
	Defensoria Pública		Advogado Particular	
	Mínimo (dias)	Máximo (dias)	Mínimo (dias)	Máximo (dias)
Distribuição do Processo e a Decisão Liminar ou Antecipação de Tutela	0 dia	30 dias	0 dia	20 dias
Decisão Liminar ou Antecipação de Tutela e a Intimação da Instância de Saúde	6 dias	335 dias	7 dia	58 dias
Intimação da Instância de Saúde e a Entrega do Medicamento	13 dias	150 dias	1 dia	59 dias

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

*Número de Processos Analisados: 44

O tempo identificado por outros autores para decisão da liminar e antecipação de tutela corresponde ao encontrado nessa pesquisa, sendo nos estudos de Pepe et

al. (2010b) a mediana de 7 dias e nos estudos de Camargo (2011) variou de menos de 1 dia à 31 dias.

Pela tabela 11 constata-se que não houve deferimento das ações em tempo inferior ou superior dos autores das ações que tinham como representação judicial os advogados particulares em detrimento daqueles que detinham como representação judicial os defensores públicos. Entretanto, destaca-se que aqueles que têm como representação os advogados particulares podem ter suas ações judiciais em tempo hábil, já que estes fazem acompanhamento contínuo do processo, com atendimento às solicitações. Por outro lado, os representados pela Defensoria Pública têm que esperar que o processo seja encaminhado a este setor para que seja respondido e encaminhado novamente ao Juiz para parecer final.

Os operadores do direito oficiam o secretário de saúde, como representante da Secretaria de Saúde, com uma intimação de busca e apreensão do medicamento citado em prescrição médica, devendo a diligência ser cumprida junto à Secretaria Municipal de Saúde ou qualquer outro setor do Município responsável pelo estoque de fármacos. E, caso não haja o medicamento demandado, o juiz concede o bloqueio, em qualquer conta do município, da quantia no valor do medicamento requisitado, por um período de três meses.

A determinação do bloqueio vem após a verificação do oficial de justiça de que não há o medicamento demandado em juízo, com o pedido de busca e apreensão. O autor da ação juntamente com seu representante judicial devem apresentar três orçamentos do medicamento requerido, para que seja feita a ordem de bloqueio no do valor do medicamento.

O valor bloqueado é repassado à conta oficial do Fórum de Justiça, o qual deverá repassar para o Cartório, sendo a compra do medicamento efetuada. Após o mandado de pagamento da quantia bloqueada em favor do demandante, a fim de custear as despesas com a aquisição do medicamento, a parte autora efetua a prestação de contas. Verifica-se que o pedido de bloqueio é uma decisão conjunta dos operadores do direito, tendo tido bloqueio em todas as varas cíveis, como verifica a tabela abaixo:

Tabela 12- Distribuição das demandas judiciais de medicamentos com exigência de bloqueio do valor dos medicamentos na Conta do Município. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.

Vara Cível	Exigência Judicial do Bloqueio da Conta do Município		Total
	Sim	Não	
Primeira Vara Cível	14	5	19
Segunda Vara Cível	10	2	12
Terceira Vara Cível	12	4	16
Quarta Vara Cível	10	1	11
Quinta Vara Cível	1	4	5
Total	47	16	63

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

O prazo estipulado pelos juízes variou de 48 horas à 10 dias. Contudo, a análise da tabela revela que os operadores da saúde não têm conseguido responder o processo judicial em tempo hábil e nem mesmo têm conseguido atender à demanda reivindicada via processo judicial, verificando que 74,6 % (47) efetuaram a compra mediante ao bloqueio do valor correspondente ao medicamento requerido.

O valor do bloqueio mencionado nos processos analisados variou de R\$ 74,20 (setenta e quatro reais e vinte centavos) à R\$ 122.240,00 (cento e vinte e dois mil e duzentos e quarenta reais).

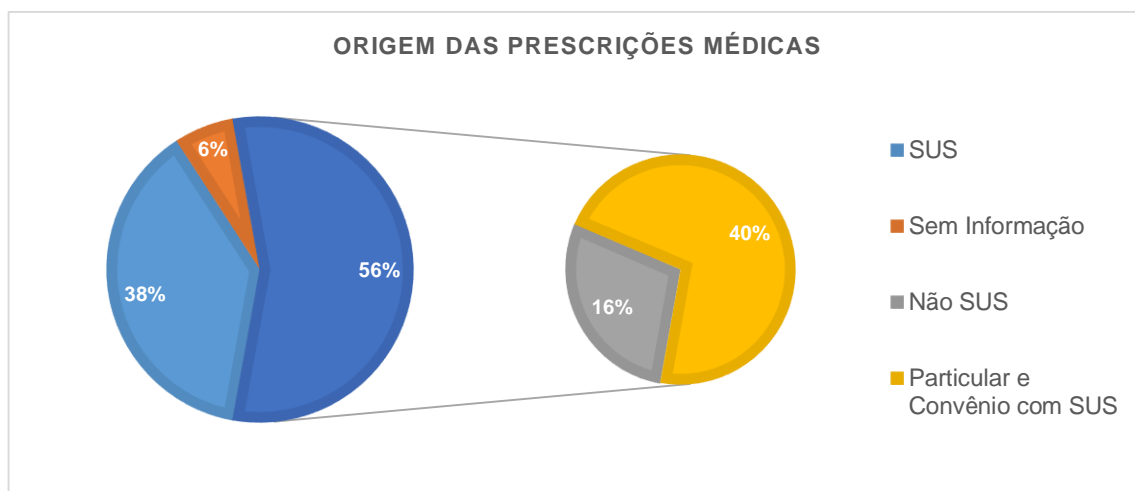
Efetuada o bloqueio da conta do município, a compra do medicamento é feita na farmácia que apresentou o menor orçamento a autor da ação processual.

4.4.4 Características médico-sanitárias das ações judiciais de acesso à medicamentos.

As prescrições médicas presentes nos processos judiciais com demandas de medicamentos foram provenientes de Instituições de Saúde Particular e Conveniadas ao SUS (25; 40 %), Instituições de Saúde do SUS (24; 38,0%), Instituições de saúde sem convênio com SUS (10; 16%). Em 4 (6%) processos não foram encontradas prescrições médicas.

Nestes termos, resultou-se que 56% foram provenientes de instituições privadas e 38% de instituições vinculadas ao SUS, como figura o gráfico 7.

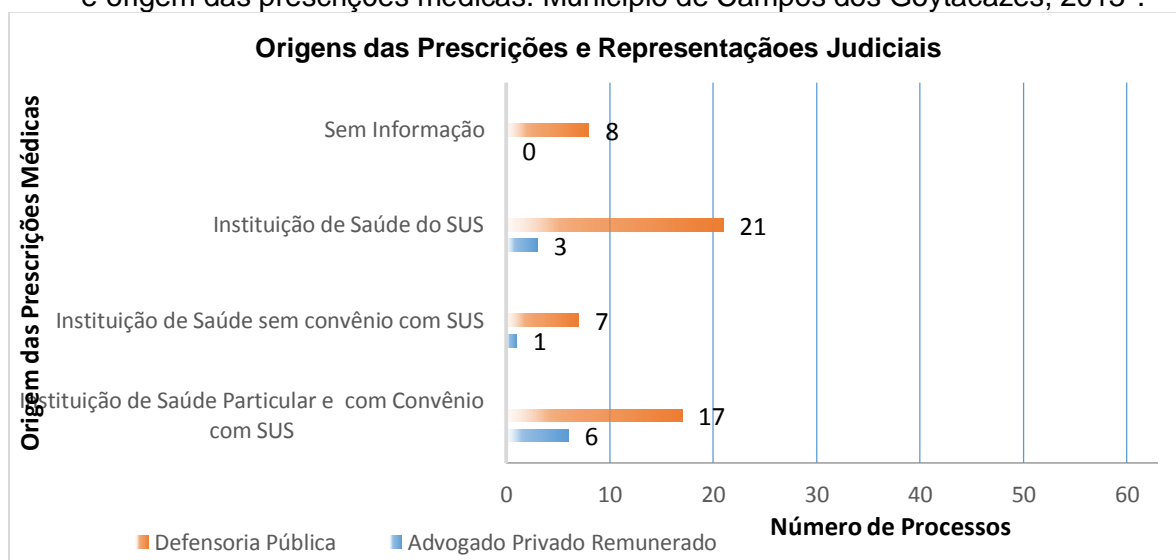
Gráfico 7- Origem das prescrições médicas anexas aos processos judiciais de medicamentos. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes
*Número de Processos Analisados: 63

Curiosamente, os autores das ações judiciais foram, em vezes, provenientes de instituições de Saúde Particulares ou Particulares e Conveniadas ao SUS e representados pela Defensoria Pública; ou ao contrário, mesmo tendo recorrido ao SUS, buscaram o acesso à justiça representados por advogados particulares, como se pode verificar no gráfico 8, que faz a análise dos 63 (100%) processos.

Gráfico 8: Distribuição das demandas judiciais de medicamentos por representação judicial e origem das prescrições médicas. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes.
*Número de Processos Analisados: 63

Essas contradições que foram desveladas no Município de Campos dos Goytacazes vêm ao encontro das pesquisas de Vieira e Zucchi (2007) e Chieffi e Barata (2009), ao analisarem as ações judiciais movidas pelo cidadão contra a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no ano de 2005 e 2006, respectivamente, primeiro com relação à segmentação dos autores das ações judiciais por local de residência, e segundo considerando a origem das receitas médicas e a representação judicial. Ambas variáveis colocam em questionamento a definição da equidade no acesso aos medicamentos no SUS.

No trabalho de Chieffi e Barata (2009), com base no Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, verificou-se que 2.136 (73%) autores das demandas judiciais residiam nos estratos em áreas com nenhuma ou de baixa vulnerabilidade. E, Vieira e Zucchi (2007), a partir do Índice de exclusão/inclusão social (lex), em 133 ações judiciais, destacaram que 73 (63%) dos indivíduos eram domiciliados em área com menor exclusão social.

No tocante à origem das receitas médicas e das representações judiciais, Vieira e Zucchi (2007) destacam que, no ano de 2005, dos 133 mandados judiciais analisados, das 70% das receitas, embora prescritas por entidades da rede SUS, 54% dos impetrantes eram de advogados particulares. E, no trabalho de Chieffi e Barata (2009), identificou-se que dentre os 3007 processos analisados, a metade das prescrições eram da rede SUS (48%) e os demais provenientes do sistema complementar (47%), sendo que a maioria recorreu a representação dos advogados particulares (74%). Estes resultados sugerem que as pessoas em condições para custear os honorários dos advogados poderiam adquirir os medicamentos solicitados (CHIEFFI; BARATA, 2009). Outro pressuposto é o de que os serviços do SUS estão sendo usados para transcrição de prescrições que foram inicialmente feitas por serviço privado com o propósito de impetrar a ação judicial contra o órgão público (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

De modo geral, percebe-se que os operadores da saúde (principalmente os médicos) e os operadores do direito (principalmente os advogados particulares) influenciam no acesso ao direito à saúde, via justiça, e, por conseguinte, estariam contribuindo para a iniquidade do acesso aos direitos públicos.

