

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

RAQUEL ANTHONISEN FALCHI

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PELOTAS

Pelotas
2014

RAQUEL ANTHONISEN FALCHI

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PELOTAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientador: Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira

Pelotas
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F178j Falchi, Raquel Anthonisen
A judicialização da saúde no município de Pelotas. / Raquel Anthonisen Falchi. – Pelotas: UCPEL, 2015.

118f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Pelotas, BR-RS, 2015. Orientador: Sandro Schreiber de Oliveira.

1. acesso à saúde. 2. judicialização da saúde. 3. direito à saúde. 4. políticas públicas. I. Oliveira, Sandro Schreiber de Oliveira, or. II. Título.

CDD 614

RAQUEL ANTHONISEN FALCHI

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PELOTAS

Dissertação submetida à avaliação a banca examinadora do curso de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em política social.

Banca examinadora:

Prof.Dr. Sandro Schreiber de Oliveira – UCPel
Orientador

Prof. Dr. Marcelo Fernandes Capilheira – UFPel
Avaliador

Prof. Dr. Myriam Siqueira da Cunha – UCPel
Avaliadora

RESUMO

A judicialização da saúde é um fenômeno que vem ganhando cada vez mais destaque na sociedade brasileira, principalmente nos tribunais de justiça onde crescem de maneira avassaladora as ações judiciais pleiteando saúde. Este fenômeno iniciou com a positivação dos direitos sociais, mais precisamente do direito à saúde quando este ganhou status de direito fundamental na Constituição Federal de 1988. A ausência ou omissão do Estado no cumprimento desse direito deu origem à intervenção do Poder Judiciário na efetivação de serviços médicos e assistência medicamentosa, através de medidas liminares concedidas pelos magistrados impondo ao Estado prover dos mais variados serviços de saúde, principalmente medicamentos. Nesse contexto, a presente dissertação apresenta resultados de uma pesquisa feita no município de Pelotas sobre a situação atual da judicialização da saúde. Com uma abordagem de caráter quantitativo a pesquisa utilizou-se de processos judiciais que pleiteavam medicamentos, exames, consultas, procedimentos, entre outros serviços de saúde nas esferas estadual e federal do município, no período compreendido entre 01 de outubro de 2013 até 31 de dezembro de 2013. Os resultados obtidos demonstraram a insuficiência do Sistema Único de Saúde em atender os cidadãos na esfera administrativa, necessitando da interferência do Poder Judiciário como forma de dirimir esses conflitos e impondo decisões coercitivas para que se efetive o direito à saúde no município. A pesquisa encontrou um judiciário disposto a desenvolver um diálogo intersetorial entre os principais atores deste cenário de judicialização, quais sejam Secretaria Municipal de Saúde, Terceira Coordenadoria Estadual de Saúde, advogados, Defensoria Pública, médicos, entre outros, na busca de articular uma rede integrada a fim de satisfazer às necessidades de saúde da população utilizando a esfera administrativa como via principal, deixando que o Poder judiciário se manifeste somente em casos extremos, ao contrário do que acontece habitualmente, sem causar prejuízos à equidade do sistema público de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso à saúde. Judicialização da saúde. Direito à saúde. Políticas públicas.

ABSTRACT

The judicialization of health is a phenomenon that is gaining more prominence in Brazilian society, especially in the courts where they grow in an overwhelming way the judicial actions claiming health. This phenomenon began with the positivization of more precisely social right of the right to health when it won a fundamental right status in the Federal Constitution of 1988. The ausênica or State's failure in fulfilling this right has led to the intervention of the judiciary in the effectiveness of medical services and medical assistance, through injunctions granted by magistrates medidads requiring the State to provide the most diverse health services and especially medicines. In this context, this thesis presents the results of a survey in Pelotas on the current situation of the legalization of health. With a aborgagem of quantitative trait research made use of lawsuits that were claiming drugs, tests, consultations, procedures, and other health services in the state and federal levels in the city, in the period from October 1, 2013 through December 31 2013. the results showed the failure of the Unified Health System in serving the citizens at the administrative level, necessitating the Judiciary interfência as a way to resolve these conflicts and imposing coercive decisions to be made effective the right to health in the city. The research found a judiciary willing to develop an interdisciplinary dialogue between the main actors of this judicialization setting, namely secretaria municipal health and third state coordinating body health, lawyers, pubic defender, doctors and others, seeking to articulate an integrated network in order to meet the health needs of the population using the administrative level as the main route, letting the judiciary is manifested only in extreme cases, contrary to what happens usually without causing damage to the fairness of the public health system.

KEYWORDS: Access to health care. Judicialization of health. Right to health. Public policies.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - NÚMERO DE DEMANDAS POR TRIMESTRE.....	58
GRÁFICO 2 - NÚMERO DE DEMANDAS RECEBIDAS POR TIPO DE TECNOLOGIA	59

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS PROCESSUAIS DAS AÇÕES JUDICIAIS.....	74
TABELA 2 - PERCENTUAIS DE ANTECIPAÇÃO DA TUTELA DE ACORDO COM DIFERENTES CARACTERÍSTICAS ESTUDADAS.....	76
TABELA 3 - PERCENTUAL DE PROCESSOS COM SENTENÇAS DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS ESTUDADAS.....	78
TABELA 4 - REFERE O PERCENTUAL DE SENTENÇAS PROCEDENTES COM AS CARACTERÍSTICAS ESTUDADAS.....	80

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- MEDICAMENTOS SOLICITADOS ATRAVÉS DA VIA JUDICIAL.....	82
QUADRO 2 – CONT. MEDICAMENTOS SOLICITADOS ATRAVÉS DA VIA JUDICIAL.....	83
QUADRO 3 – CONT. MEDICAMENTOS SOLICITADOS ATRAVÉS DA VIA JUDICIAL.....	84
QUADRO 4 - TIPOS DE SOLICITAÇÃO FEITAS ATRAVÉS DA VIA JUDICIAL	85
QUADRO 5 – CONT. TIPOS DE SOLICITAÇÃO FEITAS ATAVÉS DA VIA JUDICIAL	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	Antes de Cristo
AF	Assistência Farmacêutica
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Agência da Previdência Social
ART	Artigo
ARTS	Artigos
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CITEC	Comissão de Incorporação de novas tecnologias
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Novas Tecnologias
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
INAMPS	Instituto Nacional Assistência Médica da Previdência Social
NOB	Norma Operacional Básica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso da Atenção Básica
PGM	Procuradoria Geral do Município
PIDESC	Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e

Culturais

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
REME	Relação Estadual de Medicamentos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios
TRF 4	Tribunal Regional Federal da quarta região
UNACOM	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 – SAÚDE PÚBLICA	19
1.1 A SAÚDE PÚBLICA E SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CONSTITUCIONAL	19
1.2 O DIREITO À SAÚDE E O SUS	24
1.3 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES FUNDAMENTAIS DO SUS	28
1.4 APARATO BÁSICO DA LEGISLAÇÃO PERTINENTE À JUDICIALIZAÇÃO	30
1.5 ORGANIZAÇÃO DO SUS	34
1.6 GESTÃO NO SUS.....	35
1.7 FINANCIAMENTO SUS.....	36
1.8 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS	38
CAPÍTULO 2 – PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	42
2.1 CONCEITO E APLICAÇÃO	42
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS	44
2.3 POLÍTICA PÚBLICA PARA DOENÇAS ONCOLÓGICAS.....	45
2.4 POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO.....	47
2.5 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	50
CAPÍTULO 3 – JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	52
3.1 CONCEITO E CONTEXTUALIZAÇÃO	52
3.2 AÇÕES JUDICIAIS COMO GARANTIA DE ACESSO À SAÚDE	54
3.3 NOVAS TECNOLOGIAS E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA.....	56
3.4 ANÁLISE DO ENTENDIMENTO JURISPRUDENCIAL BRASILEIRO.....	62
3.5 MÍNIMO EXISTENCIAL E RESERVA DO POSSÍVEL	67
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA	72
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS	74
CAPÍTULO 6 – DISCUSSÕES	87
6.1 DAS VARAS DE INGRESSO DAS AÇÕES	87
6.2 DA ANTECIPAÇÃO DE TUTELA.....	88
6.3 DA REPRESENTAÇÃO NO PROCESSO.....	89
6.4 RÉUS DOS PROCESSOS.....	91

6.5 TIPOS DE PEDIDOS	92
6.6 PRESCRIÇÃO PELO PRINCÍPIO ATIVO	94
6.7 PROCEDÊNCIA DA PRESCRIÇÃO	95
6.8 PROCESSOS COM SENTENÇA.....	97
6.9 SENTENÇAS PROCEDENTES.....	97
6.10 PROCESSOS EXTINTOS SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO E MOTIVOS DA EXTINÇÃO	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICES	111
APÊNDICE – TESES/DISSERTAÇÕES REFERENTE AO NÚMERO DE TRABALHOS PUBLICADOS NO BANCO DE DADOS DA CAPES.....	112
APÊNDICE-2 – INSTRUMENTO DE PESQUISA	117

INTRODUÇÃO

O direito à saúde recebeu pela primeira vez tratamento Constitucional no Brasil com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que incluiu um “rol” de direitos sociais entre estes o acesso à saúde de forma igualitária a todos os cidadãos independente de qualquer condição financeira, de raça, cor, sexo ou contribuição.

Atualmente a saúde pública do Brasil está descrita nos arts. 194 e 195 (Da Seguridade Social) e nos arts. 196 a 200 (Da Saúde) da Constituição Federal de 1988 (CF/88), os quais elegem como objetivos precípuos: a universalidade de cobertura e de atendimento; a seletividade e a distributividade dos benefícios e serviços.

Além do disposto na Constituição Federal, o tema também é composto por outras leis e portarias, as quais fornecem as diretrizes a serem seguidas para a implementação da saúde pública no país, tendo como foco a regulamentação e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais normas são a Lei 8.080/90 que regulamenta o SUS e dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços. Correspondentes a Lei 8.142/90 – que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área, e a Portaria 399/2006 que instituiu o Pacto pela Saúde que tem como objetivo promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso para todos. Sua adesão constitui um processo de cooperação permanente entre os gestores e negociação local, regional, estadual e federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Contudo, apesar de todo esse aparato de dispositivos regulamentando a operacionalização do sistema, é notória a infinidade de obstáculos que a saúde pública enfrenta para definitivamente, efetivar-se como um real direito social universal e igualitário para os cidadãos. Um dos mais evidentes é o equacionamento entre a disponibilidade de recursos públicos e a concessão universal de serviços de saúde, já que a efetividade de direitos sociais está atrelada às possibilidades econômicas e financeiras do Estado, no que se denomina “reserva do possível”.

Sendo assim, resta inevitável que o Estado leve em conta as “impossibilidades” materiais das prestações públicas, ainda que os direitos a tais prestações estejam expressamente previstos no texto Constitucional. Diante disso, é certo vislumbrar que as necessidades de saúde da população são enormes; enquanto os recursos públicos são finitos, o que cria um impasse para a ampliação efetiva dos direitos sociais (SILVA, 2012).

Ocorre que com a expansão desses direitos sociais, em especial o direito à saúde começam a surgir problemas quanto a sua efetividade, uma vez que o Estado não satisfaz de forma adequada seus cidadãos. A partir daí surge então o fenômeno chamado de “Judicialização da Saúde” que nada mais é que o ingresso do cidadão através do poder judiciário para encontrar uma solução na busca efetiva pela prestação dos serviços de saúde.

Ao Judiciário é conferida a legitimidade para atuar em demandas que competem ao Poder Executivo, isso se justifica pela omissão do poder público para com suas obrigações e é através do judiciário a única forma que o cidadão que se sente ameaçado ou lesado em seu direito vê como alternativa de solucionar a questão.

Ao fim da década de 1990 foi quando iniciaram os pedidos por saúde no judiciário brasileiro, estes ocorreram como consequência do surgimento do vírus HIV/AIDS, onde as pessoas pediam antirretrovirais para tratar a doença (SANT`ANA, 2009). A partir daí vêm aflorando cada vez mais os pedidos por medicamentos, tratamentos, insumos, próteses, órteses e etc. Enfim criou-se um abismo de pedidos dos mais diversos possíveis espalhados pelo país.

Percebe-se, nessas ações, um claro descompasso entre o que o Poder Judiciário e os técnicos em saúde do Estado vêm entendendo por direito à saúde, uma vez que os julgadores se utilizam do preceito Constitucional do direito à saúde, direito à vida e a dignidade da pessoa humana acima de qualquer limitação financeira. De outra banda, os técnicos em saúde partem da premissa de que os recursos da saúde são necessariamente limitados em relação à demanda, sendo necessário priorizar a utilização dos recursos.

Enfim, a Constituição Federal reconhece em linha com o pensamento mais atual, que a oferta de serviços e produtos médicos por si só não bastam para proteger a saúde da população, pois dita em seu artigo 196 que a saúde "se dá 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". (BRASIL, 1988).

Está expressamente previsto que a garantia do correspondente direito à saúde se dá mediante políticas sociais e econômicas e ao acesso universal igualitário às ações e serviços além dos insumos materiais.

Portanto, há claro reconhecimento de que a saúde possui determinantes múltiplos e complexos que requerem a formulação e implementação de políticas públicas abrangentes pelo Estado, ou seja, que vão além da garantia de acesso aos serviços e produtos médicos. O art. 200, da CF reforça isso quando estabelece as competências do SUS.

Contudo o direito à saúde deve ser abordado e interpretado analisando os múltiplos fatores que compõe sua existência. Não se trata apenas de determinar se o Estado deveria ou não fornecer determinado medicamento, tratamento e etc, mas sim se as políticas estatais são, em sua totalidade, adequadas para enfrentar os determinantes complexos da saúde da população em geral. E ainda se o direito individual à saúde pode se sobrepor ao coletivo, pois no momento em que o magistrado acolhe um pedido individual, seja por medicamentos ou insumos pode estar deixando de atender todo um sistema que depende dos recursos públicos e ainda podendo trazer em contra partida o efeito contrário ao zelo pela saúde, pois muitos pedidos feitos são de medicamentos ou até mesmo procedimentos que não possuem regulação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O tema em comento justifica-se por estar cada vez mais presente nas rodas de discussões da sociedade brasileira em razão dos grandes problemas práticos e teóricos enfrentados pela mesma no que concerne ao seu bem mais precioso que é o direito à vida, à saúde, de forma universal e equânime a todos os seus cidadãos.

Cada vez se discute mais sobre tratamentos de saúde, medicamentos e insumos de saúde através da via judicial em nosso país, essa discussão envolve não só operadores do direito, mas como também gestores públicos e principalmente a sociedade civil. Essas questões se centralizam na forma como o Poder Judiciário enfrenta essas questões e faz se positivar o direito à saúde.

A Constituição Federal de 1988 nos trouxe a positivação do direito à saúde compelindo a este um *status* de direito fundamental, o que vem ganhando proporções talvez jamais imaginadas nas cortes judiciais do país. Vem fazendo com que juízes, promotores de justiça, defensores públicos, advogados entre outros

operadores do direito, aprendam a lidar com questões que permeiam o direito unido a políticas públicas de saúde, nas três esferas governamentais.

A realização do direito à saúde quando imposta através do Poder Judiciário gera inúmeras controvérsias, pois na maioria das vezes contrasta com as políticas públicas estabelecidas em matéria de saúde e vão a colidir com o funcionamento dos princípios do SUS.

Quando provocado, não pode o Poder Judiciário abster-se de suas atribuições, devendo procurar em todos os casos dar uma resposta à sociedade. Ocorre que, se por um lado, o aumento do número de demandas judiciais pleiteando medicamentos, terapias de saúde, leitos, próteses, dentre outras prestações positivas de saúde pelo Estado representa um avanço em relação ao exercício de cidadania por parte da sociedade, por outro significa um ponto de tensão perante os gestores da política de saúde no Brasil, que passam a atender um número cada vez maior de demandas judiciais, garantindo as mais diversas prestações positivas e que muitas vezes representam gastos públicos maiores do que o próprio Estado poderia abarcar.

As políticas públicas destinam-se a racionalizar a prestação coletiva do Estado, com base nas principais necessidades de saúde da população, de forma a promover uma saúde equânime a toda à população. Neste sentido, propõe Marques,

As políticas públicas estabelecidas em matéria de assistência à saúde devem ser conhecidas pelo Poder Judiciário ao garantir efetivamente o direito à saúde, nos casos concretos que são submetidos à sua apreciação, pois desta maneira, seria possível conjugar os interesses individuais com os coletivos, formalizando tais políticas (MARQUES, 2007, p.101-107).

Contudo é cada vez maior o desafio que o Poder Judiciário enfrenta para sanar as demandas oriundas a pedidos de saúde, pois este não pode deixar sem resposta um cidadão que clama por um serviço ou bem e que na maioria das vezes se reveste através de um caráter de urgência para que se salve uma vida ou se tenha um sofrimento diminuído. Ocorre que, a falta de conhecimento técnico a respeito das políticas públicas e por estas encontrarem-se esparsas em diversas Leis e atos normativos, sem uma sistematização clara e concisa os juízes acabam através do argumento do direito à vida e à saúde, beneficiando o individual em detrimento da coletividade.

Através da Constituição Federal, usando mais precisamente o princípio da dignidade humana e o disposto no art. 196 da mesma é que os juízes se baseiam para condenar o Estado no custeio de tratamentos e ou medicamentos ainda que estes não estejam previstos no orçamento geral. Isso gera em alguns casos uma lesão ao patrimônio da coletividade, pois por mais que se possa aceitar as demandas e dar ao cidadão o que lhe é de direito, jamais pode se esquecer que existe um limite orçamentário para ações em saúde.

Aquilo que beneficia uns pode acabar por prejudicar outros. Neste caso é preciso observar os princípios previstos no SUS, pois este reza que deve se tratar os desiguais de forma desigual, ou seja, de acordo com as necessidades dentro de um determinado espaço territorial.

O direito à saúde demanda a alocação de recursos públicos para sua implementação, tal fato traz a lume a discussão sobre as limitações orçamentárias do Estado para a efetivação desses direitos.

Em razão disso o poder público normalmente se justifica através da teoria da *reserva do possível* como óbice à concretização de direitos sociais, pois segundo esse entendimento, o Estado somente pode ser obrigado a implementar tais direitos se existirem recursos suficientes e houver previsão orçamentária específica.

No entanto, está predominando o entendimento de que a *reserva do possível* não pode servir de óbice a concretização dos direitos sociais, no caso em tela direito à saúde, já que a Carta Constitucional não deixou ao administrador margem quanto à matéria e como os recursos financeiros ao dispor do Estado são sempre escassos para satisfazer plenamente os direitos de todos, é necessário escolher qual parte desses recursos se destina a cobrir as despesas decorrentes da satisfação do direito à saúde. A questão em aberto é, pois uma questão recorrente nas sociedades democráticas e do Estado democrático e essa escolha não pode ser o Poder Judiciário a fazê-la.

A necessidade de uma redistribuição de recursos nos remete a um terreno fértil, onde escolhas políticas prevalecem e se adotarmos a posição de que a saúde só se efetiva mediante políticas públicas adequadas, concluiremos que estas políticas vão muito mais além do que as decisões favoráveis do judiciário em conceder tratamentos de saúde aos que se encontrem doentes. A saúde é condicionada por diversos fatores externos a doença, são fatores sociais, econômicos e culturais que perpassam desde a habitação, saneamento básico,

água potável, organização na atenção aos serviços primários, bom funcionamento de hospitais e inúmeros outros fatores.

Em suma, o cumprimento dos direitos fundamentais não se constitui em opção do administrador, a Constituição fixou prioridades e determinou que o gestor público as cumprisse não cabendo, pois, falar-se em vontade política quando o que está em jogo são direitos essenciais.