As prescrições médicas possuem, prioritariamente, o nome do paciente; posologia, via de administração e data.

Tabela 13- Características das prescrições médicas anexas aos processos judiciais de medicamentos. Município de Campos dos Goytacazes, 2013.

Prescrição	Características						Total
	Sim		Não		Sem informação		
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	
Nome do Paciente	48	92,3	0	0	4	7,7	63
Letra legível	35	67,3	13	25	4	7,7	63
Endereço Residencial	3	5,8	45	86,5	4	7,7	63
Posologia	45	86,5	3	5,8	4	7,7	63
Via de Administração	44	84,6	4	7,7	4	7,7	63
Associação em Doses Fixas	3	5,8	45	86,5	4	7,7	63
Tempo de Duração	17	32,7	31	59,6	4	7,7	63
Endereço do Consultório ou Residência	34	65,4	14	26,9	4	7,7	63
Data	45	86,5	3	5,8	4	7,7	63

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

As prescrições médicas revelam que os autores das ações judiciais apresentavam, principalmente, Doenças do aparelho circulatório (12; 17,4%); Transtornos mentais e comportamentais (12; 17,4%); Doenças do aparelho respiratório (10; 14,5%); Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (10; 14,5%); Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (6; 8,7%); Doenças do sistema nervoso (6; 8,7%); Doenças do olho e anexos (4; 5,8%); Neoplasias [Tumores] (4; 5,8%); Algumas doenças infecciosas e parasitárias (2; 3,0%), como mostra a tabela 14 e 15.

Tabela 14 - Distribuição dos diagnósticos principais identificados, segundo capítulo e agrupamento da CID10. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

Capítulo	Agrupamento	Descrição	Nº	%
IX	I00-I99	Doenças do aparelho circulatório	12	17,4
V	F00-F99	Transtornos mentais e comportamentais	12	17,4
V	E00-E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	10	14,5
X	J00-J99	Doenças do aparelho respiratório	10	14,5
XIII	M00-M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	6	8,7
VI	G00-G99	Doenças do sistema nervoso	6	8,7
VII	H00-H59	Doenças do olho e anexos	4	5,8
II	C00-D48	Neoplasias [Tumores]	4	5,8
I	A00-B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	3,0
III	D50-D89	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	1	1,4
XIV	N00-N99	Doenças do aparelho geniturinário	1	1,4
XI	K00-K93	Doenças do aparelho digestivo	1	1,4
XVII	Q00-Q99	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	1,4
XVIII	R00-R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	1	1,4

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes.

*Número de Processos Analisados: 63

Tabela 15 - Distribuição dos diagnósticos principais e secundários, identificados segundo capítulo e agrupamento da CID-10. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

Capítulo	Agrupamento CID-10	Descrição	Nº
IX	I10-I15	Doenças hipertensivas	3
	I20-I25	Doenças isquêmicas do coração	4
	I60-I69	Doenças cerebrovasculares	1
	I70-I79	Doenças das artérias das arteríolas e dos capilares	5
V	F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	5
	F30-F39	Transtornos do humor [afetivos]	2
	F40-F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes	3
	F70-F79	Retardo mental	1
	F80-F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico	1
X	J10-J18	Influenza [gripe] e pneumonia	2
	J30-J39	Outras doenças das vias aéreas superiores	1
	J40-J47	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	7
V	E00-E07	Transtornos da glândula tireóide	1
	E10-E14	Diabetes mellitus	8
	E70-E90	Distúrbios metabólicos	1
XIII	M30-M36	Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo	1
	M40-M54	Dorsopatias	2
	M70-M79	Outros transtornos dos tecidos moles	2
	M80-M94	Osteopatias e condropatias	1
VI	G30-G32	Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	4
	G40-G47	Transtornos episódicos e paroxísticos	1
	G50-G59	Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos	1
VII	H40-H42	Glaucoma	3
	H55-H59	Outros transtornos do olho e anexos	1
II	C50	Neoplasias [tumores] malignas(os) da mama	2
	C60-C63	Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos genitais masculino	1
	C81-C96	Neoplasias [tumores] malignas(os) do tecido linfático, hematopoético e de tecidos correlatos	1
I	A50-A64	Infecções de transmissão predominantemente sexual	1
	B15-B19	Hepatite viral	1
III	D10-D36	Neoplasias [tumores] benignas(os)	1
XIV	N17-N19	Insuficiência renal	1
XI	K20-K31	Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	1
XVII	Q38-Q45	Outras malformações congênitas do aparelho digestivo	1
XVIII	R30-R39	Sintomas e sinais relativos ao aparelho urinário	1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes
*Número de Processos Analisados: 63

Nos estudos que analisam as prescrições médicas em outros Estados e Municípios é possível observar também a prevalência das doenças cardiovasculares

(SANT' ANA et al., 2011b, PEPE et al., 2010b), das doenças que afetam o sistema nervoso (SANT' ANA et al., 2011b, PEPE et al., 2010b), das doenças crônicas (VIEIRA; ZUCCHI, 2007; MESSENDER, 2005) e das doenças do aparelho respiratório (SANT' ANA et al., 2011b, PEPE et al., 2010b).

As prescrições médicas tinham indicação de 120 tipos de medicamentos, assim como, outros tipos de insumos como Máscara, Aparelho CPAP, Fralda geriátrica e Lancetas de Glicemia. A partir destes últimos, pode se considerar que não são apenas os medicamentos que têm sido judicializados, embora não tenham sido objetos de análises desta pesquisa. Quatro nomes citados nas prescrições médicas (Fisogel, Fluorsal, Nitropazam; Tomax) não foram encontrados nos processos para caracterizá-los como medicamentos ou outros insumos, e, portanto, não foram, também, analisados.

Ressalta-se que os processos judiciais continham prescrições médicas com solicitação de medicamentos que são mais frequentes que os outros, sendo que para análise obteve-se um total de 170 (100%) medicamentos.

Os medicamentos solicitados pelo primeiro nível do Código Anatômico, Terapêutico e Químico possuem as seguintes indicações: Sistema cardiovascular; Sistema nervoso; Aparelho digestivo e metabolismo; Antineoplásicos e agentes imunomoduladores; Sistema respiratório; Sistema músculo esquelético; Órgãos sensoriais; Sangue e órgãos formadores de sangue; Preparações hormonais sistêmicas, exceto hormônios sexuais e insulina; Antiinfeciosos de uso sistêmico, Sistema geniturinário e Hormônios sexuais; Dermatológicos. Na tabela 16 segue a distribuição.

Tabela 16– Distribuição dos medicamentos solicitados, segundo classificação pelo primeiro nível do Código Anatômico, Terapêutico e Químico - código ATC. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

ATC- Grupo Anatômico	Frequência Nº	Percentual %
C - Sistema cardiovascular	42	24,7
N - Sistema nervoso	30	17,6
A - Aparelho digestivo e metabolismo	26	15,3
L - Antineoplásicos e agentes imunomoduladores	19	11,2
R - Sistema respiratório	17	10,0
M - Sistema músculo esquelético	10	5,9
S- Órgãos sensoriais	9	5,3
B- Sangue e órgãos formadores de sangue	8	4,7
H- Preparações hormonais sistêmicas, exceto hormônios sexuais e insulina	5	2,9
J- Antiinfeciosos de uso sistêmico	2	1,2
G- Sistema geniturinário e hormônios sexuais	1	0,6
D- Dermatológico	1	0,6
Total	170	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

*Número de Processos Analisados: 63

Observou-se, nestas prescrições, que os profissionais de saúde médicos, no município de Campos dos Goytacazes, têm priorizado os medicamentos de marca (Referência) (102; 60%), em detrimento dos medicamentos prescritos por nomes genéricos (68; 40%), que possuem menores custos, mesmo princípio ativo e a mesma eficácia para saúde do paciente.

Nos estudos de Romero (2008), Machado et al. (2010), Camargo (2011) Sant'Ana et al. (2011b) também foram encontrados, respectivamente, 60,0% (166 medicamentos), 19,5% (70 medicamentos), 37,6% (66 medicamentos), 29,6% (34 medicamentos) prescritos por nomes genéricos. Nestes termos, apesar da Lei Federal (9.787/99) em vigência, notou-se que os operadores da saúde, representados pelos profissionais médicos, não vem cumprindo a recomendação para que todas as prescrições no âmbito do SUS sejam efetuadas pelo nome genérico e, pelo observado, não está sendo cumprida.

Ao avaliar as prescrições com medicamentos por nomes genéricos mais frequentes, identificou-se que a maior parte pertencem a alguma lista do SUS, como pode-se notar na tabela abaixo:

Tabela 17- Distribuição dos Medicamentos solicitados, classificados pelo quinto nível do Código Anatômico, Terapêutico e Químico - código ATC, com prescrição por nome genérico e presença nas listas do SUS. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

ATC	Princípio Ativo	Listas Oficiais do SUS	Nº	%
C10AA05	Atorvastatina 20mg, comprimido	REMUME/RENAME	7	10,3
L01AA01	Ciclofosfamida 50mg, comprimido	RENAME	4	5,9
L03AB11	Peginterferona alfa-2 ^a 180 mcg; frasco-ampola	RENAME	3	4,4
N02BA01	Ácido acetilsalicílico 100 mg, comprimido	REMUME/RENAME	2	2,9
L02BX03	Acetato de Abiraterona 250 mg, comprimido	Não listado	2	2,9
B01AC04	Bissulfato de Clopidogrel 75mg, comprimidos	REMUME/RENAME	2	2,9
C07AG02	Carvedilol 12,5 mg, comprimidos	REMUME/RENAME	2	2,9
C10AB08	Ciprofibrato 100 mg, comprimido	REMUME/RENAME	2	2,9
C03CA01	Furosemida 40 mg; Comprimido	REMUME/RENAME	2	2,9
M01AX17	Nimesulida 100mg; comprimido	Não listado	2	2,9
R03DX05	Xarope de lactrina 120 ml	Não listado	2	2,9
L01XC03	Trastuzumab fr. multidose c/ 440mg de pó concentrado	Não listado	2	2,9
C07AA05	Cloridrato de Propranolol 40 mg, comprimido	REMUME/RENAME	2	2,9
N02BE01	Paracetamol 750mg; comprimido	Não listado	2	2,9
N06AB04	Citalopram 20mg, comprimido	REMUME	2	2,9
Outros			30	44,1
Total			68	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

*Número de Processos Analisados: 63

Observando a distribuição dos medicamentos solicitados contata-se a presença de medicamentos inclusos nas listas do SUS (REMUME, RENAME, Programa de Medicamentos Excepcionais) (89; 52,4%), mas, também, medicamentos que não são distribuídos pelo SUS (81; 47,6%). Esta constatação sugere duas conclusões: falha na gestão da assistência farmacêutica por parte dos gestores e

influência da indústria de insumos e o mercado para inclusão na lista de medicamentos no SUS para a prescrição por nome de marca.

A tabela 18 discrimina a distribuição dos medicamentos de acordo com os preceitos normativos do SUS:

Tabela 18 - Distribuição dos medicamentos solicitados conforme as listas de medicamentos essenciais vigentes. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

Lista do SUS	Frequência Nº	Percentual %
Lista REMUME	32	19,0
Lista REMUME e RENAME	34	20,0
Lista RENAME	23	13,5
Não Listado	81	47,6
Total	170	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

*Número de Processos Analisados: 63

Dentre estes medicamentos, pertencentes às listas do SUS, os que são mais frequentemente judicializados são apresentados na tabela 19.

Tabela 19- Distribuição dos Medicamentos solicitados, classificados pelo quinto nível do Código Anatómico, Terapêutico e Químico - código ATC e presença nas listas do SUS. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

ATC	Princípio Ativo	Listas Oficiais do SUS	Nº	%
C10AA05	Atorvastatina 20mg, comprimido	REMUME/RENAME	7	13,2
C01EB15	Trimetazidina 35mg, comprimido	REMUME	5	9,4
L01AA01	Ciclofosfamida 50mg, comprimido	RENAME	4	7,5
R03DA08	Cloridrato de bamifilina 300 mg, comprimidos	REMUME	3	5,7
R03BB04	Brometo de Tiotropio 2,5 mcg, frasco	REMUME	3	5,7
L03AB11	Peginterferona alfa-2 ^a 180 mcg; frasco-ampola	RENAME	3	5,7
N02BA01	Ácido acetilsalicílico 100 mg, comprimido	REMUME/RENAME	2	3,8
B01AC04	Bissulfato de Clopidogrel 75mg, comprimidos	REMUME/RENAME	2	3,8
C07AG02	Carvedilol 12,5 mg, comprimidos	REMUME/RENAME	2	3,8
C10AB08	Ciprofibrato 100 mg, comprimido	REMUME/RENAME	2	3,8
N06AB04	Citalopram 20mg, comprimido	REMUME	2	3,8
H02AB13	Deflazacorte 30 mg, Comprimido	REMUME	2	3,8
C03CA01	Furosemida 40 mg; comprimido	REMUME/RENAME	2	3,8
A10BA02	Metformina 500mg; comprimido	REMUME	2	3,8
A10AE04	Insulina Glargina 100UI/ML - 3ML; Frasco	REMUME	2	3,8
S01ED01	Maleato de Timolol 5 mg/ML, frasco	REMUME/RENAME	2	3,8
C07AA05	Cloridrato de Propranolol 40 mg, comprimido	REMUME/RENAME	2	3,8
N06BA04	Metilfenidato 10 mg, comprimido	REMUME	2	3,8
C10AA02	Sinvastatina 40 mg, comprimido	RENAME	2	3,8
C10AA01	Sinvastatina 20 mg, comprimido	REMUME/RENAME	2	3,8
Outros			36	40,4
Total			89	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

Em relação aos medicamentos que não estão inclusos na lista do SUS (81; 47,6%), estes são apresentados na tabela 20.

Tabela 20 – Distribuição dos Medicamentos solicitados, classificados pelo quinto nível do Código Anatômico, Terapêutico e Químico - código ATC e que não constam nas listas do SUS. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

ATC	Princípio Ativo	Nº	%
L01XX27	Trióxido de Arsênio 10mg, sol injetável	5	15,0
N05AX13	Palmitado de Paliperidona 100 mg; Sol. Injetável	3	9,4
L02BX03	Acetato de Abiraterona 250 mg, comprimido	2	6,3
M05BA08	Ácido zoledrônico 5mg/100ml injetável	2	6,3
L01XC06	Cetuximabe 5mg/ml, solução injetável	2	6,3
C07AB07	Hemifumarato de Bisoprolol 10 mg; comprimido	2	6,3
S01ED51	Bimatoprost + Timolol 3 ml de solução oftálmica	2	6,3
A02BC05	Esomeprazol 20 mg; comprimido	2	6,3
M01AX17	Nimesulida 100mg; Comprimido	2	6,3
N03AG03	Ácido gama-aminobutírico + Ácido glutâmico + Fosfato de cálcio dibásico + Cloridrato de tiamina + Cloridrato de piridoxina + Cianocobalamina Comprimido	2	6,3
R03DC03	Montelucaste de sódico 30 saches	2	6,3
L01XC03	Trastuzumab 150 mg(Herceptin 720 mg EV) fr. multidoso c/ 440mg de pó concentrado	2	6,3
S01EE01	Xarope de lactrina 120 ml	2	6,3
N02BG90	Clonixinato de lisina 125 mg; comprimido	2	6,3
Outros		49	60,5
Total		81	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes
*Número de Processos Analisados: 63

A análise desses medicamentos, prescritos por nome de referência, revela que, dentre os 81 (47,6%) medicamentos requeridos, existe, dentre os mais recorrentes,

os que requerem avaliações com bases em dados científicos, para inclusão ou não na lista oficiais do SUS. Haveria, portanto, pressão por parte da indústria de insumos para inseri-los?

Em outras pesquisas nota-se, também, que a maioria dos medicamentos não figuravam em nenhuma das listas oficiais do SUS, com o percentual de 56,7% em Machado et al. (2010b), 77% em Chieffi e Barata (2009), e 38% em Vieira e Zucchi (2007).

Observou-se, também, que 17 (10%) dos medicamentos foram prescritos pelos médicos, e concedidos judicialmente por nome de referência (81 medicamentos), mesmo tendo alternativa terapêutica no SUS. Veja na tabela abaixo:

Tabela 21- Distribuição dos medicamentos demandados com alternativa terapêutica no Sistema Único de Saúde, classificados pelo quinto nível do Código Anatômico, Terapêutico e Químico - código ATC e Listas Oficiais do SUS. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

ATC	Medicamentos prescritos Referencia	Alternativa terapêutica no SUS	Listas do SUS	Nº	%
C03DA01	Aldactone 50mg, comprimido	Espironolactona 25mg ou 100mg; comprimido	REMUME/ RENAME	1	5,9
B01AC06	Aspirina Prevent 100 mg, comprimido	ácido acetilsalicílico 100mg, comp.	REMUME/ RENAME	1	5,9
A12AX	Bonecal D 600 mg, comprimido	carbonato de cálcio 500mg + colecalciferol 200UI	RENAME	1	5,9
B01AB05	Clexane 40mg, sol. Injetável	Enoxaparina 40mg sol. Injetável	REMUME	2	11,8
N06BA04	Concerta 18 mg; Comprimido	Metilfenidato 10mg ou 40mg; Comprimido	REMUME	1	5,9
N03AG01	Depakote Er 500 mg,comprimido	Divalproato de Sódio 500 mg,comprimido	REMUME	1	5,9
G02CB03	Dostinex 0,5 mg; Comprimidos	Cabergolina 0,5 mg; Comp.	RENAME	1	5,9
N05BA22	Eutonis 2 mg; comprimido	Cloxazolam 2 mg; comprimido	REMUME	1	5,9
N06DA03	Exelon 1,5 mg; cápsula	Rivastigmina 1,5 mg; capsula	RENAME	1	5,9
C09CA01	Losartana potássica 25 mg; Comprimido	Losartana potássica 25 mg; Comprimido	REMUME/ RENAME	1	5,9
N02BE01	Paracetamol 750 mg; comprimido	Paracetamol 500mg; Comprimido	REMUME/ RENAME	2	11,7
03AK07	Seretide 30/50 mg; comprimido	Xinafoato de salmeterol Propionato de fluticasona 50/250 mg; comprimido	RENAME	2	11,7
L01XC03	Herceptin 720 mg EV; fr. multidose c/ 440mg de pó concentrado	Trastuzumab 150 mg; fr. multidose c/ 440mg de pó concentrado	RENAME	2	11,7
Total				17	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

*Número de Processos Analisados: 63

A alternativa terapêutica foi encontrada em proporção maior nos trabalhos de Machado et al. (2011) no Estado de Minas Gerais, em que 80% (806) dos medicamentos judicializados havia alternativa terapêutica, e de Vieira e Zucchi (2007),

no Estado de São Paulo, em que 73% (43) dos medicamentos tinha alternativa terapêutica disponível no SUS. Esses autores ressaltam que o fornecimento de medicamentos com insuficiente evidência de sua eficácia e segurança contraria as diretrizes do SUS e as leis que regulamentam a Política de Assistência Farmacêutica, principalmente para aqueles que possuem alternativas terapêuticas com eficácia, segurança e custo-efetividade.

Nesta presente pesquisa, um ponto positivo é o de que 170 (100%) medicamentos demandados judicialmente possuem registros na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

A maioria dos trabalhos tem evidenciado que os medicamentos possuem registro na Anvisa: Sant' Ana *et al.* (2011b) identificou 99,1% (26); Machado *et. al.* (2011) com 94,1% (1672), Pepe *et al.* (2010b) com 99,1% (317), Chieffi e Barata (2009) com 97% (926) e Marques e Dallari (2007) com 90,4% (28).

Nesse sentido, conforme aponta a tabela 22, são apresentadas as características dos medicamentos prescritos e demandados por ordem judicial.

Tabela 22- Características dos medicamentos prescritos e concedidos por ordem judicial segundo a conformidade com as legislações vigentes. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

Características dos Medicamentos	Frequência N°	Total	Percentual %	Total
Medicamentos Genéricos	68	170	40,0	100
Medicamentos Referência	102	170	60,0	100
Medicamentos Pertencentes à lista do SUS	89	170	52,4	100
Medicamentos que não Pertencem às listas do SUS	81	170	47,6	100
Medicamentos com Alternativa Terapêutica no SUS	17	170	10,0	100
Medicamentos com Registro na ANVISA	170	170	100	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes
*Número de Processos Analisados: 63

4.4.5 Características político-administrativas das ações judiciais.

Dos medicamentos judicializados, 47,6 % (81) não pertencem às listas Oficiais do SUS, e, por isso, não há competência de cumprimento às ordens judiciais definidas a algum ente da federação em específico. Entretanto, conforme pode ser visualizado na tabela, 52,4% (89) fazem parte de alguma lista do SUS e de algum Componente de financiamento do SUS, dentre os quais se destacam: 55 (32,4%) do Componente

Básico de Assistência Farmacêutica e 34 (20,0%) do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Nota-se que não foi encontrado medicamento pertencente ao Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Vide tabela 23).