Considerando a importância da judicialização da saúde no contexto atual da sociedade, principalmente observando a situação do município de Pelotas, a presente pesquisa teve como objetivo geral analisar a situação da judicialização da saúde no município de Pelotas no período de 01 de outubro de 2013 até 31 de dezembro de 2013. Para o deslinde do tema a pesquisa contou com alguns objetivos teóricos, sendo o primeiro conhecer a saúde pública do país, seu sistema público e funcionamento; situar as principais políticas públicas de saúde existentes; trazer a questão da judicialização em âmbito geral para assim poder conhecer e analisar melhor os resultados encontrados com a coleta de dados.

Contou com três objetivos específicos que foram de extrema relevância para o alcance dos resultados, quais foram: quantificar o número de processos judiciais de saúde em Pelotas; classificar o tipo de demanda pleiteada; identificar o amparo legal das decisões. Através desses foi possível mensurar as demandas e classificá-las para obter análise pretendida.

A pesquisa por se tratar de uma abordagem quantitativa, usou algumas hipóteses, tais como se o número de processos sobre saúde corresponde a mais de uma centena mensalmente na cidade de Pelotas; quanto aos tipos de pedidos se a maior parte dos pedidos corresponde a demandas por medicamentos, e a seguir em menor escala estão as solicitações por internações, cirurgias, exames e outros procedimentos; o amparo legal que embasa as decisões judiciais é principalmente o direito à saúde disposto no artigo 196 da Constituição Federal.

Ao falarmos de judicialização da saúde estamos tratando dos direitos que o cidadão possui e como chegamos nesse contexto vivenciado pela sociedade atual, portanto é importante conhecer a evolução da saúde ao longo do tempo, seus fatores e determinantes. Conhecer como se dá a estruturação do nosso sistema público de saúde, sua legislação principal, então, iniciaremos fazendo um resgate histórico da saúde nas constituições brasileiras até chegarmos na Constituição Federal de 1988, e em seguida trazendo toda a estruturação do SUS.

Após serão abordadas as principais políticas públicas de saúde existentes em nosso Sistema de Saúde, tecendo comentários quanto ao conceito de políticas públicas. As políticas públicas são de fundamental importância para o nosso Sistema, pois é através delas que podemos estruturar o bom funcionamento do SUS, conhecer das necessidades da nossa sociedade atendendo suas enfermidades com êxito e competência, construindo um acesso à saúde digno a todos que dela necessitarem.

A referida pesquisa trata do tema da judicialização da saúde trazendo para o trabalho seu conceito e sua contextualização, a forma como as ações judiciais tem garantido o acesso à saúde, as tecnologias existentes e a rápida corrida da indústria farmacêutica no lançamento de medicamentos, faz uma referência ao posicionamento jurisprudencial brasileiro e descreve como é visto nos tribunais o princípio do mínimo existencial e a teoria da reserva do possível.

Por último apresenta seus resultados em forma de tabelas e as discussões pertinentes ao tema obtidas com a pesquisa.

CAPÍTULO 1 – SAÚDE PÚBLICA

1.1 A SAÚDE PÚBLICA E SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CONSTITUCIONAL

Conceituar saúde é uma questão complexa, por ser esse conceito difuso, e não resultar apenas de fatores biológicos e genéticos, mas como também de fatores socioambientais, econômicos e culturais e do estilo de vida que a pessoa está exposta. Ele evoluiu consideravelmente ao longo da história, portanto reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade (CARNEIRO, 2010).

Seu aparato histórico se funda segundo Dallari (1988), em Hipócrates, filósofo grego do século IV a.C., que refere a influência da cidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde, afirmando que o médico não cometerá erro ao tratar as doenças de determinada localidade quando tiver compreendido adequadamente tais influências. Também Engels, filósofo alemão do século XIX, estudando as condições de vida de trabalhadores na Inglaterra, concluiu que a cidade, tipo de vida dos seus habitantes e ambiente de trabalho, são responsáveis pela saúde da população. Já Descartes, filósofo francês do século XVII conceituou saúde como a ausência de doenças. Nessa linha de pensamento, no século XIX, se enfatizou o caráter mecanicista da doença, aliado ao predomínio da máquina, com a sociedade industrial procurando explicar a doença como sendo defeito da linha de montagem. Mas, com o passar dos anos e com a forte intervenção dos fatores políticos, a sociedade sentiu enorme necessidade em promover um novo pacto, este personificado na Organização das Nações Unidas, que fomentou a Declaração Universal dos Direitos do Homem, incentivando a criação de alguns direitos considerados essenciais ao homem entre eles a saúde, que passou a ser conceituada como direito humano pela Organização Mundial de Saúde no preâmbulo da Constituição de 1946.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como um “completo estado de bem-estar físico, mental e social, não consistindo na ausência de doença

ou enfermidade”. Esse conceito merece grandes reflexões, pois trata do tema sem observar suas variáveis e a realidade vivenciada por cada indivíduo.

Definir saúde como um completo estado de “bem estar” é algo que não se insere na nossa realidade, pois o gozo completo desse “bem estar” parece-nos um ideal inatingível diante das inquietações dos seres humanos, desde as materiais como as espirituais e metafísicas dos seres humanos.

A definição da OMS levou Berlinguer a dizer o seguinte:

se um indivíduo, proveniente de qualquer país do mundo, se apresentasse na sede da OMS em Genebra e declarasse gozo completo de bem-estar físico, mental e social correria o risco de ser considerado louco e talvez recolhido ao manicômio (BERLINGUER, 1996, p.23).

Ou seja, não existe paraíso quanto se refere a questões de saúde, contudo essa definição da OMS teve seu mérito, pois foi a partir dela que se impulsionou as nações para esgotar os meios para promoção e a garantia dos serviços de saúde que no Brasil está incumbido ao SUS.

Tomando por base uma visão mais estreita e antiquada a saúde significava apenas a ausência de doenças. Referido conceito teve preponderância na chamada “era terapêutica”, a qual teve início, com a descoberta da insulina e sulfamidas, nos anos de 1930.

A partir de então as políticas públicas em saúde, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, estiveram dominadas por essa orientação, concentrando as ações de saúde em grandes hospitais com superespecialistas.

O conceito de saúde, em síntese, estava ligado apenas à medicina curativa e não trazia interfaces com outras vivências humanas.

Essa definição de saúde, no entanto, com o passar do tempo, com a evolução da ciência mostrou-se incompleta. Concluiu-se que seu correto direcionamento deveria passar por uma visão mais ampla à coletividade, meio ambiente e às interações sociais.

Portanto, no Brasil através da VII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, adotou um conceito amplo de saúde:

em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho,

transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

A saúde pública no Brasil foi evoluindo ao longo dos anos de forma lenta e gradual, mas pode-se dizer de maneira positiva, pois as alterações sofridas em seu próprio conceito que antes era somente a ausência de doenças e hoje “completo bem estar, ou seja bem estar físico, mental e moral deram ensejo para criação de um sistema amplo e de abrangência universal.

A primeira Constituição Federal no Brasil foi a de 1824 que não deu ênfase a saúde, pois seu caráter era oligárquico onde os poderes eram concentrados nas mãos de um único homem assim se tendo muitas desigualdades sociais. SILVA (2007), leciona que essa constituição abarcou a seara dos direitos do homem, nos quais eram garantidos os direitos a inviolabilidade dos direitos de liberdade, igualdade e segurança. O texto Constitucional, portanto da guarida a leis de trabalho e não trata da saúde.

A Constituição de 24 de março de 1891 não dispôs da saúde, embora houvessem relações entre direitos e garantias nas quais eram asseguradas liberdade, segurança e propriedade. Sua contribuição foi a limitação no âmbito de aplicação do “habeas corpus”, feita através de uma votação que entre 72 emendas foi a única que mereceu destaque.

Já a Carta de 1934 foi a primeira a fazer referência ao direito à saúde, elevando a saúde à condição de direito subjetivo do trabalhador com a criação de diversos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Essa Constituição merece destaque por ter tentado incampar os direitos sociais e culturais mesmo que isso não tenha se efetivado.

Vindo a tona a Carta de 1937, outorgada por Getúlio Vargas, seu foco era o trabalhador trazendo em seu artigo 16, parágrafo XXVII, que: era de competência da União legislar sobre normas fundamentais de defesa e proteção à saúde, especialmente no tocante à saúde das crianças. (BRASIL, 1937).

A Constituição de 1946 foi a principal propulsora da criação dos direitos fundamentais, seguiu de maneira lenta nessa luta baseando-se na Constituição de 1891 e trazendo a lume os direitos econômicos, sociais e culturais dispostos na Constituição de 1934. Foi ela que fundou o princípio da justiça, do trabalho digno, da

educação baseada na condição solidariedade.

A Constituição de 1946 expressava um novo modelo de previdência social onde as assistências sanitária, hospitalar e médica inclusive preventiva ao trabalhador e à gestante foram incorporadas à legislação do trabalho e previdência social. Foi criado o serviço de assistência médica domiciliar e de urgência da previdência Social (Samdu).

Ainda sob a égide da Constituição de 1946 iniciaram ações objetivas planejando ampliação da proteção à saúde e foi logo em 1950 que se criou o Ministério da Saúde. Já em 1954, foram criadas através da Lei 2.312 normas gerais de defesa e proteção da saúde, nascendo a partir daí a afirmativa de ser um dever do estado, bem como da família de proteger e defender a saúde individual.

Nota-se nesse período uma prevalência aos direitos individuais, a doença era entendida como sendo risco individual que deveria ser coberto.

Até 1964, a assistência médica era prestada pela rede de serviços próprios dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), composta por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. Foi em 1966 que se criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), dessa forma a previdência centralizada e unificada passou a ter função assistencial e redistributiva, ainda que seu caráter se limitasse apenas aos trabalhadores com carteira assinada.

Em 1969 foi outorgada a Emenda Constitucional n 1, entendida por alguns como a nova Carta Constitucional, que apesar de não trazer previsão expressa do direito à saúde, trouxe a inovação que determinava que os municípios aplicassem seis por cento do repasse da União a título de fundo de participação dos municípios na saúde.

Com o advento da Lei 6.229/1975, a saúde passou a ser compreendida como um sistema nacional criando-se o Sistema Nacional de Saúde (SNS) apresentado na 5 Conferência Nacional de Saúde, a lei procurou harmonizar e conciliar diferentes interesses, destinou à saúde coletiva ao Ministério da Saúde e à saúde individual ao Ministério da Previdência Social. A 5 Conferência Nacional de Saúde tinha como objetivo a elaboração de uma política nacional de saúde, essa conferência foi utilizada para legitimar, dentro dessa uma base restrita de técnicos, profissionais e funcionários das instituições a dicotomia legalizada da atenção à saúde no país.

Logo após, em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) cujo atendimento ficava restrito ao vínculo com

mercado formal, ou seja, aqueles que possuíam carteira de trabalho assinada.

Ouviram-se falar também da Conferência de Alma Ata, em meados de 1978, formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde foi direcionada a todos os governos na busca da promoção à saúde para todos os povos do mundo. Tinha como meta principal que até os anos 2000 todos os povos deveriam atingir um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva.

A Declaração se inicia então afirmando-se no conceito de saúde definido pela OMS, qual seja “saúde é o bem estar físico moral e social e não simplesmente ausência de doenças” e a defendem como direito fundamental e principal meta social dos governos.

Alma Ata foi considerada como a primeira Declaração incentivadora da atenção primária em saúde, defendida pela OMS como peça chave para acesso à saúde universal.

A 7 Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1980 cujo tema era “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos” teve por objetivo fomentar o debate de assuntos relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Prevsáude - o programa visava integrar ou articular, os ministérios da saúde e da Previdência e Assistência Social, a partir dos serviços básicos de saúde.

Iniciou-se a partir daí uma nova era no país, mais precisamente na segunda metade da década de 1980, notava-se um Brasil diferente com uma população destemida que após o fim de uma ditadura estava disposta a lutar pelos ideais de um país livre e soberano deixando para trás um período sombrio e enfraquecido, marcado por muitas prisões e injustiças.

Esse novo perfil que intaurará-se no país abriu espaço para militantes da saúde pública esporem suas utopias e fundamentos, sendo um deles Sérgio Arouca na época presidente da FIOCRUZ, possibilitando uma inflexão nos rumos da política nacional de saúde. Foi nesse momento então que sentiu-se necessidade de se realizar um novo debate sobre saúde pública no Brasil, ensejando assim a 8 Conferência Nacional de Saúde.

Essa Conferência até inaugurada pelo presidente na época José Sarney, em 1986, afirmava ser a pré constituinte da saúde. Tinha como presidente Sérgio Arouca (presidente da Fiocruz), que afirmava ser aquele o evento mais significativo na história da saúde pública do país até então. Os assuntos postos em pautas eram:

Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do setor.

A Oitava aprovou o decreto da criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que mais tarde se transformaria em SUS, mas seu principal legado foi a consolidação da ideia da Reforma Sanitária que retornaria com força na constituinte de 1988.

Pode-se dizer, portanto que a Oitava Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história da luta pela universalização da saúde pública no Brasil, pois o conjunto de diversos segmentos impulsionou a Reforma Sanitária que obteve sua maior legitimação com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Segundo (LUZ, 2000) “a intensa movimentação da sociedade civil teve um papel muito importante para a aceitação, na política oficial, das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, em grande parte consubstanciadas no SUS”. Esse marco representou uma ruptura inédita com a história anterior das políticas sociais brasileiras, ao garantir o acesso à saúde como direito social universal.

1.2 O DIREITO À SAÚDE E O SUS

Para que possamos compreender melhor o assunto em tela, primeiro a de se destacar o que vem à ser o direito em seu sentido lato. A palavra direito é um ramo do conhecimento humano - ciência do direito- ao mesmo tempo em que esclarece seu objeto de estudo: o direito, um sistema de normas que regulam o comportamento dos homens em sociedade. Muitas vezes se emprega a palavra direito em sentido axiológico como sinônimo de justiça e muitas outras em sentido subjetivo, é o *meu* direito; trata-se, como ensina Reale, da "regra de direito vista por dentro, como ação regulada" (DALLARI, 1998).

A saúde vista como direito fundamental privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção. As pessoas devem ser livres para escolher o tipo de relação que terão com o meio ambiente, em que cidade e que tipo de vida pretendem viver, suas condições de trabalho e, quando doentes, o recurso médico-sanitário que procurarão, o tipo de tratamento a que se submeterão entre outros. Note-se, porém, que ainda sob a ótica individual o direito à saúde implica a liberdade do profissional

de saúde para determinar o tratamento. Ele deve, portanto, poder escolher entre todas as alternativas existentes aquela que, em seu entender, é a mais adequada. (DALLARI,1998).

Foi com a promulgação da Carta de 1988 que o direito à saúde recebeu um novo regime jurídico, elevando-o a categoria de direito fundamental (art. 6º) e estendendo-lhe, com isso, os efeitos de eficácia plena e aplicação imediata (art.5º, § 1º), além do atributo da rigidez constitucional.

Portanto a Constituição de 1988 trata a saúde como direito de todos e dever do Estado, que deverá garanti-la através de políticas sociais e econômicas visando à redução do risco de doença e outros agravos, conforme preceitua o art.196 da Constituição Federal:

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 (BRASIL, 1988).

Este artigo trouxe à lume a universalização do direito à saúde e a igualdade total no tratamento dos indivíduos, ou seja, o acesso às ações de saúde deve ser oportunizado, de acordo com a Constituição, a todas as pessoas, independentemente de suas condições individuais (raça, cor, sexo, capacidade contributiva...) e estes serviços devem ser igualitários sem distinções ou preferências.

Também preconizou a Constituição a imposição ao Estado do dever de prestações positivas para a garantia do direito à saúde. Ao poder público se imputou o dever de prevenção de doenças e a adoção de políticas públicas destinadas à disponibilização dos serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Cabe destacar que dentro do espectro conceitual do direito à saúde, surge no ano de 1990 a lei 8.080/90 que institui o Sistema Único de Saúde e com ele interagem outros elementos independentes, a saber: a alimentação, o meio ambiente, o saneamento básico, o trabalho, a renda, o transporte e o lazer (art. 3º).

Tais elementos se constituem em fatores determinantes e condicionantes à efetiva fruição do direito à saúde, direito este que deve ser compreendido de forma social, com fulcro na coletividade e destinado aos interesses dos cidadãos.

Fica claro, portanto que a Constituição Federal elevou o acesso à saúde a categoria de direito subjetivo público, exigível judicialmente, e imputou ao Estado um rol de deveres derivados desse direito.

No tocante a responsabilidade do Estado, é importante destacar que ela não se limita apenas à disponibilização em prol da população de serviços públicos, mas também tem o dever de fiscalizar, regulamentar e controlar todas e quaisquer ações e serviços de saúde.

Certo dever se extrai do disposto no art.197 da Constituição Federal, in verbis:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Segundo disposto no artigo acima mencionado, fica claro que as ações e serviços de saúde não são exclusivos do Estado e podem ser prestados por entes privados, mas serão sempre considerados como de relevância pública, a justificar e ensejar intensa regulamentação e fiscalização estatal.

No tocante ao direito à saúde estão dispostas várias leis, portarias, resoluções e normativas que fazem parte de um arcabouço legislativo que rege a saúde pública no Brasil. Conforme já comentado anteriormente a Constituição Federal de 1988 foi a primeira constituição que concebeu o direito à saúde como direito fundamental, definiu o conceito de saúde e junto a ele elencou um conjunto de fatores necessários para efetivação desse direito. Nela estão dispostos os arts.196 ao 200 que tratam do direito à saúde.

Fixou o art. 197 da Constituição Federal o dever do poder público de dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde. Além disso, o texto constitucional atribuiu à União, Estados e ao Distrito Federal a competência de legislar concorrentemente sobre a proteção e defesa da saúde (art. 24, inciso XII, da Constituição Federal).

Em razão de tais dispositivos, editou-se importante diploma legal, a Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde, destinada a regular, em todo o território nacional, “as ações e serviços de saúde, executados

isolada e conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (art.1º).

A partir de 1990 com o advento da Lei 8.080/90, teve início a implantação do Sistema Único de Saúde brasileiro com intuito de promover a saúde para população oferecendo tratamento igualitário a todos os cidadãos. Essa lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990).

O SUS é sem dúvida um dos maiores sistemas de saúde do mundo. Reconhecido internacionalmente por seu caráter universal sendo referência em modelo de saúde pública mundial. Foi uma conquista que antecedeu anos de luta por uma saúde que se estendesse a qualquer cidadão, sua grande propulsora foi a Reforma sanitária a partir dela a saúde começou a ganhar um novo "status" social no país. Apesar de ainda conter falhas em razão da escassez de recursos e desigualdade na distribuição, implantou diversas políticas de inclusão em saúde.

O SUS consolidou-se, ao longo de duas décadas, como a maior política de Estado do País, promotor de inclusão e justiça social. Fruto de uma permanente construção coletiva, nele se manifesta o melhor da tradição política brasileira: o diálogo, a composição e a busca do acordo (BRASIL, 2011, vol.1).

O Sistema Único de Saúde abarca a saúde da população de forma completa e irrestrita, pois vai desde a consulta médica até mesmo ao transplante de órgãos e tecidos. Isso se dá de forma integral e universal conforme rezam seus princípios doutrinários e diretrizes de funcionamento. Também é *mister* em promover a prevenção aos cuidados de saúde através de campanhas de vacinação e ações de vigilância sanitária que se dispõe a fiscalização de estabelecimentos comerciais e inspeção de alimentos. Pelo princípio da universalidade, todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS, e esse acesso universal, em nenhuma circunstância, pode ser restringido.

O SUS deve ofertar, a todos os brasileiros, um conjunto de serviços sanitário e socialmente necessários, com base em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e por meio de amplo movimento de discussão que envolva os gestores de saúde na Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2011. VOL 1).

Quanto a organização do Sistema Único de Saúde é constituído pelo conjunto de ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo, o SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania, insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem o tripé de seguridade o qual seja: saúde, assistência e previdência (lei 8.080/90, art.4).