Tabela 23 - Distribuição dos medicamentos solicitados por processos judiciais segundo o Componente de Financiamento do SUS e Listas Oficiais do SUS. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

Componente da Assistência Farmacêutica	Frequência N°	Percentual %
Medicamentos do CBAF	55	32,4
Medicamentos do CEAF	34	20,0
Medicamentos do CESAF	0	0
Medicamentos não inclusos à lista SUS	81	47,6
Total	170	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

*Número de Processos Analisados: 63

Essa tabela, quando remete ao Componente Básico de Assistência Farmacêutica, mostra que ainda é grande o déficit de medicamentos básicos (55; 61,8%), tanto no município em estudo, quanto dos que estão inclusos na lista RENAME, que são de atribuição do Estado. Esse resultado vai de encontro do mencionado por Alves (2013), que, ao analisar as vias de acesso à assistência farmacêutica neste Município, evidenciou que o acesso aos medicamentos essenciais continua insuficiente, justificando a procura pela justiça.

O percentual de 38,2% (34) encontrado para os medicamentos especializados da assistência farmacêutica sugere análises, pois, são para tratamento de doenças específicas, e, em sua maioria, de alto custo. Então, para serem requeridos é exigido que o paciente realmente apresente o problema de saúde, o medicamento esteja de acordo com o Protocolo Clínico, e que abra um processo administrativo para que o medicamento seja dispensado pelo Estado/Ministério da Saúde. Estes medicamentos podem ser visualizados na tabela abaixo:

Tabela 24- Distribuição dos medicamentos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, classificados pelo quinto nível do Código Anatômico, Terapêutico e Químico - código ATC e Listas Oficiais do SUS. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

ATC	Medicamento	Listas Oficiais do SUS	Nº	%
C10AA05	Atorvastatina 20mg, comprimido	REMUME/RENAME	7	20,6
L01AA01	Ciclofosfamida 50mg, comprimido	RENAME	4	11,8
L03AB11	Peginterferona alfa-2 ^a 180 mcg; frasco-ampola	RENAME	3	8,8
B01AC04	Bissulfato de Clopidogrel 75mg, comprimidos	REMUME/RENAME	2	5,9
C10AB08	Ciprofibrato 100 mg, Comprimido	REMUME/RENAME	2	5,9
S01ED01	Maleato de Timolol 5mg/ml solução oftálmica, frasco	REMUME/RENAME	2	5,9
S01EE01	Latanoprostá 50mcg solução oftálmica gota(s), frasco(s) com 2,5ml	RENAME	2	5,9
R03AK07	Budesonida + Formoterol 12/400 mg, capsula	RENAME	1	2,9
N06DA02	Cloridato de Donepezila 5mg, comprimido	RENAME	1	2,9
N06DA02	Cloridato de Donepezila 10 mg; comprimido	RENAME	1	2,9
N06DA03	Rivastigmina 1,5 mg; capsula	RENAME	1	2,9
R03AK07	Formoterol + Budesonida 12/400 mcg; comprimido	RENAME	1	2,9
L04AA13	Leflunomida 20 mg, comprimido	RENAME	1	2,9
S01EE03	Bimatoprostá 0,3 mg/ml, Colírio	RENAME	1	2,9
N05AH04	Quetiapina 25 mg; comprimido	REMUME/RENAME	1	2,9
J05AB04	Ribavirina 250 mg; cápsula	RENAME	1	2,9
N03AG04	Vigabatrina 500mg, comprimido, cx. c/60	RENAME	1	2,9
J05AE11	Telaprevir 375 mg, comprimido	RENAME	1	2,9
G02CB03	Cabergolina 0,5 mg; Comprimidos	RENAME	1	2,9
Total			34	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

*Número de Processos Analisados: 63

A falta ou a omissão dos insumos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica pode implicar ineficiência na gestão em duplo grau: 1) Pelo atendimento em âmbito local, por parte do profissional de saúde que, na maioria das vezes, receitou o medicamento que não corresponde a doença e agravo estabelecidos por Protocolos Clínicos em vigência (Portaria nº 1.554 de 30 de julho de 2013), como por parte do gestor municipal que deixou de requerer o medicamento; 2) Por parte do gestor Estadual que, mesmo com as solicitações, não tem fornecido o medicamento. Estas afirmações serão mais bem visualizadas nas tabelas 24 e 25, a seguir.

A tabela 25 mostra que, dentre os 34 processos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, 53% (18) dos diagnósticos prescritos pelo médico não correspondem ao medicamento prescrito.

Tabela 25- Distribuição dos medicamentos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e classificados com diagnóstico correspondente a Portaria nº 1.554 de 30 de julho de 2013 e o diagnóstico prescrito e anexo ao processo judicial. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

ATC	Medicamento	Doença (CID 10) (Protocolo Clínico)	Diagnóstico prescrito e anexo ao Processo
C10AA05	Atorvastatina 20mg, comprimido	Sem diagnóstico correspondente (7)	–
L01AA01	Ciclofosfamida 50mg, comprimido	Sem diagnóstico correspondente (4)	–
L03AB11	Peginterferon alfa-2 ^a 180 mcg; Seringa preenchida	Hepatite Viral C (B17.1) (3)	SIM
B01AC04	Bissulfato de Clopidogrel 75mg, comprimidos	Outras malformações congenitas do sistema vascular periférico (Q27) (2)	SIM
C10AB08	Ciprofibrato 100 mg, Comprimido	Sem diagnóstico correspondente (2)	–
S01ED01	Maleato de Timolol 5mg/ml solução oftálmica frasco	Glaucoma (H40.1) (2)	SIM
S01EE01	Latanoprostá 50mcg solução oftálmica gota(s), frasco(s) com 2,5ml	Glaucoma (H40.1) (2)	SIM
R03AK07	Budesonida + Formoterol 12/400 mg, capsula	Sem diagnóstico correspondente (1)	–
N06DA02	Cloridato de Donepezila 5mg, comprimido	Doença de Alzheimer (G30.0) (1)	SIM
N06DA02	Cloridato de Donepezila 10 mg; comprimido	Sem diagnóstico correspondente (1)	–
N06DA03	Rivastigmina 1,5 mg; capsula	Sem Informação (1)	Sem Informação
L04AA13	Leflunomida 20 mg, comprimido	Sem Informação (1)	Sem Informação
S01EE03	Bimatoprostá 0,3 mg/ml, Colírio	Glaucoma primário de ângulo aberto (H40.2) (1)	SIM
N05AH04	Quetiapina 25 mg; comprimido	Sem diagnóstico correspondente (1)	–
J05AB04	Ribavirina 250 mg; cápsula	Hepatite viral crônica (B18) (1)	SIM
N03AG04	Vigabatrina 500mg, comprimido, cx. c/60	Sem diagnóstico correspondente (1)	–
J05AE11	Telaprevir 375 mg, comprimido	Outras hepatites virais agudas (B17) (1)	SIM
G02CB03	Cabergolina 0,5 mg; Comprimidos	Hiperfunção da hipófise (E22) (1)	SIM

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

* Número de Processos Analisados: 63

Os medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica são os recomendados pelos Protocolos Clínicos, e, contudo, alguns medicamentos

estão prescritos para indicação diferente do regulamentado. Esta condição é denominada de uso *off label*, sendo, nesta pesquisa, o equivalente a 17(10%).

Na tabela 26, 100% (34) dos processos citam o Município como réu, e, em 61,8% (21) processos o Estado foi citado, quando, conforme a Portaria nº 1.554 de 30 de julho de 2013, a responsabilidade para os processos eram: 58,8% (20) correspondente ao Estado (Secretaria Estadual de Saúde- aquisição, financiamento, armazenamento e dispensação); 29,4% (10) correspondente à União (Ministério da Saúde- Aquisição e financiamento) e ao Estado (Secretaria Estadual de Saúde- armazenamento e dispensação); e 11,8% (4) de responsabilidade do Estado (Secretaria Estadual de Saúde- aquisição, armazenamento e dispensação) e da União (Ministério da Saúde-financiamento). Dessa forma, visualiza-se que o município acaba por assumir uma responsabilidade que não lhe cabe.

Tabela 26- Distribuição dos medicamentos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, e classificação dos órgão gestor responsável pela a aquisição, financiamento, armazenamento e dispensação conforme a Portaria nº 1.554 de 30 de julho de 2013, e segundo o réu citado nos processos. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

ATC	Medicamento	Réu Citado	Réu Responsável
C10AA05	Atorvastatina 20mg, comprimido	Municípios (4) Município/Estado (3)	SES**
L01AA01	Ciclofosfamida 50mg, comprimido	Município/Estado (4)	SES**
L03AB11	Peginterferon alfa-2 ^a 180 mcg; Seringa preenchida	Município/Estado (3)	SES/MS**
B01AC04	Bissulfato de Clopidogrel 75mg, comprimidos	Município (2)	SES**
C10AB08	Ciprofibrato 100 mg, Comprimido	Município (2)	SES**
S01ED01	Maleato de Timolol 5mg/ml solução oftálmica, frasco	Município/Estado (2)	SES**
S01EE01	Latanoprostá 50mcg solução oftálmica gota(s), frasco(s) com 2,5ml	Município/Estado (2)	SES/MS**
R03AK07	Budesonida + Formoterol 12/400 mg, capsula	Município (1) Município/Estado (1)	SES**
N06DA02	Cloridato de Donepezila 5mg, comprimido	Município/Estado (1)	SES/MS**
N06DA02	Cloridato de Donepezila 10 mg; comprimido	Município/Estado (1)	SES/MS**
N06DA03	Rivastigmina 1,5 mg; capsula	Município (1)	SES/MS**
L04AA13	Leflunomida 20 mg, comprimido	Município (1)	SES/MS**
S01EE03	Bimatoprostá 0,3 mg/ml, Colírio	Município(1)	SES/MS**
N05AH04	Quetiapina 25 mg; comprimido	Município (1)	SES/MS**
J05AB04	Ribavirina 250 mg; cápsula	Município/Estado (1)	SES/MS**
N03AG04	Vigabatrina 500mg, comprimido, cx. c/60	Município/Estado (1)	SES**
J05AE11	Telaprevir 375 mg, comprimido	Município/Estado (1)	SES/MS**
G02CB03	Cabergolina 0,5 mg; Comprimidos	Município (1)	SES/MS**

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

*Número de Processos Analisados: 63

Legenda**:

SES- Secretaria Estadual de Saúde compete a aquisição, financiamento, armazenamento e dispensação.

SES/MS- Secretaria Estadual de Saúde compete o armazenamento e dispensação e ao Ministério da Saúde a aquisição e financiamento.

SES/MS- Secretaria Estadual de Saúde compete a aquisição, armazenamento e dispensação e ao Ministério da Saúde o financiamento.

O fato dos medicamentos correspondentes ao tratamento de endemias, DST/AIDS, Sangue e hemoderivados e Imunológicos, que são financiados centralizadamente pelo Ministério da Saúde e pertencentes ao Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica não estarem sendo judicializadas, significa que os medicamentos são corretamente distribuídos para esses grupos específicos. O que representa um avanço, pois estes medicamentos já foram alvo de processos judiciais, principalmente na década no período de 1992 a 2005, com os pacientes por HIV/AIDS. Ao mesmo tempo, suscita questionamentos, já que há o planejamento e gestão eficiente para estes medicamentos e para os outros Componentes não.

A análise em outras regiões do país remete a uma realidade diferente da revelada por Campos dos Goytacazes. Enquanto neste município os medicamentos judicializados pertencem ao Componente Básico de Assistência Farmacêutica e do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica, os demais trabalhos mostram que há uma preponderância para os medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica como revela Sant'Ana et al. (2011b) com 19,3%, Machado et al.(2011) com 23,85%, Chieffi e Barata (2009) com 13% e Messeder et al. (2005) com 31,4%.

Analisando os valores dos medicamentos que mais foram judicializados, verifica-se que o governo paga por cada medicamento um valor de 77 % a mais por efetuar o pagamento diretamente às farmácias e drogarias, em detrimento da compra efetuada em caráter administrativo.

Tabela 27- Gastos dos medicamentos mais solicitados em processo judicial com compra unitária efetuada nas farmácias e o valor dos medicamentos nas compras efetuada pelo governo. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

Nome do Medicamento	Quantitativo requerido	Preço de Fábrica	Preço Máximo ao Consumidor (R\$)	Preço Máximo de Venda ao Governo (R\$)
Atorvastatina 20mg, comprimido	7	37,46	51,79	29,25
Trióxido de Arsênio 10mg, sol injetável	5	7.543,83	5890,22	---
Trimetazidina 35mg, comprimido	5	42,25	58,41	32,99
Ciclofosfamida 50mg, comprimido	4	53,32	73,70	41,63
Peginterferon alfa-2 ^a 180 mcg; frasco-ampola	3	1246,55	1.723,18	973,31

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes

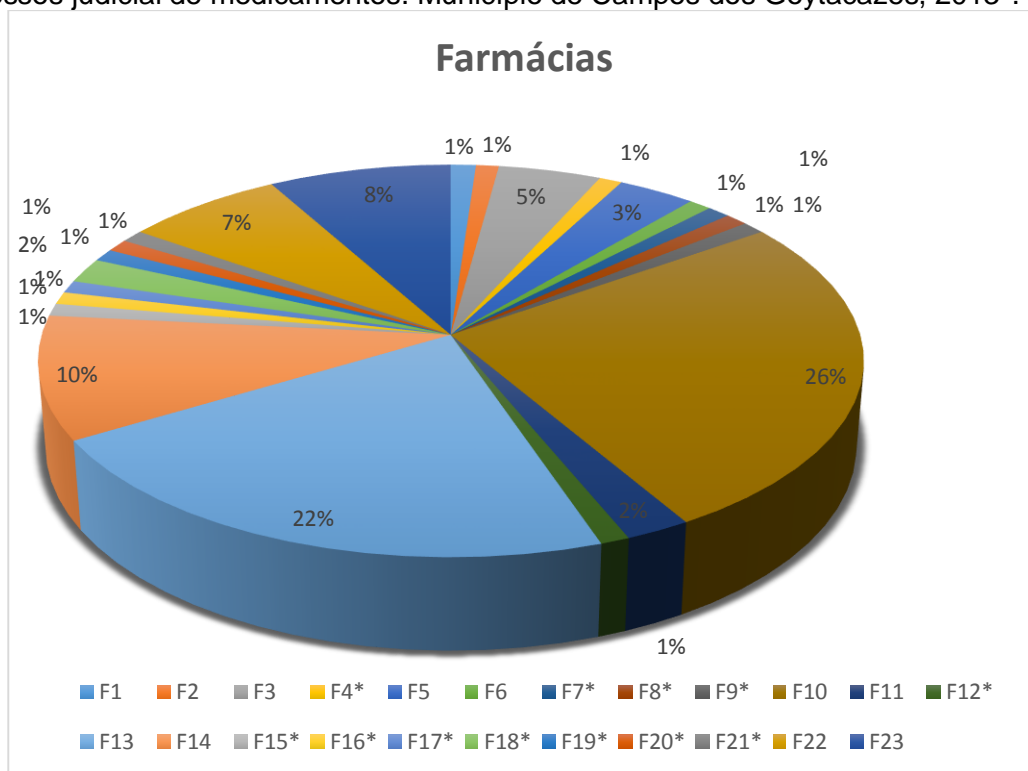
*Número de Processos Analisados: 63

Relevante destacar que apenas um demandante teve 11 bloqueios para que sua necessidade fosse atendida.

Não foi possível inferir quais os medicamentos que eram provenientes das instituições de saúde conveniadas ao SUS, já que um mesmo medicamento é prescrito tanto por profissional do SUS quanto por profissional do sistema de saúde privado, e, muitas vezes, o mesmo profissional atua tanto no SUS como no consultório privado.

Também não foi possível identificar de qual laboratório o medicamento foi fornecido, mas foram identificadas as farmácias fornecedoras em 89 orçamentos em 26 farmácias diferentes e com frequência de cinco farmácias: (F10 (26%), F13 (22%), F14 (10%), F23 (8%) F22 (7%), com onze farmácias que só vendem pelos sites de internet (F4 (1%), F7 (1%), F8 (1%), F9 (1%), F15 (1%), F16 (2%); F17(1%), F18 (1%), F19 (3%), F20(1%), F21(1%).

Gráfico 9- Frequência das farmácias presentes nos orçamentos anexos aos processos judicial de medicamentos. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes
*Número de Processos Analisados: 63

A tabela 28 apresenta a relação dos medicamentos que obtiveram maior bloqueio nas ações judiciais impetradas com demanda de medicamentos.

Tabela 28- Gastos dos medicamentos mais solicitados em processo judicial, segundo o bloqueio judicial, a renda do autor da ação judicial e a origem da prescrição médica. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.

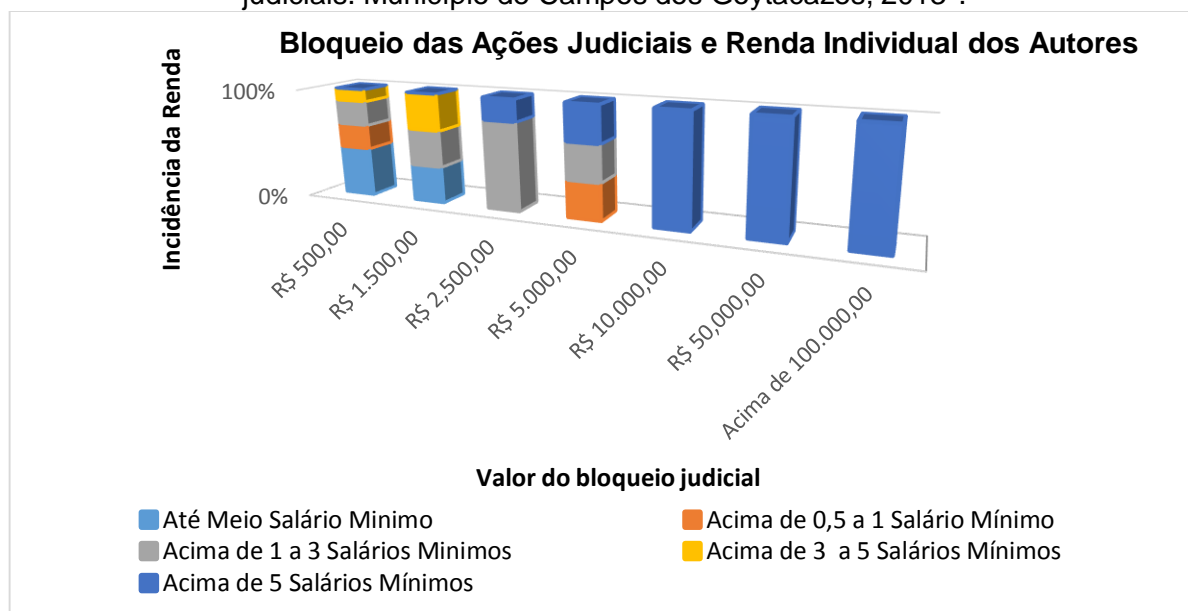
Autor da ação judicial	Renda Individual Mensal	Origem da Prescrição	Medicamentos (Princípio Ativo)	Valor do Bloqueio
Paciente 1	Acima de 5 Salários Mínimos	Instituição Particular e Convênio com SUS	Peginterferon alfa-2 ^a 180 mcg;frasco-ampola	R\$ 122.240,00
			Ribavirina 250 mg;cápsula	
			Telaprevir 375 mg, comprimido	
Paciente 2	Acima de 3 a 5 Salários Mínimos	Instituição Particular e Convênio com SUS	Acetato de Abiraterona 250 mg, comprimido	R\$ 28950,00
Paciente 3	Acima de 3 a 5 Salários Mínimos	Instituição Particular	Acetato de Abiraterona 250 mg, comprimido	R\$ 23346,97
Paciente 4	Acima de 1 a 3 Salários Mínimos	Instituição Particular e Convênio com SUS	Trióxido de Arsênio 10mg, sol injetável	R\$ 21813,99
Paciente 5	Sem informação	Instituição SUS	Omalizumab 150 mg,frasco-ampola	R\$ 13.044,12
Paciente 6	Sem informação	Instituição SUS	Paliperidona 100 mg; Sol. Injetavel	R\$ 6.300,00
Paciente 7	Acima de 3 a 5 Salários Mínimos	Instituição Particular	Insulina detemir 100ml, sol. Injetavel	R\$ 4220,00
			Insulina Aspartato 100ml, sol. Injetavel	
Paciente 8	Acima de 1 a 3 Salários Mínimos	Instituição SUS	Paliperidona 100 mg; Sol. Injetavel	R\$ 4.180,51
Paciente 9	Acima de 5 Salários Mínimos	Instituição Particular	Montelucaste de sódico 30 saches	R\$ 3640,00
Paciente 10	Acima de 3 a 5 Salários Mínimos	Instituição SUS	Paliperidona 100 mg; Sol. Injetavel	R\$ 3468,66

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Fórum de Justiça de Campos dos Goytacazes
*Número de Processos Analisados: 63

A análise dos processos que apresentavam a renda e que tiveram bloqueio revela que os pacientes que possuíam melhores condições financeiras (Renda acima de três salários mínimos) acessaram o SUS, via justiça para obtenção de medicamentos, e estes possuíam renda nos valores entre R\$ 5.000, 00 e acima de 100.000,00. Um demonstrativo do total dos proventos individuais dos autores das

ações e dos valores do bloqueio efetuado (29 processos) é mais bem representado no gráfico que segue.