1.3 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES FUNDAMENTAIS DO SUS

A partir da Constituição Federal de 1988 pode-se organizar a saúde brasileira através de princípios e diretrizes de funcionamento. Essa organização decorreu a partir do artigo 1, onde estão dispostos seus fundamentos, entre estes o princípio da Dignidade Humana que serviu de alicerce ao Estado Constitucional, irradiando seus efeitos a todos os demais princípios que norteiam à saúde pública.

Esse princípio trouxe à baila que o homem é o principal destinatário do Estado democrático de direito em todas as suas dimensões, e sua existência deve ser desde a sua essência de forma digna.

Ressalta-se, nesse diapasão, o entendimento sobre a dignidade humana como princípio fundamental da República, destacando a ideia de comunidade constitucional inclusiva e à dignidade da pessoa humana enquanto elemento nuclear da República (CANOTILHO,1998).

Conforme conceitua Sarlet, 1998:

o conceito moderno de dignidade da pessoa humana parte da ideia kantiana de autonomia ética do ser humano, que residiria na vedação do homem ser tratado como objeto, inclusive por si próprio. A liberdade da vontade consiste na propriedade que tem de dar-se ela mesma a sua lei, esta liberdade que conduz à autonomia e que situa a todos no mundo dos fins, converte as pessoas em seres dignos e que não tem preço, assim, quando uma coisa está acima de todo o preço, e não permite equivalente, ela tem dignidade.

Portanto, a partir desse conceito começaram a se formar de maneira ampla os princípios integrantes da ordem política e social do Estado entre eles, os

princípios do SUS, já dispostos na Constituição Federal e discutidos amplamente nas Leis 8.080/90 e 8.142/90- Lei Orgânica de Saúde.

Os princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde são:

1) **Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência:** todos têm o mesmo direito de obter ações e serviços que necessitam, independente da complexidade do custo ou da natureza dos serviços envolvidos. Este princípio contrasta com o acesso à saúde de antigamente (antes 1988), quando o cidadão necessitava de alguns precedentes para ter acesso, tais como ter um regime de previdência social ou ser um trabalhador formalmente inserido no mercado de trabalho. Nota-se com esse princípio um grande avanço econômico, político e social da sociedade brasileira, quando garante a saúde a todos indiscriminadamente.

2) **Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie:** não pode haver nenhum tipo de discriminação no acesso aos serviços de saúde, todos devem ser atendidos de forma igual, independente de raça, cor ou sexo. Esse princípio surge para por fim a "cultura de favores", não tolerando distinção entre usuários que detinham classe social elevada em detrimento dos outros ou qualquer tipo de favorecimento individual. A igualdade deve ser vista dentro da universalidade, onde todos estão incluídos da mesma forma e com os mesmos direitos.

3) **Integralidade na assistência:** é um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Deve haver uma articulação entre gestores do SUS e profissionais de saúde para organização e manutenção dessa integralidade. Com esse princípio se dá ao cidadão a garantia de atendimento desde o serviço mais básico (consulta) até o de mais alta complexidade (tratamentos oncológicos). Ocorre que na interpretação desse princípio verifica-se um conflito aparentemente existente, pois a integralidade não quer dizer a oferta de qualquer serviço, mas sim daquele suficiente para o alcance de seu fim. Geralmente verifica-se essa tensão quando a necessidade perpassa a questão dos medicamentos, pois estes devem ser dispensados de forma racional e segura.

4) **Participação da comunidade:** a população por intermédio de suas entidades representativas possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e

serviços de saúde executados nas diferentes esferas de governo, mas foi preciso definir os serviços por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-los geograficamente (regionalização). No nível mais básico situa-se o atendimento a procedimentos mais frequentemente necessários, tais como, vacinas, consultas a clínica médica e pediatria, parto normal, etc. No nível especializado ou complexo situam-se os hospitais, ambulatórios, unidades de diagnose e terapia capazes de realizar procedimentos menos frequentemente necessários (cirurgia cardíaca, ressonância magnética, transplantes de medula óssea, etc). A regionalização e a hierarquização exigem que os usuários sejam encaminhados para unidades mais complexas quando necessário e retornem ao nível mais básico para o acompanhamento.

1.4 APARATO BÁSICO DA LEGISLAÇÃO PERTINENTE À JUDICIALIZAÇÃO

A regulamentação da saúde pública no Brasil constitui-se numa responsabilidade do Poder Legislativo e do Executivo em âmbito nacional, estadual e municipal, sendo realizada por meio de instrumentos legais e executivos, sendo assim várias leis, portarias, resoluções, decretos, documentos oficiais e normativas compõe um arcabouço legislativo que rege a saúde pública no Brasil. Conforme já comentado anteriormente a Constituição Federal de 1988 foi a primeira constituição que concebeu o direito à saúde como direito fundamental, definiu o conceito de saúde e junto a ele elencou um conjunto de fatores necessários para efetivação desse direito. Nela estão dispostos os arts. 196 ao 200 que tratam do direito à saúde.

Fixou o art. 197 da Constituição Federal o dever do poder público de dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde. Além disso, o texto constitucional atribuiu à União, Estados e ao Distrito Federal a competência de legislar concorrentemente sobre a proteção e defesa da saúde (art. 24, inciso XII, da Constituição Federal).

Em razão de tais dispositivos, editou-se importante diploma legal, a Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde, destinada a regular, em todo o território nacional, “as ações e serviços de saúde, executados

isolada e conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (art.1º).

Referida lei se divide em cinco Títulos. O primeiro deles, abarcando os artigos 1º a 3º, refere-se às disposições gerais e se compõe, basicamente, de reafirmação de premissas constitucionais (a saúde como direito fundamental e a responsabilidade estatal pela garantia de acesso a tal direito) e da fixação de fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Já o Título II (arts. 4º a 19º) se propõe a delimitar o SUS. Primeiramente estabelece a composição do SUS, fixando que todos os órgãos públicos federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, fazem parte do sistema, assim como as três esferas de governo que cuidem do controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, mediante, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. Estabelece também, que a iniciativa privada poderá fazer parte do SUS de forma complementar.

Em seus artigos 5º e 6º, a lei fixa os objetivos e atribuições do SUS, pontuando todo seu âmbito de atuação e todas as atividades que devem ser mantidas e realizadas pelos órgãos do sistema.

Mais adiante, em seu artigo 7º, esclarece os princípios e diretrizes do SUS, sinalizando as bases que o sustentam e estabelecendo os vetores para sua consolidação.

Os artigos 8º a 14º, cuidam da organização, da direção e da gestão do sistema. Seguindo o artigo 15º fixa as atribuições comuns aos entes federativos e depois distribui elas em competências específicas em cada esfera do governo (16º ao 19º).

O Título III dispõe sobre os serviços privados de assistência à saúde. Já o Título IV, dispõe sobre os atinentes aos recursos humanos do SUS e por fim o Título V, dispõe sobre o financiamento do SUS.

A Lei Orgânica de Saúde foi alterada algumas vezes, primeiramente pela Lei 9.836, de 23/9/1999 (Acrescenta dispositivos à Lei nº. 8.080); Lei 10.424, de 15/4/2002 (Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080); Lei 11.108, de 07/4/2005 (Altera a Lei n. 8.080). Lei 12.401 de 28 de abril de 2011, que institui regras restritivas para a assistência farmacêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no SUS, após pela Lei 12.466 de 24 de agosto de 2011, que reconheceu as comissões intergestoras bipartite e tripartite e os Conselhos Nacionais de

Secretários de Saúde (CONASS) e secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) como instâncias de pactuação e representatividade do SUS.

Outra lei importante que compõe a legislação da saúde pública é a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Foi esta lei que inseriu no SUS, as Conferências de Saúde, instituições colegiadas que possuem como finalidade precípua viabilizar e sedimentar a participação e o controle social nas ações e serviços de saúde pública. Também tratou da alocação dos recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde e do repasse desses recursos aos Estados, Municípios e Distrito Federal, fixando as condições mínimas para que os entes da federação possam receber e administrar tais verbas.

A Norma Operacional Básica de 1996 foi também outra referência importante para a legislação do SUS, regida pela Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 foi um dos principais instrumentos estruturantes do SUS, que consolidou a política de municipalização, estabelecendo o pleno poder municipal na função de gestor da saúde.

Avançando um pouco mais no tempo, vem a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de Setembro de 2000, alterando os artigos 34, 35, 156, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde.

Já no início de 2006, através da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro foi aprovado o Pacto pela Saúde que foi um acordo interfederativo articulado em três dimensões: Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão o que possibilitou a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão para a reforma de aspectos institucionais vigentes entre outras atribuições.

Seguindo essa esteira foi editado o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamentou os dispositivos da Lei Orgânica de Saúde que tratam da organização, do planejamento, da assistência à saúde e da articulação interfederativa.

Além da legislação referida anteriormente podemos citar a parte os principais diplomas legais que regem a assistência farmacêutica no Brasil, são eles:

Lei Federal nº 5.991/73- dispõe sobre o controle sanitário do comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e correlatos;

Lei Federal nº 6.360/76- dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e correlatos, entre outros produtos;

Lei Federal nº 9.787/99- dispõe sobre o medicamento genérico e sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências;

Lei Federal nº 10.742/03-define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) e altera a Lei 6.360/76;

Lei Federal nº 10.858/04- autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, visando assegurar à população o acesso a produtos básicos essenciais à saúde e baixo custo;

Portaria MS-GM nº 3.916 de 30 de outubro de 1998, que aprovou a Política Nacional de Medicamentos;

Resolução SS 126, de 13 de agosto de 2009 – dispõe sobre a obrigatoriedade de prescrição e dispensação de medicamentos com o nome genérico das substâncias que o compõe;

Resolução do CFM nº 1.939 de 2010, que proíbe a participação do médico em promoções relacionadas ao fornecimento de cupons, cartões de descontos e demais documentos previstos nesta resolução para a aquisição de medicamentos.

Listas oficiais de medicamentos: segundo a Organização Mundial de Saúde “medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias da saúde da população. Medicamentos essenciais devem estar sempre disponíveis para atender às necessidades dos sistemas de saúde, nas proporções e dosagens adequadas” (OMS, 2002).

Seguindo a orientação da OMS, a Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria MS-GM nº 3916/98, fixou como a primeira diretriz fundamental a manutenção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), bem como sua contínua atualização.

A RENAME é a lista de medicamentos essenciais vigente no Brasil e serve como norte para a elaboração das listas de medicamentos pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, que deverão levar em conta também os dados epidemiológicos regionais e o perfil de sua população.

Cada Município deve elaborar sua lista de medicamentos essenciais, de acordo com o perfil epidemiológico de sua população, como, por exemplo, a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) da cidade de Pelotas.

1.5 ORGANIZAÇÃO DO SUS

O Sistema Único de Saúde é o conjunto de todas as ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações.

Logo, a lógica de organização pressupõe a formação de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo assim um conhecimento direcionado a cada região, contribuindo a realização de controle sanitário, vigilância epidemiológica, educação em saúde, além do acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (SOLLA; CHIORO, 2008).

Os níveis de atenção se dividem em:

Nível de Atenção Básica: foi estabelecido conforme a Portaria 648/2006 do Ministério da Saúde, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da atenção primária. É entendida como o primeiro nível de atenção à saúde do SUS, a porta de entrada dos usuários. Inclui um rol de procedimentos menos complexos, capaz de atender problemas mais comuns da comunidade. Embora entendida como referência inicial de atendimento, seus serviços esgotam as necessidades dos usuários (BRASIL, 2011. VOL4).

Nível de Atenção Secundário: este modelo é responsável por atender casos mais complexos, que exigem maior estrutura e aparelhamento tecnológico. Estão inclusos neste nível os procedimentos especializados realizados por médicos ou outros profissionais de nível superior e médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; entre outros (BRASIL, 2011. VOL.4).

Nível de Atenção Terciário: caracteriza-se pelo conjunto de procedimentos que demandam alta tecnologia e alto custo. Tem por escopo proporcionar a

população o acesso qualificado, atuando de forma conjunta aos outros níveis de atenção (básica e média). Este nível de atenção é organizado em redes de atendimento, quais sejam: assistência ao paciente portador de doença renal crônica, pacientes com problemas oncológicos, procedimentos cardiovasculares, entre outros (BRASIL, 2011. VOL.4).

1.6 GESTÃO NO SUS

De acordo com o *caput* do artigo 198 da Constituição Federal, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede hierarquizada e regionalizada organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera do governo.

Conforme preconiza a Lei 8.080/90 em seu artigo 9, a gestão é exercida nos seguintes níveis em cada esfera do governo:

- I. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II. no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- III. no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Segundo a norma operacional básica de número 01/2002, que introduziu diversas alterações positivas na gestão do SUS, ficou acordado que os municípios estão habilitados em gestão plena de sistema municipal único, ou seja, essa ampla descentralização das ações e serviços de saúde para municípios e que se estendeu aos estados, resultou de quase a totalidade dos municípios brasileiros terem responsabilidades definidas sobre a saúde de sua população, um considerado avanço em relação à organização do Estado no que concerne à saúde pública (CONASS, 2011).

Outro ponto de destaque foi a estruturação do Conselho Nacional, e dos Conselhos estaduais e municipais de saúde, em todos os estados do Brasil e em vários municípios também. Estes conselhos tem por finalidade fazer uma integração com a sociedade e inclusão de novas pessoas que possam contribuir para um melhor andamento da saúde pública.

Entre várias outras contribuições, se destaca também, o fortalecimento da rede pública de saúde em todos os níveis de complexidade dando ênfase na atenção básica, com um modelo focado na concepção da atenção familiar, concebida como estratégia reestruturante do modelo assistencial (CONASS, 2011).

1.7 FINANCIAMENTO SUS

O financiamento do Sistema Único de Saúde é tema de suma relevância e preocupação no cenário saúde atualmente. É assunto presente e recorrente quando se trata de saúde pública devido a escassez de recursos para atender uma população com demandas infinitas de saúde.

A questão orçamentária tem se tornado um desafio a ser gerenciado num país de extensa territorialidade e que preconiza garantir a universalidade e a integralidade em todos os níveis de atenção.

O financiamento do SUS, disposto em lei, aparece tanto na Constituição Federal, como na Lei Orgânica de Saúde. Estes diplomas legais prevêm três fontes de financiamento, quais sejam:

Segundo o artigo 195, da Constituição Federal, dispõe que "a seguridade social, será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios". Portanto se tem que a responsabilidade pelo financiamento é das três esferas do governo.

A Lei 8.080/90 trouxe a discussão dois critérios de repasse do governo federal para os estados e municípios, segundo art.35, in verbis:

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo a análise técnica de programas e projetos: I – perfil demográfico da região; II – perfil epidemiológico da população a ser coberta; III – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV – desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; V – níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI – previsão do plano quinquenal de investimento da rede; VII – ressarcimento do atendimento de serviços prestados a outras esferas de governo (BRASIL, 2011, vol. 2, p. 98).

A outra Lei que merece destaque é 8.142/90, que aderiu essa norma em sua legislação tornando automáticas as transferências do governo federal, tendo como precedente que os estados e os municípios atendam os requisitos previstos no artigo 4 da mesma lei, quais sejam: ter fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida no orçamento e comissão para elaboração do plano de carreiras, cargo e salários.

Segundo a Portaria GM/MS n. 204/2007, definiu que o financiamento e a transferência de recursos federais destinados a custear ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, sendo estes constituídos de acordo com as ações e serviços já pactuados.

Esses blocos se dividem da seguinte forma:

I- Atenção básica- constituído por dois componentes: piso de atenção básica (PAB) fixo e piso de atenção básica (PAB) variável. Sendo o primeiro referente ao financiamento de ações básicas de saúde, e sendo os recursos transferidos mensalmente, de forma regular e automática do FNS ao FSM. Já o PAB variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica. Os recursos são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios. (BRASIL, 2011. VOL2).

II- Bloco de Atenção de Média e Alta complexidade ambulatorial e hospitalar: os recursos são transferidos do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo de Saúde Municipal, conforme a programação pactuada e integrada, publicada em ato normativo específico por dois componentes: Teto MAC e Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC).(BRASIL, 20011. VOL.2)

III- Vigilância em Saúde: seu bloco de financiamento é constituído por dois componentes: Componente da vigilância e promoção em saúde e Componente da vigilância sanitária.

IV- Bloco de Assistência Farmacêutica: é composto por três componentes: o componente Básico, o Estratégico e o Especializado.

V- Gestão do SUS: tem por escopo a regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento das ações e serviços entre outras atribuições. Sendo composto por dois componentes: o da Qualificação da gestão e o componente para a Implantação de ações e serviços.

VI- Investimentos na Rede de Serviços de Saúde: é composto por recursos financeiros que serão transferidos mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto (BRASIL, 2011. VOL2)

1.8 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

A assistência farmacêutica no Brasil foi se desenvolvendo ao longo dos anos e cada vez fortalecendo mais seu objetivo precípua o qual regular a questão dos medicamentos a nível nacional.

Os primeiros rumores sobre medicamentos no Brasil surgiram em 1971, através do Decreto 68.806, tendo como objetivo a promoção e a organização das atividades farmacêuticas à população de baixa renda. Teve também o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico e o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas (BERMUDEZ, 1995).

Em meados de 1975, através da Portaria n 233 do Ministério da Previdência e Assistência Social, foi instituída a primeira Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), esta seria uma lista básica de medicamentos essenciais que após alguns estudos cresceu para uma lista contendo 305 substâncias atinentes a atender as necessidades da população da época (BERMUDEZ, 1995).

Mas, como era um projeto inovador e recém a saúde ganhara um novo olhar a partir da Constituição Federal de 1988, muitas críticas a RENAME foram tecidas no país, destacando as feitas por Médicos,

Apenas 63% da classe médica sabia da existência da RENAME. Destes, a maior parte desconhecia os itens que a compunham; Desarticulação entre os diversos componentes do Sistema Único de Saúde (SUS), que não se integravam no sentido de aperfeiçoar e adequar a RENAME ao uso no cotidiano; Precária infra-estrutura de armazenamento e dispensação de medicamentos, agravada pela escassez de recursos humanos qualificados nas unidades de saúde. Isto conduzia a perdas de medicamentos devido ao controle inadequado dos prazos de validade e das condições de acondicionamento dos produtos; Inadequada programação das necessidades de medicamentos, pois não eram observados parâmetros de morbidade da região; Despreocupação governamental em atualizar a RENAME, o que dificultou ainda mais sua credibilidade junto aos órgãos

produtores e distribuidores de medicamentos.

Diante dessas críticas, foi criado em 1993 pelo Ministério da saúde o Programa de Assistência Farmacêutica com intuito de estabilizar o mercado farmacêutico através de intervenções em estruturas de programação, produção, distribuição entre outras ações consideradas educativas para a população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Logo após também em 1993, foi editado o Decreto n. 793 que veio para fortalecer o Programa da Assistência Farmacêutica, nele se impôs que fosse utilizada a denominação genérica nas embalagens dos fármacos, também ficou disposto que era obrigatório a presença do profissional farmacêutico em todas as farmácias, só que esse Decreto nunca foi implementado de forma correta o que veio a causar o insucesso do Programa.

Após essas tentativas de estabilizar no país a Assistência Farmacêutica, foi com a Portaria 3.916 de 1998, que se instituiu a Política Nacional de Medicamentos (PMN), com objetivo de garantir a segurança necessária, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção, o uso de forma racional e o acesso necessário da população quando preciso.

A PMN teve como foco priorizar o acesso universal aos medicamentos considerados essenciais, garantir a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos e promover seu uso racional.

Através da Lei 9.787/90, a Lei dos Genéricos foi implementado o medicamento genérico dentro da Política de Medicamentos do Ministério da Saúde, que o governo tinha intenções de assegurar a qualidade, segurança e eficácia do medicamento genérico através de testes de bioequivalência.

Após a I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica em 2004, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 338/04, aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica no SUS (PNAF), que deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais. A PNAF em seu artigo 2º destaca o acesso e a equidade, a manutenção dos serviços na rede pública de saúde e a promoção e o uso racional dos medicamentos, reafirmando a importância dos medicamentos essenciais (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Ainda de acordo com a Resolução n 338 de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, pode-se atribuir um conceito a Assistência Farmacêutica que é o conjunto de ações que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde, onde o medicamento é o insumo essencial que deve ser utilizado de maneira racional, podendo ainda envolver setores de pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos e insumos, garantindo a eficácia e a qualidade dos produtos e serviços (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Mais adiante após a estruturação da PNAF, foram se formando os setores de assistência farmacêutica, quando em 2006, se definiu um bloco específico de financiamento para assistência farmacêutica dentro do Pacto pela Vida e de Gestão do SUS. Foi a partir daí que os entes se organizaram para o cumprimento das diretrizes da política (PEPE, 2010).

Atualmente, a política de assistência farmacêutica está organizada em três componentes: o básico, o estratégico e o especializado e cada um deles contribui de alguma forma para a gestão desta política.

O componente básico da Assistência Farmacêutica é financiado pelos três entes federativos, sendo os recursos destinados aos agravos prioritariamente da Atenção Básica, constantes na RENAME ou REMUME.

O componente Estratégico da Assistência Farmacêutica são aqueles medicamentos considerados pertinentes para o tratamento de doença ou agravamento específico, agudo e crônico constantes em programas e protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Como exemplo que compõe os medicamentos estratégicos pode-se citar aqueles para tratamento de tuberculose, hanseníase, malária, doença de chagas entre outras. Estes medicamentos são financiados e adquiridos pelo Ministério da saúde e repassados aos estados e municípios.

Faz parte do componente Especializado da Assistência Farmacêutica os medicamentos que não constam na Relação Nacional de medicamentos Essenciais (RENAME) e no componente estratégico. São aqueles fármacos usados por portadores de patologias crônicas e ou raras, cujo tratamento tem custo elevado ou seu tempo de duração se faz ser de longo período.

Tem por finalidade assegurar o tratamento medicamentoso de maneira integral em nível ambulatorial baseado em protocolos e diretrizes específicas do Ministério da Saúde.

O custeio desse componente é garantido mediante acordo entre União, Estados e Municípios, sendo alguns destes adquiridos diretamente pelo Ministério da Saúde, em alguns casos existe repasse às secretarias estaduais de saúde para aquisição (BRASIL, 2009).

CAPÍTULO 2 – PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

2.1 CONCEITO E APLICAÇÃO

Com a promulgação da Carta de 1988 o Estado passou a desempenhar função de garantidor de direitos sociais, pode se dizer que sua atribuição precípua é promover o estado de bem estar social. Para atingir seu objetivo, este necessita desenvolver variadas ações e estratégias que contemplem o objeto de sua existência surgindo a partir daí as políticas públicas como base para sua organização.

A construção de políticas públicas envolve uma gama de setores e atores sociais, entre estes diversos aspectos se destacam tais como políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros (GIOVANELLA, 2008).

Para construir uma política pública que atenda o ideal esperado para sociedade não se pode pensar de forma isolada, portanto depreende-se ser uma vontade coletiva emanada da junção de diversos setores em busca de um único objetivo.

Podemos definir as políticas públicas como instrumento de ação dos governos, que veio disposto na Constituição Federal de 1988 conforme artigo 29, inciso XII; artigo 194, parágrafo único, inciso VII; entre outros. Estes dispositivos tratam da participação popular como fundamental na criação e implementação das políticas públicas.

Através das demandas advindas da sociedade, que se inicia o processo de estruturação das políticas públicas no Brasil, passando por um estágio de organização onde são respeitadas diversas fases de um processo desde sua formulação até sua execução e avaliação.

No caso em tela aqui discutido, abrange-se as políticas de saúde como essencial para o estudo, podendo defini-la da seguinte maneira: organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior qualidade de vida da população. (OMS).

São guiadas pelos princípios da universalidade e igualdade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade no atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no país.

De forma clara e sucinta as políticas públicas de saúde correspondem ao conjunto de ações de governo que regulam e organizam as funções públicas do Estado para o ordenamento do setor, englobando as atividades do governo executadas pelo Estado e as relacionadas à regulação de atividades realizadas pela iniciativa privada.

Imperioso destacar que à saúde conforme concepção adotada pela Carta Magna de 1988 representa um direito que exige do Estado políticas econômicas e sociais orientadas à redução de riscos de doenças e outros agravos, ampliando o horizonte das políticas públicas relacionadas à saúde exigindo de seus atores uma interação com outros setores.

Nota-se que as políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado guiando este para a melhoria das condições de saúde da população. Sua atribuição está atrelada a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

A formulação das políticas públicas vêm sendo criada no contexto de uma reforma setorial, com ampla introdução de uma legislação, que tem operado mudanças institucionais, ao passo que introduz uma interlocução entre Estado e sociedade na gestão pública.

Destaca-se na legislação a Emenda Constitucional n. 29 de 2000, que estabeleceu um patamar para a aplicação de recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios para o financiamento das ações e serviços de saúde e as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS), editadas através do Ministério da Saúde que se constituíram no instrumento normativo para a operacionalização da diretriz de descentralização das ações e serviços; para a organização da gestão, entre outros. Essas Normas representam a síntese dos pactos firmados entre os gestores dos três níveis de direção do SUS.

Diante deste cenário, vislumbra-se grandes desafios a ser enfrentados pelos atores envolvidos no processo de implementação de políticas públicas no Brasil para que se efetive realmente o direito à saúde de forma universal e equânime. A direção

que se aponta é que se tenha um controle social mais efetivo nessa trajetória, desde a implementação até a execução.

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Instituída pela Portaria 3.916, de outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos explicita diretrizes e prioridades. Cabe destacar que o medicamento não se classifica como um bem qualquer e sim fundamental ao tratamento e à recuperação da saúde. De acordo com o disposto nessa Portaria o medicamento é "produto farmacêutico com finalidade profilática curativa, paliativa ou para fins de diagnósticos".

Segundo artigo 4, da Lei 5.991/ 1973, in *verbis*: "II- Medicamento-produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico".

A formulação e implementação da política pública para dispensação de medicamentos à população se deu a partir da 28ª Assembléia Mundial de Saúde, em 1985. Em meio a uma Conferência o diretor da Organização Mundial de Saúde à época destacou a necessidade e relevância de se criar uma política de dispensação de medicamentos visando seu uso de forma racional e de acordo com as necessidades de cada população.

No Brasil a primeira lista de medicamentos foi formulada com medicamentos considerados essenciais, recebendo a denominação de "Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para uso Farmacêutico Humano e Veterinário", editada através do Decreto n. 53.612 de 1964. Tinha por objetivo obrigar o governo a adquirir apenas produtos da relação e de empresas de capital nacional.

Após a implementação dessa lista o Ministério da Previdência e Ação Social editou através da portaria n. 233 uma relação de medicamentos chamada Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), elaborada por uma comissão técnica especializada. A Lei 8.080 de 1990, no artigo 6 estabeleceu como dever do SUS a formulação da política de medicamentos em âmbito nacional, tendo por fim garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade de medicamentos, a promoção e o uso racional e principalmente o acesso da população àqueles considerados essenciais.

Através da Lei 9.787 de 1999, foi editada a lei dos medicamentos genéricos que precisou de um grande esforço político e empresarial para superar certos obstáculos posto pelo mercado de medicamentos para implantação dessa política. Tinha como finalidade a reduzir o preço para permitir que maior parcela da população tivesse acesso, se tornando uma tendência nacional e internacional aliando preço baixo e eficácia comprovada. O medicamento genérico pode ser compreendido como um medicamento similar a um outro de referência, é um medicamento com o mesmo princípio ativo, com a mesma performance do medicamento referência (DIAS, 2002).

Outras leis, decretos e portarias foram sendo criadas para organizar a política de medicamentos no Brasil, entre elas merece destaque a Portaria MPAS/MS/MEC de 3 de dezembro de 1982, que editou os medicamentos excepcionais, que a aquisição era feita em caso excepcional e com recursos financeiros independentes daqueles destinados a financiar os constantes da lista Rename.

Esta Portaria se transformou mais tarde em política pública, regulamentada pela Portaria n. 142, criando o Programa Nacional de Medicamentos Excepcionais, segundo conceito é: "aquele medicamento cuja aquisição é feita em caráter excepcional, individual e com recursos financeiros independentes daqueles destinados aos medicamentos Rename, utilizando critério especial de dispensação" (Portaria MS n. 3/ 1982).

As Portarias do Ministério da Saúde foram sendo responsáveis pela atualização da lista de medicamentos, passando ao longo dos anos a ter esparsas alterações. O principal responsável é a União através do Pacto pela Defesa do SUS (Portaria GM/MS 2.577/2006) que atribuiu a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde pela aquisição e dispensação dos medicamentos excepcionais.

2.3 POLÍTICA PÚBLICA PARA DOENÇAS ONCOLÓGICAS

Em meados dos anos de 1990 começaram a surgir grupos sociais organizados de pacientes com doenças específicas e sem cobertura de medicamentos para tratar e buscar a possível melhora física. Um exemplo desses grupos foram os pacientes transplantados e oncológicos.

A partir daí longa foi a luta de criar políticas específicas para tratar, controlar doenças consideradas graves, então foi instituída em meados de 2005 a Política Nacional de Atenção Oncológica, que tinha cunho de organizar uma linha de cuidados em todos os níveis de atenção e em todas as esferas de gestão.

O câncer se transformou em uma doença de relevante magnitude social, representando uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo (BRASIL, 2011).

A política de atenção oncológica se destina a ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, articuladas e organizadas entre as três esferas do governo, constituindo redes estaduais ou regionais de atenção oncológica. (BRASIL, 2011).

Os principais objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica, segundo Portaria GM/MS n. 2.439/2005, são:

Desenvolver estratégias de promoção da saúde, identificando os determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas; promover a qualidade de vida e saúde da sociedade, sendo capaz de prevenir fatores de risco, de reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades. Organizar uma linha de cuidados que envolva todos os níveis de atenção (primária e especializada de média e alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos). Constituir redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral. Ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer. Desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atenção oncológica. Fomentar e desenvolver atividades de educação e formação de profissionais que atuam nessas atividades. Fomentar, coordenar e executar projetos de incorporação tecnológica e incentivar a pesquisa na atenção oncológica.

A assistência oncológica envolve um conjunto de procedimentos que articulam diferentes níveis de atenção, quais sejam: atenção primária, média complexidade e alta complexidade.

ATENÇÃO PRIMÁRIA: são as ações de caráter individual e coletivo, voltadas para promoção da saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce, sendo o principal exemplo a coleta de material para o diagnóstico do câncer de colo de útero feito por meio do exame papanicolau (BRASIL, 2001. VOL 4).

MÉDIA COMPLEXIDADE: realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos. Funciona como referência para o encaminhamento das mulheres com resultados alterados. Este nível exige a

presença de profissionais treinados para realizarem a intervenção diagnóstica dos casos suspeitos.

ALTA COMPLEXIDADE: limitar a extensão das neoplasias, realizar o tratamento adequado com garantia de qualidade da assistência. Envolve atividades ambulatoriais como consultas, exames de diagnóstico, tratamentos quimioterápicos ou radioterápicos e atividades hospitalares, como o tratamento cirúrgico, e atendimento à intercorrência clínica ou, mesmo, outros tratamentos que requerem internação hospitalar e atendimento a pacientes que requerem cuidados prolongados (BRASIL, 2001, Vol 4).

Para tratamentos oncológicos, existem centros regionais ou estaduais integrados que consistem em **UNACON** - unidade hospitalar que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada e de alta complexidade, para diagnosticar a existência de cânceres e assim tratá-los. Estes devem contar com serviços de cirurgias oncológicas, oncologia clínica e ter referências formais com serviço de radioterapia (BRASIL, 2011).

Existe também o **CACON** - que são as unidades hospitalares que possuem, além das características exigidas para o Unacon, atendimento a todos os tipos de câncer, além de serviço de hematologia e oncologia pediátrica.

Estes centros de referência em oncologia devem atender aos requisitos estabelecidos na Portaria MS/SAS 741/2005, que estabelece prazos e fluxos, define os serviços e regras a serem cumpridas pelos gestores estaduais e municipais.

O controle dos serviços que integram essa rede de atendimento oncológico necessitam apresentar laudos de solicitações e procedimentos previamente à realização do ato, que são analisados e monitorados segundo bases técnicas específicas, disponíveis no site do Ministério da Saúde e se aprovados recebem o documento de APAC.

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO

Instituída pela Portaria n. 1559 de 2008, a regulação do Sistema Único de Saúde segundo seu artigo 1, deve ser implantada em todas as unidades federadas,

respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

De acordo com as diretrizes do Pacto pela Saúde, publicada através da Portaria GM/MS n. 399 de 2006, como princípios orientadores do processo de regulação, se fundam: cada prestador responde a um gestor; essa regulação preferencialmente deve ser feita pelo município, conforme acordado pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB), respeitando a descentralização, municipalização e comando único, entre outras.

A regulação não tem modelo único a ser seguido, cada CIB poderá definir o modelo que melhor se adapte à realidade do estado e dos municípios envolvidos. (BRASIL, 2011, VOL 7).

A Política Nacional de Regulação do SUS propõe eixos a serem operacionalizados pelos gestores que são: regulação da atenção à saúde e regulação assistencial do pacto de gestão. Os complexos reguladores é uma estratégia de regulação assistencial, articulando centrais de atenção às urgências, centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais. Esses complexos reguladores podem ter abrangência municipal, intramunicipal, estadual ou nacional, devendo isto ser pactuado entre as três esferas de governo.

A regulação da assistência tem por escopo promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades do cidadão.

A implantação dos complexos reguladores de saúde no Estado tem por fim solicitar ao gestor a atualizarem suas estruturas de acordo às necessidades da população. Isto se dá pelas demandas de saúde da própria população, bem como pelas inovações tecnológicas.

Essa implantação de complexos reguladores, tem por objetivo formar uma rede integrada de informações relativa à oferta de serviços para uma melhor agilidade no atendimento à população. Ela reorganiza a assistência à saúde e contempla a implantação de centrais de consultas, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de leitos, e também centrais de regulação de urgências e fluxos para o acesso.

A atividade de regulação é coordenada pela Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde, a regulação organiza a marcação de consultas e exames especializados,

como também internações de urgência.

O sistema de regulação se desenvolve a partir de um sistema informatizado para apoiar as atividades dos complexos reguladores. Foi então, desenvolvido pela Secretaria de Assistência à Saúde o software chamado Sisreg que em parceria com o Datasus, compõem um sistema de informação para apoiar os gestores na função de regulação ao acesso.

Com a criação desse sistema foi publicada a Portaria GM/MS n. 2.309 que instituiu a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), tendo por fim facilitar aos gestores a organização de consultas e procedimentos quando não disponibilidade de serviço para o usuário, ou quando esta for insuficiente para atender à demanda. Também era preocupação dos gestores regular o fluxo de pacientes com necessidades de procedimentos de alta complexidade, que oneravam os limites financeiros de estados e municípios. (BRASIL, 2011).

Com isso, a CNRAC iniciou um processo de organização de grupos de procedimentos para inclusão de pacientes, tais como: cardiologia, ortopedia, oncologia, epilepsia, entre outros. Dessa forma o estado ou município que recebe pacientes de outros estados ou municípios passa a realizar os procedimentos através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Esse processo facilita o cumprimento de procedimentos para pacientes que necessitam quando há insuficiência de oferta de serviços em seu estado de residência. (BRASIL, 2011)

A ação de financiamento por meio do FAEC pretende diminuir o impacto no teto financeiro dos estados e municípios que, historicamente, absorvem grande demanda de pacientes oriundos de outros estados e municípios.

A partir da criação da CNRAC foi criada a Cerac (Central estadual de regulação de alta complexidade), com o mesmo objetivo, mas com uma regulação a nível estadual, ficando responsável por cadastro do paciente na CNRAC, proporcionando ao paciente os cuidados com deslocamento conforme seu estado clínico, identificar a unidade hospitalar mais próxima e responder sobre a possibilidade de atendimento.

2.5 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Regulamentada pela Portaria n. 648, de 2006, a política nacional de atenção básica se implanta por meio de um conjunto de unidades de saúde que prestam serviços assistenciais. caracteriza-se por "um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde" (CONASS, 2011).

A Atenção primária á saúde (APS) considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e busca promoção de sua saúde, a prevenção de doenças, tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2011. VOL 3).

A APS tem como fundamentos, de acordo com a PNAB:

[...] propiciar o acesso universal dos serviços de saúde com qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada do sistema de saúde; efetivar a integralidade em vários aspectos; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação; estimular a participação popular e o controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo de atenção, por meio do qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços e que tem como perspectiva as necessidades em saúde da população (GIOVANELA, 2009).

A APS também é uma concepção de sistema de saúde, um país que se baseia na APS pode dizer que tem: justiça social e equidade, solidariedade, autorresponsabilidade (STARFIELD, 2002).

No Brasil, pode-se dizer que o sistema de saúde e a APS andam em mesma sintonia, pois se identificam em valores e princípios essenciais para estabelecer prioridades nacionais de um sistema voltado para enfatizar a equidade social, utilizando um conceito amplo de saúde (BRASIL, 2011).

Estudos comprovam que a APS tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde, integrando cuidados quando são diversos problemas

(STARFIELD, 2002).

A porta de entrada do sistema (a primeira relação do paciente com o sistema) é o primeiro recurso a ser buscado quando constatada uma necessidade. Portanto deve ser de fácil acesso e disponível.

A correta utilização desse primeiro contato pode facilitar a fruição do sistema, oportunizando a correta utilização dos recursos oferecidos pelo SUS, talvez reduzindo hospitalizações desnecessárias, número de cirurgias, número de especialistas consultados, entre outros.

As estratégias de atuação da APS são relacionadas pela PNAB como: eliminação da hanseníase; controle de hipertensão arterial; saúde da criança; saúde da mulher; saúde bucal; controle da tuberculose; controle da diabetes mellitus; eliminação da desnutrição infantil; saúde do idoso; promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Uma das características principais da APS foi a descentralização da gestão e competência da prestação dos serviços aos municípios, com suporte técnico e financeiro dos estados e governo federal. Nesse contexto os municípios apresentam um papel relevante na execução dos serviços de assistência à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006) A estratégia para a APS no Brasil é a saúde da família - a pesquisa sobre saúde da família no Brasil.

De acordo com o que apresentam as evidências, a Atenção Primária é responsável por 85% das necessidades em saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde (STARFIELD, 1994).

A Atenção Primária, tem portanto, fundamental importância no desenvolvimento do sistema por partir dela a designação de como proceder aos cuidados dos pacientes que do SUS necessitam. Ela se destaca por se dedicar aos problemas mais frequentes que se apresentam sobre tudo em fase inicial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

CAPÍTULO 3 – JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

3.1 CONCEITO E CONTEXTUALIZAÇÃO

A “judicialização da saúde” é um fenômeno que pode se dizer recente no Brasil. Por judicialização da saúde, entende-se uma reclamação de bens e direitos nas esferas judiciais. É importante mencionar que o termo “judicialização ganhou corpo a partir da publicação de um trabalho de dois norte-americanos “Tate e Vallinder”, com o livro, “The Global Expansion of Judicial Power”, no qual defendem a tese de que a judicialização envolve essencialmente tomar algo sob a forma do processo jurídico (TATE, VALLINDER, 1995, *apud* MACHADO, 2008, p.81).

Já segundo Tate & Vallinder, *apud* Anjos,

Para o autor, a judicialização expressa a expansão do domínio dos tribunais e juízes em detrimento de políticos e administradores, ou seja, a transferência do direito de tomada de decisão do legislativo e do executivo para a esfera dos tribunais, como também, a propagação dos métodos judiciais de tomada de decisão de forma a extrapolar a forma adequada de fazê-lo. Em suma, o autor descreve que a judicialização importa em transformar algo na forma de um processo judicial, ou seja, resolver os conflitos por meio de ações judiciais. (TATE, VALLINDER 1995, *apud* ANJOS, 2009, p. 23).