Gráfico 10- Bloqueios dos processos judiciais por renda individual dos autores das ações judiciais. Município de Campos dos Goytacazes, 2013*.



Constata-se, a partir dos valores das medicações requeridas para o tratamento do paciente no período de três meses, que, aqueles pacientes que possuem maior rendimento mensal, solicitam medicamentos de maior custo no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A 'judicialização da saúde' remete à maneira como vem sendo institucionalizada e efetivada a política de saúde no Brasil. A Carta Constitucional vigente estabeleceu o direito universal e o dever do Estado (Art. 196 da Constituição Federal de 1988) (FLEURY, 2012), definindo as formas de organização e oferta de serviços, e, também, forneceu bases jurídicas, por intermédio dos instrumentos processuais (mandado de injunção e ação de inconstitucionalidade por omissão), para efetivar as normas constitucionais destinadas a controlar diretamente as omissões do poder público (CITTADINO, 2004).

No Brasil, o fenômeno da judicialização da saúde expande-se de modo inverso ao da realidade internacional, não restando dúvida da influência de um projeto privatista vinculado a saúde desde sua constituição, e revelando as debilidades do Poder Legislativo, com as indefinições no arcabouço legal, e as do Poder Executivo, que vem atuando com poucos recursos, sem, às vezes, poder garantir o direito ressaltado no texto legal (FLEURY, 2012).

O município de Campos dos Goytacazes apresenta uma situação peculiar se comparado a outros municípios por ter suas receitas provenientes dos royalties e de outras fontes de recursos, razão pelo qual, no tocante à saúde, esteve em total condição para aderir ao SUS como gestão Plena Municipal de Saúde desde ao ano 2000, e também aderiu ao Pacto pela Saúde em 2009. Nestes termos, atualmente, este município possui capacidades técnicas e financeiras suficientes para uma eficiente gestão da política de saúde, e, mesmo assim, é notável o número elevado de processos judiciais no âmbito de vários ramos das políticas públicas.

Observa-se que é cada vez maior o número de processos judiciais no âmbito da política de saúde, incluindo todas as ações, serviços e insumos de saúde e dependente da necessidade de cada indivíduo, sendo que os mais frequentes são os medicamentos, aparelhos ortopédicos, assim como os serviços de cirurgias, fisioterapias, *home care* e exames.

Optando, nesta pesquisa, pelos processos judiciais com demanda específica de medicamentos, distribuídos no ano de 2013, e utilizando-se o Manual "Indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos" (PEPE et al., 2011) como instrumento de análise, evidencia-se limitação em relação ao planejamento e gestão à saúde. Constatou-se elevado número de processos judiciais,

tanto dos medicamentos essenciais inclusos no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e que competem ao Município, como os medicamentos de alto custo e inclusos na lista do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica e que competem ao Estado.

As características processuais revelam que o acesso ao direito à assistência farmacêutica no município de Campos dos Goytacazes se conforma de forma similar à realidade das outras localidades do Estado do Rio de Janeiro (SANT' ANA et al., 2011b; VENTURA et al., 2010; PEPE et al., 2010b) e do Distrito Federal (ROMERO, 2008), em que o paciente, mediante a prescrição médica, tem tutelado esse direito pela justiça, um processo que, na maioria das vezes, é facilitado pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, sendo poucos os que recorreram à representação judicial pela advocacia privada.

O acesso à justiça pela Defensoria Pública foi possível por terem, em sua maioria, renda individual, declarada pelo Termo de Hipossuficiência Econômica, ou comprovada por documentos, entre meio à dois salários mínimos. Entretanto, conforme evidenciado, estes, curiosamente, são residentes em bairros com maior rendimento nominal mensal e apresentam prescrições médicas provenientes das instituições privadas. Essas contradições não permitem definir as condições socioeconômicas do autor das ações judiciais e o aferimento das iniquidades do acesso à saúde, sendo, inclusive, passível de futuras análises, já que este estudo ratifica as mesmas contradições encontradas nos trabalhos de Vieira e Zucchi (2007), e Chieffi e Barata (2009).

Além disso, objetivou-se avaliar a renda familiar dos autores das ações judiciais, mas, a renda existente nos processos são as rendas individuais dos autores das ações, especificadas, tão somente, para acesso à justiça gratuita e o benefício da gratuidade da justiça. Ou seja, para o acesso ao SUS, a gratuidade pressupõe o acesso, e, para o acesso à justiça gratuita, é necessária a comprovação da necessidade econômica do autor, podendo até se impugnar pela parte contrária (VENTURA et al., 2010).

Para o acesso à justiça por representação judicial da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro não há uma renda específica, apenas a comprovação da hipossuficiência econômica para arcar com as despesas processuais, ao passo que para o acesso desta na Defensoria Pública no Estado de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul há um limite da renda familiar de no máximo três salários mínimos

(PEPE et al., 2010b apud MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2009). Considerando o número de autores das ações judiciais com renda superior a estes valores e que tiveram acesso à Defensoria Pública neste estudo, embora estejamos nos referindo a um município pertencente ao Estado do Rio de Janeiro, é relevante um questionamento: o sistema judiciário tem favorecido também o acesso ao sistema público de saúde àqueles que não possuem condições de arcar com os custos de seus medicamentos e da demanda judicial?

Os motivos pelos quais os pacientes, representados por advogados particulares ou por defensores públicos, têm buscado a efetivação do direito à saúde pelas instâncias jurídicas, traduzem-se pela negativa do acesso ao medicamento pelo SUS ou por não mais visualizar a instituição de saúde como legítima ao acesso aos medicamentos, como foram os casos dos que não foram às instâncias de saúde para verificarem se o medicamento prescrito estava disponível para distribuição, antes de entrar com processo judicial. Assim, é fato que as instituições jurídicas ganham espaços na efetivação dos direitos individuais de medicamentos correndo o risco de ser a única via de acesso aos medicamentos, “o que é, no mínimo, contraditório quando se pensa a saúde como direito social de cidadania” (BAPTISTA et al., 2009. p.836).

Mediante a ação judicial individual das ações e o direito Constitucional à ‘saúde integral’ (OLIVEIRA et al., 2007. p.90), os juízes têm concedido a Antecipação de Tutela ou Liminar, sem julgamento de mérito técnico do pedido. Verificou-se, como em outros estudos (SANT’ ANA et al., 2011, CAMARGO, 2011, VENTURA et al., 2010, PEPE et al., 2010b), que consideram para seu deferimento a prescrição médica e os documentos de identificação do autor da ação judicial, sendo estas documentações suficientes para comprovar as necessidades de saúde e a urgência de decisão e determinantes do acesso ao medicamento.

A argumentação judicial tem base prioritariamente nos pressupostos da Constituição Federal de 1988, que considera a “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, explícita nos artigos 6º e 196º. O posicionamento dos juízes está basicamente centrado na concretização da Constituição, na medida em que, fortalecidos pelo constitucionalismo liberal, estão preocupados por tornar juridicamente eficazes as normas constitucionais (CITTADINO, 1999). Pode-se inferir que, embora os preceitos da Constituição Federal de 1988 sejam Comunitários, as tomadas de decisão dos operadores do direito tendenciam ao fortalecimento da visão

positivista e comprometida com a defesa de um sistema voltado para a garantia da autonomia privada dos cidadãos (CITTADINO, 1999).

Em geral, observa-se que não há interação entre o judiciário e as instâncias técnicas do Estado e Município, sendo que as decisões do Poder Judiciário têm ignorado as disposições legais infraconstitucionais que instituem e regulamentam as políticas de saúde. É nítida, também, nas suas argumentações para decisão em antecipação de tutela, a primazia pelas disposições constitucionais que estabelecem o direito à saúde, em detrimento dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional da Assistência Farmacêutica, e, inclusive, as recentes regulamentações infraconstitucionais (Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011).

Essas regulamentações foram criadas exatamente para evitar a distribuição irracional de medicamentos e a crescente e injustificável demanda judicial (TORRES, 2012; LIMA, 2012), mas, mesmo assim, os juízes têm concedido liminares, e inclusive, identificando-se medicamentos que não fazem parte das listas oficiais do SUS, além da não verificação se possuem alternativa terapêutica no SUS, ou mesmo se há evidência científica, como nos casos daqueles medicamentos especializados inseridos nos protocolos clínicos. Ou seja, sem julgamento da racionalidade da prescrição, pode ocorrer um dispêndio de recursos em solicitações nem sempre justificáveis e, na maioria das vezes, com dupla responsabilidade aos entes federativos (nos níveis municipais e estaduais), podendo provocar um desserviço ao paciente receptor do medicamento e comprometer o fluxo de financiamento do Sistema (OLIVEIRA et al., 2007).

Essas decisões fortalecem-se com a recente iniciativa dos magistrados do Estado do Rio de Janeiro, que, por determinação do STF, concedeu aos Juízes a possibilidade de efetuar o bloqueio ou sequestro de verbas públicas para garantir que o insumo de saúde seja garantido em tempo hábil. Por essa medida, todos os autores das ações judiciais têm recebido os medicamentos, e, com a falta do medicamento no estoque das instituições de saúde, tem-se efetuado bloqueio judicial nas contas do município, independentemente da política de saúde.

Pelo adensamento dos processos, fica comprovado que os recursos dos réus não têm chegado a tempo de impedir o bloqueio na antecipação de tutela, e, mesmo com os recursos, o bloqueio judicial se efetiva com a decisão final dos juízes face à ratificação do proferimento dessas decisões na sentença final, que, conforme

apontado, possui parecer favorável aos autores das ações judiciais em todos os processos que haviam sido concluídos.

Quem paga a conta pelas “prescrições por liminar” (OLIVEIRA et al., 2007. p.90), é, sem dúvida, o município, sendo os mais indicados como réus nas ações judiciais. O réu Estado tem sido indicado pela corresponsabilidade da dispensação dos medicamentos, mas, mesmo assim, quem assume o financiamento das demandas judiciais é o município de Campos dos Goytacazes, e, seja por bloqueio judicial ou compra sem licitação, o medicamento tem sido concedido.

A preocupação dos gestores revela-se nos argumentados apresentados pelos recursos dos réus (Municípios e Estados), nos quais se ressalta a necessidade de cumprir os protocolos clínicos e os princípios das Leis. Embora as decisões dos operadores da saúde pareçam, por vezes, limitarem o direito à saúde ao citarem a Constituição Alemã e o princípio da Reserva do Possível, tocando até na questão da análise socioeconômica pelo Serviço Social, constata-se fragilidade da gestão em saúde e nos próprios argumentos, pois, em vez de fundamentá-los com base na legitimação dos princípios do SUS, acabam por também ir de encontro à garantia do acesso universal e integral do SUS ressaltada na Constituição Federal de 1988, podendo, inclusive, fugir aos objetivos da Política Nacional da Assistência Farmacêutica.