A intervenção do Poder Judiciário na política, não é um fenômeno exclusivo no Brasil. Tate e Vallinder já haviam identificado a interferência de mandados dos tribunais nas políticas públicas de vários países democráticos ao longo dos últimos anos, ressaltando que inclusive países membros da União Europeia já precisaram alterar suas políticas em razão da intervenção da Corte Europeia (MACHADO; DAIN, 2012, p. 469).

Ao fim da década de 1990 foi quando iniciaram os pedidos por saúde no judiciário brasileiro, estes ocorreram como consequência do surgimento do vírus HIV/AIDS, onde as pessoas pediam na justiça antirretrovirais para tratar a doença, em razão do tratamento ter um custo bastante elevado (SANT`ANA, 2009). A partir daí vêm aflorando cada vez mais os pedidos por medicamentos, tratamentos, insumos, próteses, orteses e etc. Enfim criou-se um abismo de pedidos dos mais diversos possíveis espalhados pelo país.

Esses pedidos crescem desenfreadamente gerando um número assustador de demandas por saúde no nosso país por conta da saúde ser um direito inquestionável perante a nossa Constituição Federal. Cresce também, o número de decisões judiciais que obrigam o Estado a fornecer as mais diversas prestações de saúde solicitadas em juízo, pelos mais diversos cidadãos, com base, cada qual, nas suas necessidades individuais, atestadas pelo parecer de seu médico. Necessidades essas que, por vezes se chocam com as determinações das políticas públicas de saúde, construídas para atender as necessidades de toda a sociedade brasileira (MARQUES, 2011).

Os tribunais são cada vez mais o lugar escolhido pelos brasileiros para conseguir o nem sempre fácil acesso à assistência em saúde. Mais de 240 mil processos judiciais envolvendo pedidos de atendimento, cirurgias, medicamentos ou próteses tramitam nas justiças Estadual e Federal em todo o Brasil (DADOS CNJ).

O que intensifica o debate sobre a judicialização são os números assustadores apresentados pelo Conselho Nacional de Justiça, que é órgão competente para monitorar as demandas judiciais brasileiras. Segundo CNJ no ano de 2001, existiam 2 processos pedindo medicamentos nas comarcas gaúchas, esse número aumentou em 2004, que passou a contar com 672 processos de diversificados pedidos de saúde e de lá até o mês de julho de 2014, são mais de 113 mil processos pleiteando saúde no estado do RS, ou seja, quase a metade do todo nacional (43%) se concentra nas comarcas gaúchas.

Sendo assim, o Estado do RS é líder no país em ações judiciais reivindicando saúde, mais da metade dos processos que pleiteiam remédios ou tratamentos de saúde tramitam nas comarcas gaúchas.

O gasto que o Governo Estadual teve em 2012 com demandas judiciais de saúde perfaz um valor de 118,5 milhões, sendo metade disso com medicamentos especiais (da tabela do SUS) ou excepcionais (via de regra importados), o valor gasto com demandas judiciais representa 7,73% do orçamento da Secretaria Estadual da Saúde (SES), que é de R\$ 1,5 bilhão (DADOS CNJ).

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do RS, no ano de 2013 foram gastos R\$ 316 milhões só com medicamentos, destes R\$ 192 milhões foram com demandas judiciais (SES).

Apelar para o judiciário é sim um direito do cidadão, o que gera questões controversas são as demandas de altíssimo custo e os tratamentos ainda não

incorporados pela ANVISA, por não possuírem evidências científicas de seus resultados.

Os números apresentados pelo Estado com o gasto em saúde são bem alarmantes, uma vez que segundo pesquisa do CNJ são crescentes, sendo que só com medicamentos foi em torno de R\$ 141 milhões em 2011, R\$ 127 milhões em 2012 e R\$ 192 milhões até outubro de 2013. Um salto de 36% em dois anos.

A judicialização da saúde acaba formando um grande conflito entre as necessidades individuais e coletivas, pois a satisfação de um direito individual, por mais legítima que seja, poderá inviabilizar a satisfação de outras tantas, tão legítimas quanto esta, já que qualquer intervenção pública é guiada por limitações orçamentárias e materiais (REIS JUNIOR, 2008).

3.2 AÇÕES JUDICIAIS COMO GARANTIA DE ACESSO À SAÚDE

O ingresso através da via judicial para concretização do direito à saúde é legítimo por parte dos cidadãos, uma vez que a saúde é um direito inerente a condição do ser humano. No tocante aos medicamentos que de acordo com dados apresentados é a maior seara de pedidos, estes tem respaldo através das listas de dispensação de medicamentos oficiais constante na nossa legislação vigente.

O maior problema causado pelos pedidos judiciais encontram-se naqueles medicamentos que não constam em nenhuma das listas públicas oficiais, ou seja, por algum motivo não fazem parte do SUS.

Essas demandas por medicamentos não pertencentes ao elenco disponibilizado pelo Ministério da Saúde, interferem diretamente no funcionamento da assistência farmacêutica e geram as iniquidades no sistema de saúde, como também podem ocasionar o enriquecimento ilícito de indústrias e laboratórios farmacêuticos.

Geralmente as ações judiciais são impetradas com pedido de tutela antecipada, em razão do caráter de urgência implícito na dignidade da pessoa humana e por ser a vida o bem mais valioso que o ser humano possui.

Alguns requisitos são importantes para o deferimento dessa antecipação de tutela, sendo os pressupostos legais de: prova inequívoca de verossimilhança,

reversibilidade, fundado receio de dano irreparável, abuso de direito de defesa ou manifesto propósito protelatório do réu e incontrovérsia dos pedidos formulados e segundo entendimento jurisprudencial: ter o autor consultado com médico pertencente ao Sistema Público e, portanto, sua requisição ser de médico do SUS, o fármaco postulado respeitar a Denominação Comum Brasileira (Lei n. 9.787 de fevereiro de 1999 e suas respectivas atualizações), tal como parecer do médico justificando sua preferência pelo fármaco indicado no processo judicial.

A decisão condenatória de medicamentos é proferida pelo nome do princípio ativo, respeitando a Denominação Comum Brasileira, com o intuito de tentar evitar o favorecimento a determinado laboratório e tornar a decisão mais transparente possível, mesmo quando o pedido tenha sido feito pelo nome comercial do fármaco.

O magistrado ao deferir uma antecipação de tutela de medicamento, certifica-se se o fármaco pleiteado possui registro sanitário no país, caso este não possua deve buscar a alternativa terapêutica disponível e segura que garanta o tratamento adequado ao cidadão,

Os pedidos judiciais de saúde sempre vem respaldados pela urgência em dirimir o conflito, o que ocasiona falta de tempo hábil para o magistrado analisar o caso em concreto com suas devidas peculiaridades. Quando o pedido se trata da compra de medicamento deve ser respeitada a Lei 8.666 de fevereiro de 1993, que trata do processo licitatório para aquisição de bens de uso ou de consumo adquiridos com verba pública.

Quando o medicamento possuir registro sanitário na ANVISA, é necessário verificar a indicação terapêutica dele, ou seja, se a prescrição está de acordo com a finalidade para que o fármaco foi registrado.

Muitas vezes acontece a chamada "prescrição *off label* " que tem sido utilizado pelos médicos na tentativa de restabelecer o bem estar de seus pacientes e utilizar tentativas de práticas curativas em experimentos. Ocorre que a nossa legislação vigente se posiciona que isto só poderá ocorrer se respeitando a Resolução do Conselho Federal de Farmácia n. 1.982/2012, sob pena de infração ao Código de Ética Médica.

3.3 NOVAS TECNOLOGIAS E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

A indústria farmacêutica tem avançado com muita rapidez em produzir novas tecnologias para medicamentos e insumos de saúde o que acarreta sérios resultados comerciais, sociais, econômicos e políticos para a sociedade.

O Sistema Único de Saúde tem sofrido grande pressão para incorporação de novas tecnologias no mercado, pois quando as decisões judiciais obrigam o Estado a fornecer, estas acabam por influenciar o Sistema a incorporar certas inovações.

Procedimentos e medicamentos experimentais são tornados obrigatórios por decisão judicial, mesmo não inseridos no rol de procedimentos da ANS, que não os incluiu, pois estes não tinham evidências científicas sólidas (CARLINI, 2014).

A demanda existente por novas tecnologias é crescente em nosso país, isso se explica pela existência de alguns fatores, tais como: a saúde consolidada como direito fundamental e universal, o papel do médico como principal profissional do setor, a vinculação da indústria ao complexo saúde (VIANA; SILVA; ELIAS, 2007).

As novas tecnologias aumentam o campo de trabalho dos médicos, extendendo sua capacidade de diagnóstico e terapêutica, proporcionando maior qualidade de vida aos pacientes, mas em contra partida podem aumentar a distribuição de vantagens e acabar criando algum tipo de benesse (VIANA; SILVA; ELIAS, 2007).

Nesse compasso, a regulação da incorporação de novas tecnologias tem sido discussão recorrente nos sistemas de saúde, seja para diminuir efeitos negativos do mercado quanto aos cuidados de saúde, seja para organizar a natureza das tecnologias que serão objeto de inovação e seus impactos financeiros.

No Brasil, o Ministério da Saúde é quem regula a incorporação e faz a avaliação de novidades terapêuticas para saúde, isto é feito por meio de uma comissão especial criada para tal, chamada de Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC), órgão que recebe as propostas de incorporação ou exclusão de tecnologias, revisa diretrizes clínicas, protocolos terapêuticos e assistenciais para o SUS e para a ANS. Esta Comissão é regulamentada pela Portaria GM/MS n. 2587/2008. (BRASIL, 2008).

A Citec organiza levantamento de estudos sobre eficácia, segurança, custo, informações epidemiológicas entre outras características pertinentes a incorporação ou exclusão de tecnologias (HENRIQUES, 2009). Seu objetivo maior é racionalizar e

modernizar o fluxo de incorporação de novas tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Saúde Suplementar.

As deliberações da CITEC são tomadas com base na relevância e no impacto da incorporação da tecnologia no SUS, bem como na existência de evidências científicas de eficácia, acurácia, efetividade, segurança e de estudos de avaliação econômica da tecnologia proposta, em comparação às demais incorporadas anteriormente.

A CITEC é formada por um Grupo Técnico Assessor e por um colegiado com membros titulares e suplentes. O Grupo Técnico Assessor é constituído por uma equipe multidisciplinar e tem por finalidade promover o apoio técnico e administrativo à CITEC, cujo colegiado é composto pelos seguintes órgãos: 1. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; 2. Secretaria de Atenção à Saúde; 3. Secretaria de Vigilância em Saúde; 4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária e 5. Agência Nacional de Saúde Suplementar (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Atualmente a CITEC foi alterada pela Comissão Nacional de Incorporação de Novas Tecnologias (CONITEC), criada pela Lei 12.401/2011 e Decreto 7.646/2011, que segue na mesma linha da CITEC, a incorporação é baseada em evidências científicas, existe uma consulta pública para todas as avaliações e o prazo de resposta é de 180 dias.

No ano de 2013 o Governo Federal acelerou a incorporação de novos produtos e tecnologias ao Sistema Único de Saúde segundo levantamento do Ministério da Saúde. Os dados apontam que em 2012, a comissão analisou 135 pedidos e aprovou 29 tecnologias - entre elas a vacina contra hepatite A. Outros 61 pedidos de inclusão foram negados e 45 ainda estão em avaliação. Estrutura que antecedeu a Conitec, a Citec avaliou 174 pedidos e incorporou 81 itens entre 2006 e 2011, o levantamento abarca as tecnologias mais relevantes.

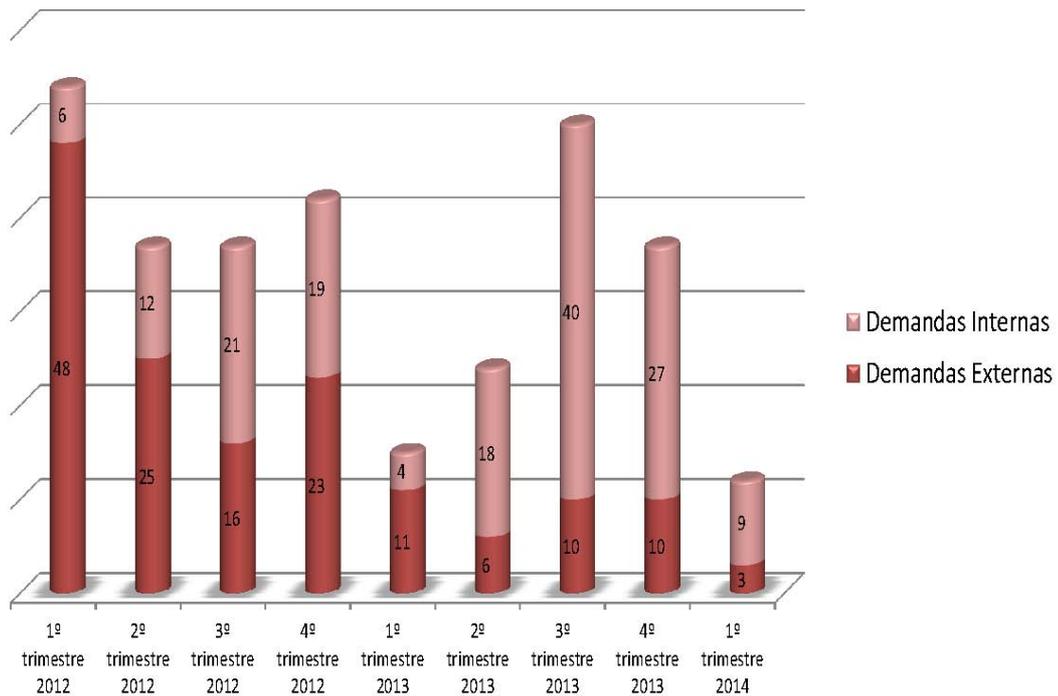
Este estudo aponta para um aumento de quase quatro vezes no número de análises feitas em 2012 - conclusão reforçada por estudos feitos pela indústria de medicamentos no país.

O último estudo divulgado pela CONITEC mostra que de janeiro de 2012 até maio de 2014, o número de demandas por incorporação foi de 316, sendo destas 162 internas (MS) e 154 externas, tendo 61 demandas em desconformidade com os pressupostos de avaliação e 98 que ainda não foram avaliadas (RELATÓRIO

CONITEC). Os resultados demonstrados foram que aconteceram 94 consultas públicas, foram incorporadas 95 novas tecnologias e 47 ficaram de fora por não oferecerem evidências científicas que comprovassem benefícios aos usuários.

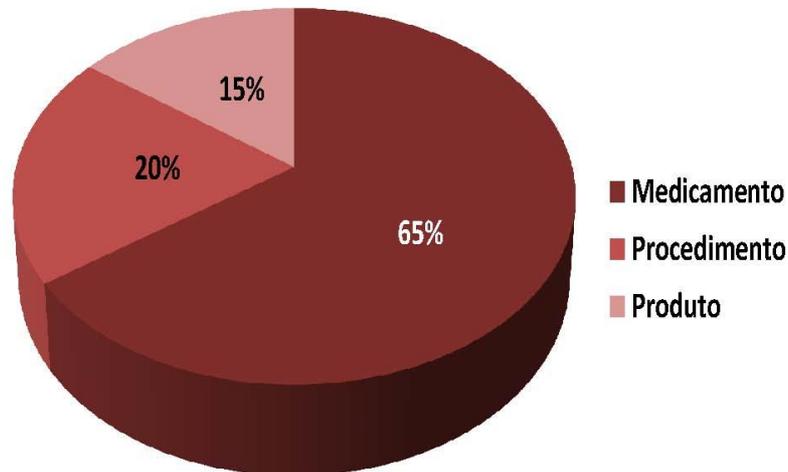
O gráfico abaixo demonstra o número de demandas recebidas por trimestre:

Gráfico 1 - Número de demandas por trimestre



O número de demandas recebidas por tipo de tecnologia:

Gráfico 2 - Número de demandas recebidas por tipo de tecnologia



Apesar de especialistas e pacientes comemorarem o ritmo mais intenso de avaliações e as novas regras que instituem um tempo máximo para que um pedido seja julgado, há ressalvas à atuação da nova comissão. A principal crítica é que a comissão rejeita a incorporação de drogas usadas com bons resultados sob a alegação de que não há comprovação científica de eficácia.

Como é exemplo da polêmica causada pelo uso da substância canabidiol no Brasil. O canabidiol é uma substância presente na folha da maconha (*Cannabis sativa*), que é usado para tratamento de doenças neurológicas, câncer, mal de parkinson, entre outras. Por ser um derivado da cannabis, o canabidiol estava incluso na lista "E", do ministério da saúde, que é a lista das plantas que podem originar substâncias entorpecentes e psicotrópicas, e na lista "F", que são substâncias de uso proscrito no Brasil, de entorpecentes e psicotrópicos (ANVISA).

Portanto o canabidiol é uma substância de uso proibido no Brasil, mas algumas pessoas fazem uso dela, pois trazem de forma ilegal para o país. Esse uso mesmo que ilegal no Brasil vem crescendo cada vez mais, pois os relatos das pessoas que utilizam é muito positivo e melhora significativamente a qualidade de vida, o que vem chamando a atenção das autoridades, médicos e pesquisadores da área da saúde.

De acordo com dados da ANVISA, o canabidiol está sendo mais um

medicamento em estudo para possível incorporação, por ser mais um que integra o rol de judicializados no país, como é o caso de uma decisão proferida no Tribunal do Estado de Santa Catarina.

De acordo com uma decisão do Tribunal Regional Federal da 4 Região (TRF4), que mantém uma decisão liminar determinando que a União forneça um medicamento feito de Canabidiol-CBD a uma adolescente de Santa Catarina portadora de síndrome de Rett.

O Tribunal negou o recurso da União que pedia a suspensão da decisão. A Advocacia Geral da União alegou que o medicamento ainda não é registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e que o remédio e sua eficácia são duvidosas, além do alto custo. A decisão da juíza federal Salise Monteiro Sanchotene, do TRF4, de manter a liminar garante o tratamento por três meses, mas a União ainda pode recorrer, conforme reportagem do site (G1/SC).

A magistrada proferiu tal decisão subsidiada nos dados constante no processo de que a garota catarinense com a síndrome de Rett, depende de ajuda para atividades diárias e sofre, em média, três crises epiléticas por dia, apesar do uso de anticonvulsivantes (G1/SC).

De acordo com a juíza, mesmo que o fármaco não esteja registrado na ANVISA, essa é uma situação excepcional. “A gravidade do quadro de saúde da adolescente constitui razão suficiente para o pronto acolhimento do pedido amparado por prescrição do médico assistente. Não havendo resposta clínica satisfatória, será possível cessar o tratamento deferido”, afirmou a magistrada (G1 SC).

Como este caso, inúmeros outros foram propostos judicialmente e receberam amparo da justiça brasileira liberando a importação do CBD-Canabidol, extraído da maconha para tratamento de pacientes com síndromes raras no Brasil. Mesmo sendo essa substância ilegal no Brasil e não sendo regulada pela ANVISA, a Comissão de Constituição e Justiça do Senado aprovou uma proposta de lei que pode facilitar a importação de derivados da maconha para uso medicinal. O texto ainda não tem data para votação.

Segundo Ivo Bucaresky, presidente substituo da ANVISA, disse que a agência estuda reclassificar o canabiol como medicamento. Explicou que levantamentos de estudos cinetíficos estão sendo feitos e que não há evidências na literatura de que a substância cause algum tipo de dependência ou até mesmo seja

alucinogena.

Caso o canabidiol seja reclassificado pode facilitar a importação da substância por pessoas jurídicas e para pesquisas científicas. Desde de abril de 2014, a ANVISA recebeu mais de 200 pedidos para importação do canabidiol. Segundo Bukaresky, dos pedidos, 184 foram liberados e os demais aguardam análise. Segundo ele o deferimento dos pedidos está ocorrendo em até nove dias.

De acordo com o que a mídia brasileira vem explorando a cerca do canabidiol, o valor do produto no mercado informal chega a custar R\$ 850 reais 3 gramas que de acordo com o uso pode durar até 40 dias para o paciente e justamente pela carência de pesquisa sobre o CBD, as pessoas tem que ficar testando por conta própria qual a melhor maneira de usar (G1/ FANTASTICO).

Segundo Elisaldo Carlini, pesquisador da UNIFESP, caso não houvesse a proibição, as descobertas relatadas em outros países poderiam ter sido feitas no Brasil.

Mais de 20 países já autorizam o comércio de remédios à base de maconha, incluindo alguns estados americanos, Inglaterra, Israel e o Uruguai. O Brasil está fora desta lista, por aqui, importar já é possível, mas a Anvisa impõe várias exigências ao laudo médico, entre elas a comprovação de que o paciente pode morrer sem o medicamento. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo autoriza a prescrição de Canabidiol apenas para crianças com algumas doenças específicas.

Segue nessa esteira de entendimento que o magistrado se apoia na opinião do médico que examina o paciente naquele caso específico, assumindo a responsabilidades, e com ele o Tribunal de Justiça, de definir que um determinado tratamento ou medicamento em fase experimental poderá ser utilizado para um usuário, na linha dessa decisão, outros tantos pacientes se sentirão motivados a procurar a mesma decisão para tratar doenças iguais ou semelhantes (CARLINI, 2014).

Em relação ao uso permitido do canabidiol no Brasil, se questiona o porquê de tanta falta de pesquisa para inclui-lo no "rol" de medicamentos registrados pela ANVISA, já que existe relatos de diversos países sobre os benefícios do uso do CBD, e aonde isso vai chegar, pois no momento em que existir uma decisão judicial favorável ao uso dessa substância, muitos outros casos aflorarão na justiça brasileira pedindo essa substância, aumentando assim a judicialização dos

medicamentos.

Contudo a adoção de novas tecnologias e medicamentos possui um fator importantíssimo que demanda extremo cuidado, pois pode configurar uma estratégia da indústria farmacêutica em favorecimento próprio. Uma vez que a demanda recorrente sobre medicamentos obriga a administração pública até mesmo registrar o produto na ANVISA precocemente, ou incluir o medicamento em alguma das listas públicas, a fim de diminuir os custos com importação e garantir a compra por licitação (CHIEFFI; BARATA, 2010; PEPE et al., 2010).

A gama de fármacos disponíveis no mercado mundial aumenta desenfreadamente a cada ano, atualmente são mais de 35 000 produtos (considerando as diversas apresentações), mas é importante observar que nem sempre este aumento está aliado a efeitos positivos para a assistência farmacêutica (SANT'ANA et al., 2011).

No Brasil, assim como em vários países, existem diversos exemplos de medicamentos novos que após algum tempo de uso são retirados do mercado. Isso serve para reforçar a atenção que se deve ter ao lidar com novas tecnologias e incorporá-las no nosso Sistema de Saúde.

3.4 ANÁLISE DO ENTENDIMENTO JURISPRUDENCIAL BRASILEIRO

É de fundamental importância entender os argumentos utilizados pelos magistrados para fornecer fundamento jurídico as decisões proferidas. Estes argumentos possuem importância significativa, pois deles advem a percepção tida sobre a judicialização da saúde pela sociedade civil, gestores de saúde e acabam por sinalizar que situações análogas na sociedade merecerão o mesmo tipo de decisão.

Para os cidadãos brasileiros, cada decisão judicial representa a extensão do que é possível conseguir em juízo em relação à efetividade do direito social à saúde (CARLINI, 2014).

O conteúdo das decisões judiciais recebem grande repercussão pela mídia e acabam por influenciar, talvez, o ingresso de novas ações judiciais para obtenção de medicamentos, procedimentos, e insumos de saúde.

De acordo com a análise de alguns julgados, permite-se verificar que o argumento mais utilizado para concessão dos pedidos são a conjugação do artigo 6 com o artigo 196, ambos da Constituição Federal, concluindo que o cidadão impetrante da ação tem direito integral à saúde, sem observar outros aspectos importantes, tais como as políticas públicas existentes e caráter financeiro. Outro fator importante é a prescrição do médico que possui presunção de veracidade, sendo suficiente para a decisão, principalmente quando esta vem atestando caráter de urgência.

Sendo assim, os posicionamentos jurisprudenciais foram criando regras a serem seguidas pelos magistrados no momento de proferir suas decisões, conforme preceituado nos julgados apresentados a seguir.

APELAÇÃO CÍVEL. REEXAME NECESSÁRIO. DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO. DIREITO À SAÚDE. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. PRECEDENTES JURISPRUDENCIAIS. SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR NÃO INDICADO AO CID. AVALIAÇÃO GENÉRICA. INVIABILIDADE.

I - O sistema de saúde é encargo de todos os entes federados, sem atribuições exclusivas e excludentes. Trata-se de responsabilidade solidária, podendo o cidadão demandar contra qualquer deles, conjunta ou separadamente. Art. 23, inciso II, e art. 196, ambos da Constituição da República.

Jurisprudência do e. STJ e deste Órgão fracionário.

II - O direito à saúde é direito social (art. 6º da CF/1988) e dever do Estado (art. 196 da CF/1988 e 241 da CE/1989) e está intimamente ligado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana; tem estatura de direito fundamental, seja no sentido formal, seja no sentido material, nos termos do parágrafo primeiro do consagrado art. 5º da Constituição da República.

III - Inviabilidade de substituição do medicamento pretendido pela parte recorrida, em razão da avaliação genérica – *parecer em tese* -, sem análise das condições reais de saúde da parte recorrida.

O atestado médico é expresso ao prescrever o medicamento postulado pela parte recorrida. (Apelação cível n 70059086728, Terceira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Eduardo Delgado, julgado em 24/11/2014).

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO. DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. SOLIDARIEDADE DOS ENTES PÚBLICOS. DESNECESSIDADE DE QUE O MEDICAMENTO CONSTE EM LISTA ADMINISTRATIVA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. MAJORAÇÃO. SENTENÇA MANTIDA EM REEXAME NECESSÁRIO.

- MÉRITO -

Com base nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal, é crível admitir que é dever do Estado (*lato sensu*) prestar atendimento de saúde, quando configurados os vetores da adequação do medicamento, tratamento ou cirurgia e da carência de recursos financeiros de quem postula.

Além disso, no âmbito estadual, não se pode descuidar do contido na Lei nº 9.908/93, segundo a qual cabe ao Estado fornecer medicamentos excepcionais para pessoas carentes.

No caso, por meio do atestado médico juntado aos autos, a parte autora comprovou a necessidade da utilização da medicação, importante ao tratamento de saúde. Igualmente ficou demonstrado nos autos que a parte autora enquadra-se na condição de necessitada.

O direito à saúde deve ser reconhecido mesmo que o medicamento não conste em lista do SUS. Hipótese em que o medicamento foi receitado pelo médico que acompanha a paciente, prevalecendo a orientação deste sobre os laudos dos consultores da Secretaria do Estado da Saúde.

Entendimento da jurisprudência dominante nesta Corte. (Apelação Cível n 70061755716, Terceira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Leonel Pires Ohlweiler, Julgado em: 17/11/2014).

A leitura dos julgados permitiu detectar que os argumentos utilizados são na maioria dos casos o disposto no artigo 6, da CF com o artigo 196 da mesma, concluindo que o cidadão tem direito integral à saúde. Outro fator importante analisado nos entendimentos dos magistrados, consubstancia-se na prescrição médica acostada aos autos, que tem condão de atestar a veracidade do pedido, fato considerado incontestável, em especial quando vem descrito o caráter de urgência.

O primeiro acórdão, do Tribunal de Justiça do RS, trata de pedido de substituição de medicamento por outro que o CID seja específico para aquela doença. Atualmente se chama de prescrição *off label*, quando um medicamento é indicado para tratar uma patologia que na bula não tem indicação. Geralmente o Estado traz este argumento na sua contestação negando o pedido.

Outro argumento enfrentado é sobre a prescrição médica que é a prova essencial e incontestável no processo por quem quer que seja, principalmente pelo magistrado que não possui habilidade técnica para duvidar.

Na sociedade contemporânea, os médicos quase sempre são os únicos autorizados a fixar conceitos de saúde, de doença e, em decorrência disso, os únicos capazes de determinar o tratamento adequado para as pessoas.

Devido a fores históricos, políticos e sociais a opinião médica é a única abalizada para determinar se o indivíduo está doente ou não, se sim, quais procedimentos deverão ser adotados (CARLINI, 2014).

Portanto contrariar o parecer do médico é inviável para os magistrados seja pela complexidade do conhecimento, seja pela exclusividade que se atribui ao médico para tratar dos assuntos referentes à saúde e sua manutenção (CARLINI, 2014).

O que pode ocorrer de mais comum é que os magistrados tem entendido que essa prescrição médica deve advim de um médico do sistema público quando se pretende usar de recursos públicos, sendo assim nos processos sempre é priorizada

a avaliação do médico SUS, quando está não vem acostada aos autos, o magistrado antes de decidir pede uma avaliação por médico do sistema público. A prescrição deve atender os termos estabelecidos pelo SUS, observando os Protocolos e Diretrizes Terapêuticas. Esta prova então, é fundamental na hora da decisão

Também é acolhida na jurisprudência brasileira a questão da competência ser solidária entre os entes da federação, conforme preceitua o artigo 23, inciso II da CF "é competência comum da União, Estado, Distrito Federal e Município, cuidar da saúde e da assistência pública [...]".

A Constituição Estadual, no seu artigo 241, prevê que: *A saúde é direito de todos e dever do Estado e do Município, através de sua promoção, proteção e recuperação.*

Desta forma, como leciona Mariana Filchtiner Figueiredo, 2014:

[...] o direito à saúde deve abarcar a fruição de toda uma gama de facilidades, bens, serviços e condições, necessários para que a pessoa alcance e mantenha o mais alto nível possível de saúde, compreendendo dois elementos: 'o direito à conservação do capital de saúde, herdado por um lado, e o direito de acesso aos serviços públicos de saúde adequados em caso de dano a esse capital[...].

Segundo Ingo Wolfgang Sarlet, bastaria uma leitura dos dispositivos da Constituição Federal, em especial do artigo 196, para se perceber o seguinte:

[...] que nos encontramos, em verdade, no que diz com a forma de positividade, tanto em face de uma norma definidora de direito (direito à saúde como direito subjetivo, de todos, portanto de titularidade universal), quanto diante de normas de cunho impositivo de deveres e tarefas, pois o art. 196 enuncia que a saúde é direito de todos e dever do Estado, além de impor aos poderes públicos uma série de tarefas nesta seara (como a de promover políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, além de estabelecer o acesso universal e igualitário às ações e prestações nesta esfera."

Ao analisar a questão sob a ótica de um direito positivo, José Afonso da Silva cita Gomes Canotilho e Vital Moreira, os quais entendem que a natureza positiva significa o *direito às medidas e prestações estaduais visando a prevenção das doenças e o tratamento delas.*

No julgamento de Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 607381/SC, a Primeira Turma do STF, em voto da lavra do Ministro Luiz Fux, datado de 31.05.2011, consignou que:

A ultima ratio do art. 196 da CF é garantir a efetividade ao direito fundamental à saúde, de forma a orientar os gestores públicos na implementação de medidas que facilitem o acesso a quem necessite da tutela estatal à prestação aos serviços médico-hospitalares e fornecimento de medicamentos, além de políticas públicas para prevenção de doenças, principalmente quando se verificar ser, o tutelado, pessoa hipossuficiente, que não possui meios financeiros para custear o tratamento.

O direito à saúde é prerrogativa constitucional indisponível, e quem procura a tutela estatal para receber medicamentos está, via de regra, padecendo de algum mal, que, dependendo do caso, poderá levar à diminuição da qualidade de vida ou até mesmo ao óbito do requerente.

Por isso, face a gravidade que representa para quem necessita do amparo do poder público para o fornecimento de remédios, a questão deve ser sopesada com espírito de solidariedade, de forma a ser evitado o uso de medidas protelatórias, sem amparo em razões legítimas, aguardando, quem sabe, a ocorrência do pior, tornando desnecessário o fornecimento dos medicamentos pleiteados.”

Também é importante referir o julgamento pelo STF da Suspensão de Tutela Antecipada 175, em março de 2010, ocasião em que foram revisitados, agregados e sistematizados importantes argumentos e critérios no que diz com a exigibilidade do direito à saúde como direito subjetivo, como alude Ingo Wolfgang Sarlet, entre eles o seguinte: *A responsabilidade do Estado é solidária, abrangendo todos os entes da Federação.*

Em recente julgado, o STF assim decidiu:

Agravo regimental no recurso extraordinário. Prestação de saúde. Legitimidade passiva da União. Responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde. Precedentes. 1. A jurisprudência da Corte pacificou entendimento no sentido de que a responsabilidade dos entes da Federação, no que tange ao dever fundamental de prestação de saúde, é solidária. 2. Agravo regimental não provido. (RE 575179 AgR/ES, Primeira Turma, Rel. Min. Dias Toffoli, j. em 26.02.2013)

Estes argumentos analisados são os principais enfrentados pelo judiciário nos dias de hoje quando se trata da judicialização, pois ao se cotejar a tutela do direito à saúde não há dúvidas de que prevalece o direito à vida sobre todas as outras questões. O direito à saúde atua como prerrogativa jurídica indisponível assegurada pela Constituição da República. Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, incumbindo ao poder público formular e implementar políticas públicas que visem garantir ao cidadão, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar.

3.5 MÍNIMO EXISTENCIAL E RESERVA DO POSSÍVEL

O direito ao mínimo existencial é aquele que impõe a obrigação do Estado em oferecer condições materiais mínimas para vida digna dos cidadãos, inclusive se por ação judicial quando necessário.

Esse princípio tem fundamento na dignidade da pessoa humana, onde o direito à saúde se torna condição "sine qua non" para dar efetividade à norma estipulada na Constituição Federal.

A vida de uma pessoa não se resume ao direito de existir, ao contrário ela exige condições mínimas sem as quais não se pode bem viver. Essas condições se referem à alimentação adequada, a lugar digno de moradia. entre outras, condições essas que devem ser oferecidas pelo Estado a partir de uso racional dos recursos públicos (CARLINI,2014).

Só os direitos da pessoa humana, referidos em sua existência em condições dignas, compõem o mínimo existencial (TORRES, 2009).

Sendo assim, definir o mínimo existencial e quem tem esse direito garantido se torna questão complexa na seara da judicialização, são problemas complexos à luz do judiciário brasileiro.

A questão da judicialização da saúde acaba formando dois paradigmas a serem discutidos: a questão do judiciário que defende a garantia dos direitos fundamentais e à economista que busca o equilíbrio econômico. O Poder judiciário segue a primeira corrente, enquanto que o Poder Executivo se preocupa com a racionalidade financeira (SÓLON, 2009).

O direito à saúde demanda alocação de recursos públicos para sua implementação. Esse fato levanta a discussão sobre as limitações orçamentárias do Estado para efetivação desses direitos.

É possível dizer, de acordo com análise de decisões jurisprudenciais, que os magistrados em geral não se preocupam com os impactos orçamentários de suas decisões, muito menos com a existência de meios materiais disponíveis para seu cumprimento. Esquecendo, por hora que os recursos são finitos para demandas infinitas.

O excesso de judicialização traz à baila um grande conflito entre as necessidades individuais e coletivas, pois a satisfação de um direito individual, por mais legítima que seja, poderá inviabilizar a satisfação de outras tantas, tão

legítimas quanto essa, já que qualquer intervenção pública é guiada por limitações orçamentárias e materiais (REIS JUNIOR, 2008).

É fato que a execução, a fiscalização e o controle dos serviços de saúde são atribuições do poder público e que as atividades inerentes a sua consecução devem ser procedidas por determinadas instituições jurídicas do Estado, a quem compete a promoção, proteção e recuperação de saúde (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2003).

Essas finalidades devem ser levadas adiante, de acordo com o art. 198, Constituição Federal, mediante a adoção da descentralização, com direção única a cada esfera do governo, do atendimento integral, priorizando atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, do financiamento permanente dos recursos orçamentários (CIARLINI, 2009).

Em razão disso, é comumente levantada a teoria da “*reserva do possível*” em ações judiciais por parte do poder público como obstáculo à concretização de direitos sociais, pois, segundo esse entendimento, o Estado somente pode ser obrigado a implementar tais direitos se existirem recursos suficientes e houver previsão orçamentária específica.

A expressão “reserva do possível” sugere que a efetividade dos direitos fundamentais, fica condicionada à existência de recursos obtidos através da arrecadação tributária, atribuindo ao executivo e ao legislativo a supremacia pela decisão de o que fazer com os recursos públicos (CARLINI, 2014).

A questão atinente à judicialização no Brasil, traz a tona à discussão de elementos econômicos, num diálogo imprescindível com os princípios da dignidade da pessoa humana de forma individual e coletiva.

De forma geral, a expressão reserva do possível procura identificar o fenômeno econômico da limitação de recursos disponíveis diante das necessidades quase sempre infinitas a serem por eles supridas. A reserva do possível significa que, para além das discussões jurídicas sobre o que se pode exigir judicialmente do Estado. [...] é importante lembrar que há um limite de possibilidades materiais para esses direitos (BARCELLOS, 2008, p.261)

No entanto, vem predominando o entendimento de que a “*reserva do possível*” não pode servir de óbice à concretização de direitos fundamentais, no caso em tela direito à saúde, já que a Constituição Federal de 1988 não deixou ao administrador lacuna quanto à matéria.

Segundo Schwarz,

Assim eventuais impactos econômico-financeiros das decisões judiciais em sede de direitos sociais não podem ser usados como obstáculo absoluto à judicialização dos direitos sociais, sobretudo quando a administração não demonstra, concretamente, a escassez de recursos em questão. Ademais é inevitável que decisões judiciais pertinentes a direitos sociais tenham repercussões financeiras e orçamentárias (SCHWARZ, 2013, p.208).

Existe um diálogo entre os juristas e a sociedade de que talvez a alegação da reserva do possível, seja uma desculpa para a má administração dos recursos, muitas vezes usado de forma ilegal beneficiando interesses políticos e escusos de gestores e seus aliados.

Sobre a teoria da “reserva do possível”, esclarece Nunes:

Tal formulação teve origem na jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal da Alemanha, especificamente no julgamento em que a Corte negou pedido de acesso universal ao ensino público superior, entendendo que, para além do mínimo vital, a realização de direitos sociais ficaria condicionada à existência de recursos orçamentários suficientes para tanto (NUNES, 2009, p. 172).

Atualmente, é inevitável o impacto financeiro-orçamentário das atuações do judiciário na tutela dos direitos, não só dos direitos sociais, isto faz parte de uma aceitação, que pelo menos no plano teórico, caracterizam uma democracia constitucional.

A reserva do possível vem acompanhada de três grandes discussões para justificar a denegação dos direitos fundamentais do cidadão. A primeira delas seria a justificativa de serem os direitos sociais pertencentes aos direitos de segunda ordem (segunda geração), o que gera direitos de difícil tutela subordinando-os aos direitos civis e políticos. Esse argumento aponta que através desses direitos é que se pode garantir a segurança, a liberdade e o bem comum (SCHWARZ, 2013).

A segunda discussão aponta que a exigibilidade dos direitos sociais está condicionada ao poder econômico-estatal, ou seja, a existência de recursos públicos disponíveis para possibilitar tais direitos está associada a escolhas que definirão a destinação dos recursos por meio de políticas públicas (SCHWARZ, 2013).