Os gestores de saúde têm falhado na atenção às ações e serviços básicos de saúde, com falta de sistematização dos dados por mecanismos informatizados e falta de abastecimento dos medicamentos, conforme o perfil da população. Os do município não operam de acordo com as características do município, e sim com base nas determinações do Ministério da Saúde e das pactuações intergestoras (CIB e CIT). Resulta dessa omissão o agravamento da saúde da população, o aumento e prevalência de algumas doenças e de doenças crônicas, que, em círculo, tem demandado cada vez mais atenção à saúde e o consumo dos insumos de saúde.

Na gestão da saúde, o fornecimento de medicamentos pela justiça tem implicações político administrativas no acesso à saúde pela coletividade (PEPE et al., 2010a). Em uma análise macro da gestão da política de saúde, pode se questionar quantas ações básicas de saúde não poderiam estar sendo efetuadas com esse montante de cento e vinte dois mil reais que foi solicitado por uma paciente individualmente e deferido pelo juiz, sem passar por processos administrativos de compras nas instituições públicas? Sem dúvida, a indústria de medicamentos e o

mercado têm sido beneficiados, já que com essas ações judiciais o governo tem gasto setenta e sete por cento a mais em cada compra de medicamento efetuada nas farmácias, mediante a ordem judicial de bloqueio do valor apresentado.

Embora o acesso à justiça implique na efetivação do direito à saúde, este revela um caminho nem sempre agradável para os pacientes que buscam o acesso à justiça, sendo árduo devido ao processo demorado, ao passar por tramitação processual, com complicação do quadro clínico, ou, às vezes, com final mais drástico, como o óbito do paciente.

Os resultados apresentados levam-nos a repensar o direito à saúde em âmbito coletivo. Pois, é fato que os juízes têm sido provocados para que possam agir sobre esse direito de tutela coletiva e individual. Mas, e o Ministério Público, como, sendo um órgão público não jurisdicional e que não precisa ser provocado para agir, o que tem feito para intervir sobre essas questões que são de tutela coletiva? O trabalho não permite concluir se existem atuações deste último órgão no tocante ao acesso a medicamentos pela justiça, mas contextualiza que apenas ratificar as decisões dos juízes em tutela individual não parece resolver o problema que se adensa e recobra atenção coletiva no acesso aos medicamentos e o restabelecimento da saúde de cada indivíduo.

O fenômeno ainda requer atenção de todos os atores, demandando ações urgentes pelos operadores da saúde, que não priorizam, muitas vezes, os medicamentos que já estão na lista do SUS, e pelos operadores da justiça, que, ao afirmarem o direito à saúde dessa forma, podem estar implicados no desigual acesso a saúde.

Ressalta-se, também, a relevância das pesquisas para as intervenções empíricas, uma vez que, no calor das demandas judiciais, tanto os operadores da saúde quanto os operadores do direito vêm, às vezes, exercendo suas atividades sem contextualizá-las criticamente, e, conseqüentemente, ao invés de garantia de direito a saúde, provocam ainda mais a desigualdade no acesso, além de estimularem outras ações judiciais.

O Manual de “Indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos” (PEPE et al., 2011) foi fundamental para a análise do fenômeno. Entretanto, em virtude das limitações das informações, nos processos da Secretaria Municipal de Saúde e do Fórum de Justiça, algumas análises não puderam

ser feitas, como o desvelamento da equidade do acesso à saúde pelo Sistema de Justiça e a existência da influência da indústria de medicamentos nas prescrições.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. Teoria dos Direitos Fundamentais. Renovar, 2004, p.99. In: **Direito, Escassez & Escolha**, Renovar, 2001, p. 142.

APPIO, E. A judicialização da política em Dworkin. **Revista Seqüência**, nº 47. p.81-97.dez de 2003.

AGUIAR, T. F. A judicialização da política ou rearranjo da democracia liberal. In: **Ponto-e-Vírgula**, nº. 2, 2007.

ALCANTÂRA, G. C. S. Judicialização da Saúde: Uma reflexão à luz da teoria dos jogos. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XVI, n. 57, p. 88-94, maio./ago. 2012.

ALVES, M. M. **A judicialização na assistência farmacêutica: uma análise no município de Campos dos Goytacazes**. 2013. 86 f., il. Mestrado - Pós-Graduação Políticas Sociais, Campos dos Goytacazes, 2013.

ARRECHE, M. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. et. al. **Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. P. III. p. 285-306.

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

BARROSO, L. R. Constituição, Democracia e Supremacia Judicial: Direito e Política no Brasil Contemporâneo. **Revista Eletrônica sobre Reforma do Estado**. Salvador, Nº23, p. 1-39. Set./Out./Nov. 2010.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo :Cortez, 2003.

BRASIL, **Lei 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 abr. 2011a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência farmacêutica no SUS**. Brasília; Conass; 2011b.

_____. **Lei Orgânica da Saúde, Lei nº. 8080. Brasília, 19 de setembro de 1990**.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Lei nº. 8069. Brasília, 13 de Julho de 1990.

_____. **Política Nacional da Pessoa com Deficiência**, Decreto nº. 3298. Brasília, 20 de Dezembro de 1999.

_____. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10741. Brasília, 1 de outubro de 2003.

_____. **Portaria nº 2.297**. Brasília, de 10 de outubro de 2008.

_____. **Lei Complementar. nº 141**. Brasília, de 13 de janeiro de 2012.

_____. **Portaria nº 2.928**. Brasília, de 12 de dezembro de 2011.

_____. **Lei nº 13.097**. Brasília, de 19 de Janeiro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 338, de 6 de maio de 2004**. Diário Oficial da União 2004; 7 mai.

_____. Ministério da Saúde. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002**. / Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria SNVS/MS no. 3916, de 30 de Outubro de 1998**. Diário Oficial da União, Brasília, n. 215-E, seção1, p. 18-22, 10 nov. 1998.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 13 de ago. de 2013.

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. O financiamento da seguridade social no Brasil no período 1999 a 2004: quem paga a conta? In: MOTA, A. E. et al. (orgs) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2007. Pt. 1. Cap.3, p. 49-72.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (orgs) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2007. Pt. 2. Cap.3, p. 197-241.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (orgs) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2007. Pt. 1. Cap.5, p. 88-110.

_____. A política de saúde na década de 90: Projetos em disputa. **Superando Desafios**. Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 4, Rio de Janeiro: HUPE, 1999.

_____. **Serviço Social e Reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo, Cortez, 1996.

BERMUDEZ, J. A.Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

BORGES, D. C. L.; UGÁ, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Cad Saude Publica**;26(1): 59-69, jan. 2010.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. **Diário Oficial do município**. Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes/RJ. Acordo de Cooperação entre a Defensoria Pública do Estado Rio de Janeiro e à Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes. Disponível em: <<http://www.campos.rj.gov/diariooficial.php>>. Acesso em: 17 out. 2011.

CAMARGO, I.A. **Análise das demandas judiciais para o tratamento da artrite reumatoide no Estado de São Paulo**. 2011. Dissertação (Mestrado). Universidade de Sorocaba, Sorocaba, 2011.

CANOTILHO, J. J. G. **Direito constitucional e teoria da Constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CAPPELLETTI, M. **Juízes Legisladores?** Trad. de Carlos Alberto Álvaro de Oliveira. Porto Alegre: Sergio Antônio. Fabris Editor.1993.

CAPPELLETTI, M.; GARTH, B. **Acesso à justiça**. Tradução Ellen Gracie Nortfleet. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 1988, p.15-29.

CARVALHO, E. R. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, n. 23, p. 115-126, 2004.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 10º Ed. Rio de Janeiro: Civilizações brasileiras, 2008.

CASTRO, M. F. **O Supremo Tribunal Federal e a judicialização da política**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 12, n. 34, jul. 1997.

CHIEFFI, A.L.; BARATA, R.B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Rev Saude Publica**;44(3)jun. 2010.

_____. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad Saude Publica**; 25(8): 1839-1849, ago. 2009.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. Disponível em: <www.lappis.org.br>. Acesso em: 20 out. 2008.

CIDADINO, G. **Pluralismo, Direito e Justiça Distributiva**. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Intervenção Judicial na saúde pública**. Panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais. Acesso em 24 de nov. de 2012. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/imagens/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2014.

DAVID, G. C.; COELHO, T, L. **Novos caminhos para a judicialização da saúde no Brasil?** Disponível em: <<http://cebes.com.br/2014/07/debate-novos-caminhos-para-a-judicializacao-da-saude-no-brasil/>>. Acesso em 19 de jul. de 2014.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade e m saúde: aspectos conceituais.** Disponível em: <<http://www.opasorg.br/serviço/Arquivos/Sala3310.pdf>>. Acesso em 14 de ago. de 2008.

FIANI, R. **Teoria dos Jogos.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

FLEURY, S. **Judicialização pode salvar o SUS.** *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro. V. 36, n. 93, p. 159-162. 2012.

FLEURY, S. **Reforma Sanitária brasileira: dilema entre o instituinte e instituído.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (3). P. 743-752. 2009.

GARAPON, A. **O juiz e a democracia.** Rio de Janeiro: Revan, 1999.

GARCIA, L. P. et al., Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(8):1605-1616, ago, 2013.

JUNQUEIRA, E. B. Acesso à Justiça: um olhar retrospectivo. **Ensaio bibliográficos.** Estudos Históricos. CPDOC/FGV, Rio de Janeiro, v. 9, n. 18, p. 389-400. 1996.

KRUGER, T.R. **Serviço Social e Saúde: Espaços de Atuação a partir do SUS.** *Revista Serviço Social e Saúde.* UNICAMP. Campinas, v. XI. n. 10. Dez/2010.

LEVOVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de Saúde: Política de saúde nos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, p.269-291, 2001.

LIMA, G. S. **Demanda judicial de medicamentos e uso de indicadores de avaliação e monitoramento no estado do Rio de Janeiro.** F.132. 2012. Mestrado-Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Rio de Janeiro, Abril/2012.

MACHADO, M. A. A. *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev Saude Publica**;45(3): 590-598, jun. 2011.

MACIEL, D. A.; KOERNER, A. Sentidos da Judicialização da Política: Duas Análises. **Rev. Lua Nova** N^o. 57— 2002.

MARQUES DA SILVA, V. L.; ALVES, M. **Judicialização e Gestão pública: uma análise a partir da assistência farmacêutica.** Anais: II Congresso de Política, Planejamento e Gestão da Saúde. Belo Horizonte, 2014.

MARIN, N. (org.) **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.**/Organizado por Nelly Marin et al. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. [373]p., ilus

MARQUES, S.B.; Dallari, S.G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Rev Saude Publica**;41(1): 101-107, fev. 2007.

MARSHALL, T. H., Cidadania e Classe Social, in **Cidadania, Classe Social e Status**, Ed. Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1967.