Ainda segundo o autor, a terceira discussão relaciona-se diretamente “reserva do possível”, “não se pode vincular a realização dos direitos sociais à existência de recursos ignorando que os custos são inerentes à realização de todos os direitos, inclusive os direitos civis e políticos” (SCHWARZ, 2013, p. 7). Segundo Bigolin

(2006), a reserva do possível não é uma espécie normativa, pois não determina um estado de coisas a ser alcançado, tampouco é um mandado de otimização.

A tutela judicial de quase a totalidade dos casos de descumprimento ou violação de direitos fundamentais, *in casu*, dos mínimos vitais, pelo Estado, deriva em implicações financeiras. Por isso não se deve reconhecer o argumento da reserva do possível a impossibilidade de imposição ao Estado de obrigações que resultam em um gasto público (IURCONVITE, 2010).

Não existindo a impossibilidade, no aspecto fático, mas existindo a limitação dos recursos, o que deve ser levado em conta é a essencialidade do direito e a sua condição de obrigação prioritária ao Estado em atender e satisfazer aqueles mínimos direitos que são vitais a todos os seres humanos (IURCONVITE, 2010).

Se “um dado preceito produzir, *in concreto*, um efeito anti-isonômico ou atentatório à dignidade da pessoa humana, não deverá ser aplicado” (BARROSO, 2003, p. 38), o que seria o caso da reserva do possível, que certamente produziria atos que firam a dignidade da pessoa humana.

Segundo Maciel e Souza, 2008:

Pensar de modo contrário, ou seja, na aplicabilidade da reserva do possível, seria o mesmo que possibilitar a criação ou a manutenção dos direitos fundamentais já existentes (frisa-se, os mais importantes de todo o ordenamento e que se sobrepõe a esse próprio), sem que nunca pudessem vir a produzir efeitos, ou seja, sem que fossem efetivados, por impossibilidade fático-financeira.

Dessa forma, o Estado não pode ficar inerte ante às exigências sociais, principalmente ao mínimo existencial à saúde prescrito no artigo 6º da Constituição Federal, sob o argumento de ausência de recursos financeiros. Deve sim agir de forma ativa, tomando providências concretas em direção a satisfação das necessidades dos seres humanos.

O cidadão não pode ficar condicionado à disponibilidade orçamentária do poder público, mesmo este alegando não ter condições de satisfazer a demanda dos usuários por medicamentos ou serviços de saúde, deverá prestar atendimento pleiteado (WEICHERT, 2013).

Essa discussão nos chama para o cotidiano vivenciado pela sociedade no tocante à questão da assistência farmacêutica que se firmou como um dos maiores

pilares da judicialização, pois é nesse terreno que circula o maior volume de pedidos judiciais por saúde nos tribunais brasileiros.

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

Optou-se por realizar um estudo descritivo de abordagem quantitativa. Esta foi efetuada através da análise documental baseando-se nos processos judiciais que pleitearam saúde no município de Pelotas.

Foram analisados os processos compreendidos no período entre 01 de Outubro de 2013 até 31 de Dezembro de 2013 em razão de tais processos já conterem algum tipo de posicionamento dos magistrados e, portanto conterem as informações necessárias para responder as questões propostas pelos objetivos desta pesquisa. A delimitação desse período se deve ao fato de os juízes responsáveis pelos cartórios judiciais não disponibilizarem de funcionários com tempo hábil para fazer uma busca nos processos anteriores a essa data. O total de processos analisados foram 180 no período estipulado.

Os dados foram coletados através dos processos judiciais envolvendo demandas de saúde, entre estes: medicamentos, consultas, exames, cirurgias, leitos entre outros.

Cada processo foi revisado individualmente por profissional do direito, que procedeu a uma leitura da totalidade do processo em busca da identificação das respostas às demandas da pesquisa. Essas informações foram organizadas em uma ficha de coleta de dados padronizada com espaços específicos para cada item.

ANÁLISE DOS DADOS

Os processos foram analisados da seguinte forma:

a) Em um primeiro momento a pesquisadora analisou e quantificou o número de processos judiciais envolvendo pedidos de saúde no município de Pelotas.

b) Classificou os processos através do tipo de pedido (medicamentos, procedimentos, insumos entre outros).

c) Identificou qual a procedência do mandado (se vem de escritório particular, defensoria pública, assistência judiciária entre outros) e para quem se pede (União, Estado ou Município).

O presente estudo é essencialmente descritivo, não implicando análise de dados sofisticada. Os dados analisados foram armazenados em tabelas excel e posteriormente transferidos para o software SPSS 8.0 para execução das análises, onde os resultados foram avaliados.

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS

Para obtenção dos resultados apresentados na tabela a seguir, foi feita uma análise em 180 processos judiciais que pleiteavam saúde no município de Pelotas durante o período de 01 de outubro de 2013 até 31 de dezembro de 2013. A tabela 1 apresenta os dados encontrados de uma forma geral.

Tabela 1 - Características processuais das Ações Judiciais		
Variável	n	(%)
Vara da ação		
Primeira federal	21	11,7%
Segunda federal	20	11,1%
Sexta cível	96	53,3%
Juizado Inf/Juv	43	23,9%
Houve antecipação de tutela		
Sim	146	81,1%
Não	29	16,1%
Representação no processo		
Advogado particular	47	26,1%
Defensoria pública	113	62,8%
Ministério público	11	6,1%
Outros	9	5,0%
Réus dos processos		
União	26	14,4%
Estado	48	26,7%
Município	42	23,3%
Múltiplos réus	64	35,6%
Tipo de pedido		
Medicamentos	93	51,7%
Cirurgia	35	19,4%
Consulta e exames	15	8,3%
Leitos	11	6,1%
Outros	26	14,4%
Prescrição pelo princípio ativo		
Sim	59	32,8%
Não	18	10,0%
Em parte	17	9,4%
Procedência da prescrição		
SUS	127	70,6%
Particular	49	27,2%
Processo possui sentença		
Sim	101	56,1%
Não	77	42,8%
Se a sentença é procedente		
Sim	84	46,7%
Não	13	7,2%
Processo extinto sem resolução mérito		
Sim	14	7,8%
Não	164	91,1%
Motivo da extinção		
Autor faleceu no curso do processo	5	2,8%
Pedido atendido na via administrativa	3	1,7%
Outros	6	3,3%

Os processos analisados foram distribuídos nos quatro cartórios judiciais competentes para processar e julgar ações que demandassem saúde no município de Pelotas, chegando a conclusão que a Sexta Vara Cível é a que detém maior número de ações ingressadas, sendo responsável por (53,3%) . Outro quesito demonstrado na tabela foi quanto ao deferimento do pedido de antecipação de tutela, que na maioria dos casos ocorreu (81,1%).

A representação dos processos ficou por maioria representada através da defensoria pública (62,8%). Foi analisado também quanto aos réus que integravam o pólo passivo das ações sendo três entes demandados em juízo (União, Estado e Município), mas concentrando a maioria das demandas conta o Estado do RS (26,7%).

Verificou-se também quanto ao tipo de pedido demandado nos processos, concluindo-se que são dos mais diversos possíveis, mas a maioria pleiteando medicamentos (51,7%).

Os processos quando demandavam medicamentos, foram na sua maioria prescritos pelo princípio ativo (32,8%).

Quanto a procedência da prescrição a maioria vinha de atendimento realizado pelo SUS (70,6%).

A maioria dos processos continham sentença já proferida pelo juiz de primeiro grau (56,1%). Dessas sua maioria opinava pela procedência do pedido (46,7%).

Alguns processos foram extintos sem resolução do mérito, nesse quantitativo obteve-se quatorze, sendo uma minoria, tendo como motivo da extinção as mais diversas causas.

A tabela 2, conforme descrita abaixo mostra os resultados obtidos com o cruzamento da variável de antecipação de tutela e sua relação de acordo com as demais características extraídas dos processos judiciais estudados.

Tabela 2 - Percentuais de antecipação da tutela de acordo com diferentes características estudadas

Variável	n	%	p-valor
Vara de ingresso da ação			0,3
Primeira Federal	15	75%	
Segunda Federal	16	80%	
Sexta Cível	77	81,9%	
Juizado inf/Juv	38	92,7%	
Representação no processo			0,02
Advogado particular	32	71,1%	
Defensoria pública	99	89,2%	
Ministério público	9	90,0%	
Outros	6	66,7%	
Réus			0,08
União	22	88,0%	
Estado	43	91,5%	
Município	36	85,7%	
Múltiplos réus	45	73,8%	
Tipo de pedido			0,9
Medicamentos	77	83,7%	
Cirurgia	28	82,4%	
Consultas e exames	12	80,0%	
leitos	9	81,8%	
Outros	20	87,0%	
Prescrição pelo princípio ativo			0,7
Sim	50	86,2%	
Não	4	22,2%	
Em parte	14	82,4%	
Procedência prescrição			0,05
SUS	109	87,2%	
Particular	36	75,0%	

Confere-se que na Primeira Vara Federal foram antecipados os efeitos da tutela em 75% dos processos ajuizados, na Segunda Vara Federal 80% dos processos anteciparam a tutela, na Sexta Vara Cível 81,9% dos processos e no Juizado da Infância e Juventude em 92,7% dos processos. Se mostra portanto sem

significância estatística a relação de antecipação de tutela com a Vara de ingresso da ação.

Quanto a variável de representação no processo, a maioria de antecipação de tutela se deu quando os processos eram impetrados pelo Ministério Público (90%) através de Ação Civil Pública. Seguido veio a defensoria pública com 89,2% dos processos que por ela impetrados anteciparam a tutela. Já por escritórios de advocacia particular foram antecipados 71,1% das tutelas pretendidas, ficando a categoria "outros" com 66,7% dos processos com tutela antecipada. Essa última categoria inclui as Assistências Judiciárias das Universidades Católica e Federal de Pelotas, e as Organizações Não Governamentais (ONGS). Esta categoria apresenta significância estatística de modo que pode-se dizer que os processos impetrados pela defensoria e pelo ministério público obtém maiores taxas de sucesso no que se refere a antecipação de tutela (p valor 0,02). Nenhuma outra variável estudada mostrou-se associada com a possibilidade de antecipação de tutela.

De acordo com os réus, quando feito o cruzamento com a antecipação de tutela, verificou-se que nos processos em que o Estado figurou como réu 91,5% dos processos anteciparam a tutela. A União teve 88,0% dos processos com tutela antecipada, vindo logo após o Município com 85,7% dos processos com antecipação e os múltiplos réus com 73,8% dos processos com tutela antecipada.

Referente ao tipo de pedido feito nos processos, os medicamentos anteciparam em 83,7% dos processos a tutela, logo após ficaram os procedimentos cirúrgicos com 82,4%, as consultas e os exames com 80,0%, os pedidos de leitos com 81,8%. Já a categoria "Outros" que engloba os demais pedidos feitos que não tiveram percentual expressivo por isso foram juntados, somaram a maior parte de antecipações de tutela com 87,0%.

A categoria "prescrição pelo princípio ativo", teve em 86,2% os pedidos de tutela antecipada acolhidos, sendo a menoria (22,2%) indeferidos e os deferidos em parte contaram com o percentual de 82,4%.

O cruzamento referente a procedência da prescrição mostrou que 87,2% dos processos com prescrição feita por médico SUS anteciparam a tutela, ficando 75,0% das antecipações vindas por prescrições de médicos particulares.

A tabela 3 mostra o estudo feito através de processos que continham sentenças, de acordo com as características extraídas dos processos objeto desse estudo. Fica evidenciado nesta tabela os resultados dos cruzamentos realizados com as variáveis selecionadas para a pesquisa.

Tabela 3 - Percentual de processos com sentenças de acordo com as características estudadas

Variável	n	%	p-valor
Vara de ingresso da ação			0,001
Primeira Federal	19	90,5%	
Segunda Federal	11	55,0%	
Sexta Cível	39	40,6%	
Juizado Inf/juv	32	78,0%	
Antecipação de tutela			0,5
Não	14	48,3%	
Sim	85	58,2%	
Representação no processo			0,3
Advogado particular	20	43,5%	
Defensoria pública	70	61,9%	
Ministério público	8	80,0%	
Outros	3	33,3%	
Réus			0,007
União	19	73,1%	
Estado	17	36,2%	
Município	27	64,3%	
Múltiplos réus	38	60,3%	
Tipo de pedido			0,03
Medicamentos	42	45,2%	
Cirurgia	25	71,4%	
Consultas e exames	10	66,7%	
leitos	8	72,7%	
Outros	16	66,7%	
Prescrição pelo princípio ativo			0,2
Sim	29	49,2%	
Não	10	55,6%	
Em parte	4	23,5%	
Procedência prescrição			0,008
SUS	80	63,0%	
Particular	20	40,8%	

Dos processos ingressados na Primeira Vara Federal 90,5% deles tiveram sentença de primeiro grau proferida. Na Segunda Vara Federal 55,0% dos

processos continham sentença. Na Sexta Cível 40,6% continham sentença proferida e no Juizado da Infância e Juventude 78,0% com sentença (p valor 0,001)

Quando cruzados os processos que continham sentença com a variável da antecipação de tutela, 58,2% dos processos que tiveram antecipada a tutela continham sentença, diferente dos que não tiveram a tutela antecipada e não continham sentença, que somaram 48,3%, não havendo diferença estatisticamente significativa entre eles.

De acordo com a representação dos autores nos processos 80,0% dos processos que continham sentença foram impetrados pelo Ministério Público, quando constituído pela defensoria pública 61,9% tinham sentença, 43,5% dos que tinham sentença vinham de advogado particular e 33,3% eram de procedência de outros locais de ingresso (p valor 0,3)

Os réus, 73,1% dos processos que continham a União no polo passivo tiveram sentença proferida, já quando o Estado estava no polo passivo 36,2% tiveram sentença proferida, ficando o Município com 64,3% das sentenças proferidas e os múltiplos réus com 60,35 das sentenças proferidas. Com um p valor de 0,007 verifica-se que estilisticamente há um número bem menor de sentenças proferidas contra o estado do que contra os demais réus.

Dos tipos de pedidos feitos, os leitos tiveram sentenças proferidas em 72,7% dos processos, as cirurgias em 71,4% tiveram sentença, as consultas e exames em 66,7%, os processos de medicamentos em 45,2% deles obtiveram sentença e os intitulados como "Outros" 66,7% tiveram sentença.

Quando a prescrição era pelo princípio ativo tiveram sentença 49,2% dos processos e não tiveram sentença 55,6%, ficando 23,5% dos processos com sentença, aqueles em que o pedido de medicamento foi feito em parte pelo princípio ativo.

A procedência da prescrição foi verificada e quanto a sentença proferida quando vinha de médico SUS 63,0% tinham sentenças e 40,8% que tinham sentença eram de médicos particulares.

A tabela 4, diz respeito ao percentual de sentenças procedentes com as variáveis extraídas dos processos integrantes desta pesquisa.

Tabela 4 - Refere o percentual de sentenças procedentes com as características estudadas

Variável	n	%	p-valor
Vara de ingresso da ação			<0,001
Primeira Federal	9	50,0%	
Segunda Federal	6	75,0%	
Sexta Cível	39	100,0%	
Juizado Inf/juv	30	93,8%	
Antecipação de tutela			<0,001
Não	8	57,1%	
Sim	78	94,0%	
Representação no processo			0,5
Advogado particular	16	88,9%	
Defensoria pública	57	83,8%	
Ministério público	8	100%	
Outros	3	100%	
Réus			0,009
União	10	62,5%	
Estado	17	100%	
Município	25	92,6%	
Múltiplos réus	32	86,5%	
Tipo de pedido			0,05
Medicamentos	30	78,9%	
Cirurgia	25	100%	
Consultas e exames	7	70%	
leitos	8	100%	
Outros	14	87,5%	
Prescrição pelo princípio ativo			0,4
Sim	19	76,0%	
Não	1	12,5%	
Em parte	4	100%	
Procedência prescrição			0,3
SUS	66	85,7%	
Particular	18	94,7%	

A Sexta Vara Cível em 100% dos processos suas sentenças foram procedentes, ficando o Juizado da Infância e Juventude com o segundo maior número de sentenças procedentes (93,8%), a Segunda Vara Federal com 75,0% da

sentenças procedentes e a Primeira Vara Federal com 50% das sentenças procedentes (p valor <0,001).

Quando cruzados os dados de sentença procedente com a antecipação de tutela, 94,0% dos processos que continham sentença haviam antecipado a tutela e 57,1% que não anteciparam a tutela tinham sentença procedente (p valor <0,001).

A representação no processo quando cruzada com o percentual de sentenças procedentes foi constatado que em 100% dos processos que vinham do Ministério Público e de Outros lugares tiveram suas sentenças procedentes, ficando a advocacia particular responsável por 88,9% dos processos com sentenças procedentes seguido da Defensoria pública com 83,8% das sentenças procedentes, sem diferença significativa estatisticamente.

Quanto aos réus, a maioria dos processos contra o Estado tiveram sentenças procedentes aos autores 100%, ficando o Município com 92,6% das sentenças procedentes aos autores, seguido da União com 62,5% e os demais réus com 86,5% (p valor 0,009).

Quando cruzados os tipos de pedidos com os processos que tinham sentenças, verificou-se que os processos que pediam cirurgias e leitos, tiveram em 100% sentenças procedentes, já as consultas e exames 70% das sentenças procedentes, ficando os medicamentos com 78,9% de sentenças procedentes e os outros pedidos fizeram um percentual de 87,5% de sentenças procedentes, porém sem que se pudesse demonstrar diferença estatística significativa.

Do cruzamento feito com a prescrição pelo princípio ativo dos medicamentos com sentença procedente, foi encontrado que 76,0% dos medicamentos que estavam prescritos pelo seu princípio ativo tiveram sentença procedente, enquanto que os prescritos pelo nome comercial ofereceram um percentual de 12,5% de sentenças procedentes, ficando aqueles em que parte foram prescritos pelo princípio ativo e parte foram prescritos pelo nome comercial com o percentual de 100% das sentenças procedentes, sem que esta diferença possa se confirmar do ponto de vista estatístico (p valor 0,4)

A procedência da prescrição quando cruzada com a variável sentença procedente, ofereceu um resultado de 94,7% das prescrições particulares tinham sentença procedente e 85,7% das vindas do SUS tiveram sentenças procedente (p valor 0,3).