MÉDICE, A. C. **Economia e financiamento do setor Saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

MENDES et al. Gestão na Saúde: da Reforma Sanitárias às Ameaças de Desmonte do SUS. In: GARCIA, M. L. et al., **Proteção Social no Brasil e em Cuba**. Porto Alegre: EDIPURGS, 2012. Cap. 7. P. 163 -189.

MENICUCCI, T. M. G. Política de Saúde no Brasil: entraves para a universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, v. 26, n. 87, p. 58-75, set. 2006. Suplemento especial.

MESSENDER, A.M.; Osorio-de-Castro, C.G.S.; Luiza, V.L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica**;21(2): 525-534, mar.-abr. 2005.

MOTTA, L. E. **Acesso à Justiça, Cidadania e Judicialização no Brasil**. Disponível em: <http://www.achegas.net/numero/36/eduardo_36.pdf>. Acesso em 15 de ago. de 2014.

OCKÉ-REIS. C. O. **SUS: O desafio de ser único**. 2.Ed.Rio de Janeiro: Políticas Públicas e Saúde, 2013. 180 p.

OLIVEIRA, V. E. de. Judiciário e Privatizações no Brasil: Existe uma Judicialização da Política? **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, Vol. 48, no 3, 2005, pp. 559 a 587.

OLIVEIRA, M.A.; BERMUDEZ, J.A.Z.; OSÁRIO-DE-CASTRO, C.G.S. **Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2007. 112p.

OLIVEIRA, J. C. P.; PEDLOWSKI, M. A. **Estado e programas municipais de habitação popular em Campos dos Goytacazes (rj)**. *Análise Social*, 204, xlvii (3.º), 2012.

PAULA, C.S. **Uso off label de medicamentos: análise das demandas judiciais no cemepar e conduta dos farmacêuticos no Paraná**. 2010. Dissertação (Mestrado).

PEPE, V. L. E (org). **Manual indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

PEPE, V. L. E. *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva**;15(5): 2405-2414, ago. 2010a.

PEPE, V. L. E. *et al.* Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica**;26(3): 461-471, mar. 2010b.

PINHEIRO, R. *et al.* Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

PORTELA, A. S. *et al.* Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, 2010;31(1):09-14. ISSN 1808-4532.

RAWLS, J. **Justiça como Equidade: uma reformulação**. 1ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ROMERO, L. C. P. A jurisprudência do Tribunal de Justiça do Distrito Federal em ações de medicamentos. **Revista de Direito Sanitário**, v. 11, p. 11-59, 2010.
SALVADOR E. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Ed. Cortez, p. 430, 2010.

SANT'ANA, J. M. B. *et al.* Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2011a;29(2):138-44.

SANT'ANA, J. M. B. *et al.* Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. **Rev Saude Publica**;45(4): 714-721, ago.2011b.

SANTOS, B. S. Para uma revolução democrática da justiça. **Revista dem. Just.** 3º Ed. Revisada e ampliada. 2011.

SANTOS, L. **SUS: Contornos Jurídicos da integralidade da Atenção à Saúde**. 2006. Disponível em: <www6.ensp.fiocruz.br>. Acesso em 14 nov. de 2014.

SARDEK, M. T. **Judiciário Mudanças e Reformas**. Estudos Avançados. p. 79-99. 2004.

SIERRA, V. M. A judicialização da Política no Brasil e a atuação do Assistente Social. **Revista Katálises**, v. 14, nº 2, p. 256-264, Jul./Dez. 2011.

SIERRA, V. M.; REBOUÇAS, R. C. R. Judicialização das políticas públicas no Rio de Janeiro. **Revista Consultor Jurídico**, 2011.

STEVANIM, L. F. **O que está por trás de Renúncia e Desoneração Fiscal**. Revista Radis, Nº 149, P. 11-17. FEV/2015.

SFEZ, L. **A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia**. Volume 7. Edições Loyola, 1996.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis** (Rio J.); 20(1): P.77-100, 2010.

VIANA, A. L. D. ; MACHADO, C. V. **Capitalismo e Estado Social: qual o sentido do SUS?** Disponível em: <<http://www.politicasocial.net.br/index.php/105-caderno/caderno-saude/208-cad-saude-analuizacristiani.html>>. Acesso em 10 de jun. de 2012.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev Saude Publica**; 42(2): 365-369, 2008.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev Saude Publica**; 41(2): 214-222, abr. 2007.

TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

TEIXEIRA, A. A judicialização da política no Brasil (1990-1996). Dissertação (Mestrado) — Universidade de Brasília — UnB, Brasília, 1997. Mimeo.

TORRES, I. D. C. **Judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: Uma revisão sistemática**. 2013.86 f., Mestrado-Pos-Graduação em Saúde Coletiva, Salvador, 2013.

VIANNA, L. W.; BURGOS, M. B.; SALLES, P. M. **Dezessete anos de judicialização da política**. Tempo Social, Revista de Sociologia da USP, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 39-85, 2007.

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

WEBER, M. **Economia e Sociedade**. 1. Ed. Brasília: Unb, 1998, Vol. 1.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PROCESSO

Características sócio demográficas do autor da ação judicial

1-Autor da ação:

2-Representante:

- () Familiar
 () Amigo
 () Organização da sociedade civil
 88 - Não se aplica
 99 – Sem Informação

3-Faixa etária:

- () menor 1 ano 12 anos,
 () 13 a 19 anos,
 () 20 a 59 anos,
 () 60 anos e mais.
 88 - Não se aplica
 99 – Sem Informação

4-Ocupação:

- () empregados,
 () empregados com carteira de trabalho assinada,
 () empregados sem carteira de trabalho assinada,
 () trabalhadores por conta própria,
 () empregadores e trabalhadores não remunerados
 88 - Não se aplica
 99 – Sem Informação

5-Renda familiar mensal per capita:

- () até 0,5 salário mínimo (SM);
 () > 0,5 a 1 SM;
 () >1 a 3 SM
 () > 3 a 5 SM;
 () > 5 a 7 SM;
 () > 7 a 9 SM;
 () >9 a 11 SM;
 () > 11 SM.
 88 - Não se aplica
 99 – Sem Informação

6-Local de residência:

Município: _____

Bairro: _____

- 88 - Não se aplica
 99 – Sem Informação

Características processuais das ações judiciais

Processo na Primeira Instância:

7-Número do processo:

- 88 - Não se aplica
 99 – Sem Informação

8-Diagnóstico principal segundo a Classificação Internacional de Doença – 10ª Revisão (CID10): _____

99 - Sem Informação

9-Medicamento

demandado: _____

- 88 - Não se aplica
 99 - Sem Informação

10-Representação judicial do autor na data da distribuição

- () Advogado privado remunerado
 () Advogado privado dativo
 () Defensoria Pública
 () Ministério Público
 () Advocacia da União
 () Procuradorias dos Estados e Municípios
 88 - Não se aplica
 99 – Sem Informação

11-Comarca de

Origem: _____

- 88 - Não se aplica
 99 - Sem Informação

12-Réu Citado:

- () União
 () Estado
 () Município
 () Outros
 88 - Não se aplica
 99 – Sem Informação

13- Houve concessão de liminar ou antecipação de tutela na primeira instância?

- () Sim
 () Não
 88 - Não se aplica
 99 - Sem informação

Caso sim, responder as questões 16 e 17.

14-Data da distribuição (protocolo da ação judicial):

- 88 - Não se aplica
 99 - Sem informação

15-Data da Decisão liminar ou antecipação de tutela:

- 88 - Não se aplica
 99 - Sem informação

16-Data da intimação na instância de saúde:

17-Data da entrega do medicamento:

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

18- Na liminar ou antecipação de tutela houve exigência judicial (documentos e esclarecimentos adicionais do autor)?

Sim

Quais? _____

Não

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

19- Decisão judicial (Sentença):

Sentença desfavorável

Sentença parcialmente favorável

Sentença totalmente favorável

Sentença favorável inclusive para prescrição futuras

88 - Não se aplica
99-Sem informação

20 - A decisão vincula o fornecimento a apresentação de prescrição emitida pelo médico vinculado ao SUS?

Sim

Não

Quais? _____

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

21- Houve recurso da Sentença:

Sim, pelo autor.

Quais? _____

Sim, pelo réu.

Quais? _____

Sim, pelo autor e réu.

Quais? _____

Não

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

Processo em Segunda Instância:

22-Número do processo:

88-Não se aplica.
99 – Sem Informação

23-Data da distribuição na segunda instancia:

88 - Não se aplica.
99 – Sem Informação

24- Decisão judicial (Acordão):

Acordão desfavorável

Acordão parcialmente favorável

Acordão totalmente favorável

Acordão favorável inclusive para prescrição futuras

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

25- A decisão vincula o fornecimento a apresentação de prescrição emitida pelo médico vinculado ao SUS?

Sim

Não

Quais? _____

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

26- Houve recurso especial ou extraordinário da decisão:

Sim, pelo autor.

Quais? _____

Sim, pelo réu.

Quais? _____

Sim, pelo autor e réu.

Quais? _____

Não

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

Características Médico-Sanitárias das ações judiciais.

27- Número do SUS: _____

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

28-Paciente com cadastro na instancia de saúde anterior a demanda judicial?

Sim

Não

Quais? _____

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

29- Medicamento

prescrito: _____

30- Características da prescrição médica:

Nome do paciente

Receita é legível

Endereço residencial do paciente

Posologia

Via de administração

Associação em dose fixas

Tempo de duração

Carimbo identificador do profissional

Endereço do consultório ou residência do profissional

Data

31- Origem da prescrição
 Sem prescrição
 SUS-Hospital Universitário
 SUS-Outros
 Não SUS

Sem informação
88 - Não se aplica
99 - Sem informação

32-Outros documentos apensados no processo, excetuando a prescrição médica?

Exames complementares
 Laudos complementares

Atestado da doença
 Perícia Médica
88 - Não se aplica
99 - Sem informação

33-Pertence a Classificação Anatômico Terapêutico e Químico (ATC)?

Sim
 Não

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

34-Possui prescrição pelo nome genérico?

Sim
 Não

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

35-Possui alternativa terapêutica no SUS?

Sim
 Não

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

36-Pertence a RENAME/REMUME?

Sim
 Não

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

37-Pertence a outras listas da Assistência Farmacêutica?

Sim
 Não

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

38-Qual o valor do Tratamento?

88 - Não se aplica

99 - Sem informação

39-Possui registro na ANVISA?

Sim
 Não

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

40-Possui indicação de uso off label?

Sim
 Não

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

41- Pertence ao componente do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica (Pactuação tripartite)?

Sim. Qual? _____
 Não

88 - Não se aplica
99 - Sem informação

42-Pertence ao componente especializado da Assistência Farmacêutica (Pactuação tripartite)?

Sim
 Não

88 - Não se aplica
99 - Sem informação