Quadro 1- Medicamentos solicitados através da via judicial

Princípio ativo	Lista que pertence
ÁCIDO ACETILSALISILICO TAMPONADO	Nenhuma
ÁCIDO ACETILSALISILICO, 100 mg	REMUME
ACIDO FÓLICO	REMUME
ADALIMUMABE	REME
AMILORIDA +HIDROCLOROTIAZIDA, 2,5+25mg	Nenhuma+ REMUME
AMITRIPTILINA,25 mg	REMUME
ANASTRAZOL	Nenhuma
ANLODIPINO	REMUME
ARIPIPRAZOL	Nenhuma
ATORVASTATINA	RENAME/REME
BAMIFILINA, 600 mg	Nenhuma
BECLOMETASONA, 200 mg	RENAME
BEVACIZUMABE, 25 mg	Nenhuma
BIMATOPROSTA + TIMOLOL (COLÍRIO)	RENAME/REME+REMUME
BISOPROLOL, 5 mg	Nenhuma
BISSULFATO DE CLOPIDOGREL, 75 mg	RENAME/REME
BORTEZOMIBE, 3,5 mg	Nenhuma
BOSENTANA, 125 mg	Nenhuma
BROMETO DE IPRATROPIO	REMUME
BROMETO DE TIOTRÓPIO	Nenhuma
BUDESONIDA	REMUME
BUDESONIDA+ FORMOTEROL	REMUME+REME
BUPROPIONA, 150 mg	RENAME
CAPTOPRIL, 25mg	Nenhuma
CARVEDILOL, 6,25 mg	REMUME
CASSIA FISTULA + TAMARINDO	Nenhuma
CILOSTAZOL, 100mg	Nenhuma
CINACALCETE, 300 mg	Nenhuma
CITALOPRAM, 20 mg	Nenhuma
CITUXIMABE	Nenhuma
CLONAZEPAN	RENAME/REME
CLORIDRATO DE DULOXETINA, 60 mg	Nenhuma
CLORIDRATO DE FINGOLIMODE	RENAME
CLORIDRATO DE FLUOXETINA	REMUME
CLORIDRATO DE LISINA+CLORIDR. ICLOBENZAPRINA	Nenhuma
CLORIDRATO DE METFORMINA, 1000mg+FOSFATO DE SITAGLIPTINA 50 mg	RENAME+Nenhuma
CLORIDRATO DE NEBIVOLOL	Nenhuma
CLORIDRATO DE SERTRALINA ,50mg	REME
CLORIDRATO DE TIAMINA, 300 mg	Nenhuma
CODEÍNA	REME
CODEÍNA+PARACETAMOL	REME+REMUME
COLESTIRAMINA	Nenhuma
DEFLAZACORT, 6 mg	Nenhuma
DIMENIDRINATO	Nenhuma
DIPIRONA SODICA	RENAME/REMUME
DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA, 106 mg	REMUME
DIVALPROATO DE SÓDIO	Nenhuma
DOMPERIDONA, 20mg	Nenhuma

Quadro 2 – Cont. Medicamentos solicitados através da via judicial

DOXAZOSINA, 2 mg	RENAME/REME
ENALAPRIL, 5 mg	REMUME
ERITROPOETINA HUMANA	Nenhuma
ESOMEPRAZOL MAGNÉSIO	Nenhuma
ESPIRAMICINA	REMUME
ESPIRINOLACTULONA, 50 mg	REMUME
ESPIRONOLACTONA+HIDROCLOROTIAZIDA, 50mg	RENAME+REMUME
FENOL+MENTOL+PROPILENOGLICOL	Nenhuma
FORMOTEROL	REME
FLUCONAZOL, 150mg	REMUME
FLUNITRAZEPAM, 20 mg	Nenhuma
FUMARATO DE FORMOTEROL + BUDESONIDA	RENAME/REME
FUMARATO DE QUETIAPINA, 200 ng	REME
FUROSEMIDA, 40 mg	REMUME
GABAPENTINA	RENAME/REME
GLIMEPIRIDA	Nenhuma
HIALURONATO DE SÓDIO, 20 mg	Nenhuma
INDAPAMIDA	Nenhuma
INSULINA GLARGINA	REME
IRINOTECANO	Nenhuma
ISOSSORBIDA, 10 mg	Nenhuma
LAPATINIBE, 250 mg	Nenhuma
LEVOCETIRIZINA	Nenhuma
LEVOFLOXACINO, 500 mg	RENAME
MALATO DE SUNITINIBE, 50 mg	Nenhuma
MALEATO DE INDACATEROL, 300 mcg	Nenhuma
MANADOL	????
MELOXICAN, 5 mg	Nenhuma
MESALAZINA, 1200 mg	RENAME/REME
MESILATO DE DIIDROERGOCRISTINA	?????
METOPROLOL	RENAME
METRONIDAZOL, 400 mg	REMUME
METROTEXATO	RENAME/REME
MICOFENOLATO DE MOFETILA,500mg	REME
MIDAZOLAN, 15 mg	Nenhuma
MIRTAZAPINA, 15 mg	Nenhuma
MONTELUCASTE DE SÓDIO, 4 mg	Nenhuma
NAPROXENO	Nenhuma
NITRAZEPAM	REME
OMEPRAZOL, 20 mg	REMUME
ONDASTERONA	RENAME
OXALATO DE ESCITALOPRAM, 10 mg	Nenhuma
OXCARBAZEPINA, 300 mg	Nenhuma
PANTOPRAZOL, 40 mg	Nenhuma
PARACETAMOL	REMUME
PAZOPANIBE, 800 mg	Nenhuma
PENICILAMINA	RENAME
PIMECROLIMUS	Nenhuma
PIROXICAM	Nenhuma
PREDNISOLONA, 20 mg	Nenhuma

Quadro 3 – Cont. Medicamentos solicitados através da via judicial

PREDNISONA, 20 mg	REMUME/REME
PREGABALINA, 75 mg	Nenhuma
PROMESTRIENO	Nenhuma
PROPATILNITRATO	Nenhuma
RANIBIZUMABE	Nenhuma
RISPERIDONA	RENAME/REME
RITUXIMABE	Nenhuma
RIVASTIGMINA	RENAME/REME
ROFLUMINOSTE, 500 mg	Nenhuma
ROSUVASTATINA CALCICA, 10 mg	Nenhuma
SALBUTAMOL	REMUME/REME
SIMETICONA, 125 mg	Nenhuma
SOTALOL, 160 mg	Nenhuma
SULF. GLICOSAMINA, 500mg + SULF.CONDROITINA, 400mg	Nenhuma
SULFATO DE GLICOSAMINA	Nenhuma
SULPERIDE, 40mg	Nenhuma
TAMOXIFENO, 20 mg	Nenhuma
TELMISARTANA	Nenhuma
TEMOSOLOMIDA, 100mg	Nenhuma
TIZANIDINA, 2mg	Nenhuma
TOPIRMATO, 100 mg	RENAME/REME
TOSILATO DE SORAFENIBE, 200mg	Nenhuma
TRAMADOL, 25 mg	Nenhuma
TRANSULOSINA, 0,4 mg	Nenhuma
TRASTUZUMABE, 450 mg	Nenhuma
TRIMETAZIDINA, 35 mg	Nenhuma
VALPROATO DE SÓDIO+ ACIDO VALPROICO, 300 mg	REMUME
VENLAFAXINA, 75 mg	Nenhuma
VERAPAMIL	RENAME/REMUME
VIDAGLIPINA+METFORMINA	Nenhuma
VITAMINERALS PLUS(POLIVITAMINICO)	Nenhuma

Na referida tabela foram listados todos os medicamentos pedidos na Sexta Vara Cível em Pelotas, em razão desta concentrar o maior número de processos de saúde. Os medicamentos analisados somaram um total de 174 pedidos judiciais, sendo desses, 100 inclusos em alguma das listas de dispensação oficiais e 74 não pertencentes a nenhuma delas.

Nota-se portanto, um claro descompasso da administração pública na dispensação de medicamentos, reforçando a tese de que não seria necessário a utilização da via judicial para esses medicamentos cuja dispensação está prevista em lei.

O poder judiciário deve ser usado nos casos extremos, onde realmente houver o conflito de interesses. Nota-se que no caso dos medicamentos previstos em lei bastaria um diálogo entre as esferas, talvez uma orientação para o paciente de como proceder para conseguir o medicamento prescrito pelo médico.

No município de Pelotas as farmácias do Município e Estado localizam-se no mesmo prédio, apenas separadas por meras divisórias organizativas, o que na prática poderia facilitar para os pacientes saber para quem pedir o medicamento necessário. Essa troca de informações é uma das questões a ser vista pelo Poder Judiciário local e atores envolvidos no cenário saúde em Pelotas através de reuniões mensais para tratar da saúde pública do município.

Quadro 4 - Tipos de solicitação feitas através da via judicial

Solicitações Judiciais	Quantidade de solicitações
Procedimentos	
Osteotomia do fêmur	1
Adenoamigdalectomia	2
Olhos-estrabismo	1
Coluna lombar	1
Microcirurgia de hérnia discal cervical 2 níveis	1
Correção de cirurgia femural	1
Cirurgia traumato-pseudoartrose	1
Cirurgia de punho direito	1
Ressecção endoscópica de próstata	2
Cirurgia neurológica	1
Videoartroscopia do joelho	3
Vitrectomia	1
Plástica reparadora	1
Cardiopatía congênita cianótica	1
Artroplastia total de joelho	1
Neurocirurgia e uretromia	1
Angioplastia periférica	1
Microcirurgia para tumor intracraniano	1
Artrodese de coluna cervical	1
Implante de neuroestimulação para terapia	1
Retirada de cisto sinovial	1
Gastroplastia com bypass	1
Facetomia para implante de lente intraocular	2
Hiperplasia benigna prostática	1
Implantação de placa bloqueada	1
Prótese no quadril	2
Neuronavegação e aspiração ultrassônica	1
Leitos	
Leito hospitalar	4
UTI-pediátrico	5
Traumato	3
Hospitalar psiquiátrico	1

Quadro 5 – Cont. Tipos de solicitação feitas através da via judicial

Solicitações Judiciais	Quantidade de solicitações
Consultas	
Avaliação psiquiátrica	3
Ortodontista	1
Ginecologista	1
Traumatologista	2
Fraldas	
Geriátricas	8
Exames	
Tomografia	1
Ressonância	4
Cariótipo com banda G	1
Pet-CT	1
Endoscopia	2
Raio X	1
Alimentos	
Energy zip	2
Leite especial	3
Outros	13

O quadro acima identificou os tipos de pedidos feitos na justiça como forma de obter prestação de saúde. Todos os pedidos vieram com atestado médico expressando a necessidade do que estava sendo pedido.

Nota-se que as solicitações variaram bastante, desde pedidos de cirurgias como até mesmo consultas, exames, leitos, fraldas, leites especiais para intolerantes a lactose. Na categoria " outros " foram pedidos dos mais variados possíveis, tais como aparelho BIPAP e CEPAP e oxigenoterapia hiperbárica.

Desses pedidos e insumos alguns são comuns ao Sistema Público de Saúde em detrimento de outros que em razão dos avanços tecnológicos ficaram sendo conhecidos pela sociedade e viraram comuns no judiciário. Devido ao exposto na Constituição Federal no seu artigo 196", à saúde é direito de todos e dever do estado" e a Lei Orgânica de Saúde, onde preconiza a universalidade e integralidade do sistema tem que a administração por si própria ou por força do judiciário fornecer o que está sendo pedido aos cidadãos.

A questão das fraldas, acredita-se ter diminuído o número de pedidos judiciais em razão da publicação da Resolução CIB/RS n. 070/14, que dispensa fraldas para diversos tipos de doenças. O que motivou essa resolução foi o quantitativo judicial de pedidos de fraldas e o impacto financeiro causado pela compra das mesmas.

Além das fraldas essa Resolução também dispensou materiais que eram usados em âmbito hospitalar para serem usados em uso domiciliar.

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÕES

Foram analisados 180 processos judiciais ingressados na Comarca de Pelotas, nas três esferas de governo, durante o período de 01 de outubro de 2013 até 31 de dezembro de 2013.

As discussões a seguir apresentam todas as características extraídas dos processos judiciais que foram pertinentes para o deslinde desta pesquisa.

6.1 DAS VARAS DE INGRESSO DAS AÇÕES

A primeira característica analisada refere à Vara de ingresso das ações que no caso do município de Pelotas tem-se quatro opções de ajuizamento, quais sejam: as Varas Federais compostas pela Primeira e Segunda Vara Federal, a Sexta Vara Cível competente para processar e julgar ações que tenham como réus Estado e Município e o Juizado da Infância e Juventude para aquelas ações de saúde que envolvam menores de idade. Não existe uma regra em vigor que determine a competência para processar e julgar ações de saúde, tanto a justiça estadual como a Federal são competentes, mas pode-se observar que o maior volume de processos se concentra na Sexta Vara Cível, Vara especializada em Fazenda Pública que tem competência para processar e julgar ações que tenham interesses do Estado e Município presentes.

Nas Varas Federais em regra são impetradas ações pedindo medicamentos oncológicos ou aqueles para doentes em estado terminal, muito pouco se vê outros tipos de pedidos. A habitualidade de se ver em maioria medicamentos oncológicos nas Varas Federais talvez seja um reflexo do disposto na Portaria 874 do MS de 2013 que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), embora o SUS seja unificado segundo esta Portaria, a competência para financiamento do tratamento de câncer é da União.

Dada a proporção numérica apresentada, quando feito o cruzamento das

Varas de ajuizamento da ação com a antecipação de tutela requerida no processo, verificou-se ser o Juizado da infância e Juventude o que teve em maior número (92,7%) as antecipações de tutela deferidas, isto se deu em razão de o Juizado não ser tão criterioso, visto que seu objetivo é proteger a integridade das crianças que dele necessitam e também pelo fato dos pedidos virem em maioria do Promotor da Infância e Juventude do Município, fato que demonstra total seriedade e credibilidade do pedido inicial.

Quando analisada a Vara de ingresso da ação com as sentenças proferidas, constatou-se ser na Primeira Vara Federal o maior números de sentenças proferidas (90,5%), isto ocorreu pelo fato de a Justiça Federal contar com uma estrutura mais célere, pois o número de demandas é significativamente inferior as varas estaduais o que permite que os trâmites internos corram com mais agilidade. O juiz Federal também tem o subsídio de contar com uma perícia médica para melhor analisar o pedido que está sendo requerido, o que faz com este chegue mais rapidamente ao consenso do caso concreto em análise.

Quanto a questão das Varas de ingresso e sentenças procedentes, a Sexta Vara Cível foi a que ofereceu maior número de sentenças procedentes (100%), fato que se observou por ser esta Vara a mais procurada para o ingresso das ações de saúde, pois sua competência abrange interesses do Estado e Município. Nesta Vara o número de ações de saúde que tramitam chega a ser o dobro, quiçá o triplo do volume das demais Varas.

6.2 DA ANTECIPAÇÃO DE TUTELA

Outro ponto analisado foi quanto aos pedidos de antecipações de tutela, pois dada a urgência das demandas todos os requerentes solicitaram decisão liminar. Pelo exposto observou-se que os juízes tendem a conceder essa medida antecipatória, pois em 81,1% as decisões foram favoráveis aos requerentes.

A decisão de antecipar os efeitos da tutela sob alegação que a saúde é o bem mais precioso que o ser humano possui, por isso tem pressa de se efetivar tem sido alvo dos juizes conforme verificou-se em outros estudos. Em Minas Gerais, o argumento utilizado pelos juizes foi que não podem se submeter ao perigo da

demora processual, o que pode causar dano irreparável a saúde de quem do judiciário precisa (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011).

Em outros estados, também foi bastante usual a antecipação de tutela nos casos que norteiam a saúde pública. No estado de Pernambuco, praticamente todos os processos concederam a antecipação (VENTURA et al., 2010).

Os magistrados baseiam-se para proferir tal decisão nos requisitos processuais presentes no caso concreto, bem como, fundamental a prescrição médica ser de um médico do Sistema Público de Saúde e nesta atestar a necessidade de urgência do medicamento ou procedimento requerido sob pena de risco de dano irreparável à saúde. A decisão também é embasada nos preceitos do artigo 196 da Constituição Federal onde diz que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Outro argumento que merece destaque é a negativa administrativa do Órgão que negou o produto ou serviço de saúde estar acostado aos autos justificando sua decisão administrativa. Também influencia na decisão do magistrado quando o pedido versa sobre medicamentos este possuir registro na Anvisa, pois muitos são os fármacos prescritos que não tem registro o que colocaria em risco à saúde dos que em estado de moléstia já se encontram.

Na justiça federal antes do magistrado se posicionar face ao pedido antecipatório, este determina que seja realizada uma perícia por médico credenciado pelo judiciário para análise do caso.

Quando observados o percentual de sentenças procedentes com a antecipação de tutela, confirmou-se na sentença o que já havia sido deferido na antecipação de tutela (94,0%) dos pedidos favoráveis aos requerentes.

6.3 DA REPRESENTAÇÃO NO PROCESSO

Ao analisar a procedência dos mandados verificou-se que eles vinham de diversos tipos de advocacia, mas três merecem destaque: escritórios particulares, defensoria pública e Ministério Público. Outros tipos de advocacia, como

Organizações não governamentais (ONGS) e Assistência Judiciária das Universidades, ocorreram esporadicamente. A maioria dos processos vinham da Defensoria Pública (62,8%) o que sugere ser a maioria dos impetrantes carente de recursos financeiros, constatando que a judicialização da saúde não é considerado um fenômeno exclusivo das classes sociais de renda alta e que o acesso à justiça hoje em dia é possível a qualquer cidadão independente de possuir recursos financeiros.

Outros estudos já se colocaram com esta mesma evidência, foi o caso da saúde no Distrito Federal que de acordo com os números 95,06% das ações de saúde foram conduzidos pela defensoria pública, o que garante não ser o acesso à justiça um fenômeno das elites (PENALVA, 2011).

Também em estudos realizados no Rio de Janeiro, mostrou ter um predomínio as ações patrocinadas pela defensoria pública. O predomínio das ações patrocinadas pela defensoria pública, pode refletir a hipossuficiência financeira dos autores para custear suas ações de saúde (MESSEDER, 2005).

Conforme demonstram os números encontrados, o Ministério Público foi o que maior obteve antecipações de tutela (90,0%), posto que quando este integra o polo ativo das demandas é para proteger e defender interesses de menores de idade, conforme mostram os processos que fazem parte desse estudo, encontrando respaldo da Lei 8.069 /90 denominado Estatuto da Criança e do Adolescente.

É dever do Ministério Público defender a democracia e a efetividade do direito fundamental à saúde da criança e do adolescente, o que requer aprimoramento de sua atuação, quanto à ação do Estado na prestação dos serviços de saúde da população infantojuvenil (SAUERBRONN, 2012)

Novamente o Ministério Público é o que mais possui sentenças proferidas (80,0%) até a análise destes dados. Isto reflete na questão de este ser guardião dos interesses daqueles que não possuem capacidade de discernir o que de fato é melhor para manutenção de sua vida. Também é o maior número de sentenças procedentes em razão dos fatos e fundamentos já expostos no decorrer desta discussão.

A não efetividade do direito fundamental à saúde tem demandado a interposição de ações judiciais por parte do Ministério Público, colaborando para o ativismo judicial (SAUERBRONN, 2012).

6.4 RÉUS DOS PROCESSOS

Podem ser réus nos processos de judicialização os três entes da federação (União, Estados e Municípios) podendo atuar em separado ou em conjunto. Segundo a Constituição Federal, em seu artigo 23, inciso II, a competência é solidária, sendo comum aos três responder pelas ações de judicialização da saúde.

A Constituição Federal não eximiu a responsabilidade de nenhuma das três esferas da obrigação de zelar pela saúde da população (DALLARI, 2013).

Portanto, não existe concorrência nem preferência entre as esferas, respondendo qualquer uma delas pela assistência e proteção à saúde.

Nas contestações emitidas pelos entes demandados, observou-se que quando o município de Pelotas integra o polo passivo da ação, este contesta sob argumentos da escassez de recursos para não cumprir de maneira administrativa o que é pedido. Alega o mesmo, que a limitação orçamentária lhe impede de efetivar tal prestação, pois ao atender um indivíduo em isolado poderá estar lesando a coletividade quanto as verbas destinadas a saúde pública. A partir daí surge a discussão de que até que ponto uma tutela legítima, mas individual pode se sobrepor aos interesses coletivos quando se sabem ser finitos os recursos diante das necessidades infinitas do ser humano.

De outra banda, quando o réu é o Estado do RS e os pedidos clamam por cirurgias, consultas, exames e serviços de saúde, este alega competência do município sob a justificativa do município de Pelotas possuir gestão plena. Também aduz este não poder arcar com todas as demandas requeridas ao judiciário sob pena de desorganizar a estrutura administrativa do Sistema Único de Saúde. Na questão atinente aos pedidos de medicamentos que não fazem parte do "rol" dos dispensados nas listas oficiais, o Estado do RS junta um Parecer Técnico feito por médicos da Secretaria Estadual de Saúde esclarecendo a utilização do fármaco em questão através da medicina baseada em evidências, dispendo os Protocolos e Diretrizes Terapêuticas existentes e, por fim, se posicionando de forma favorável ou não quanto ao pedido objeto da demanda.

A União em sua contestação alega competência do município por este estar habilitado para gestão plena dos recursos de saúde, portanto insiste que o atendimento oncológico na alta complexidade ficará a cargo dos CACON/UNACON. A qualificação como CACON/UNACON é obtida por meio de credenciamento,

realizado pelo gestor local, e posterior habilitação pelo Ministério da Saúde. Trata-se de ato complexo de duas esferas distintas de governo. Convém, contudo, deixar bem claro que a efetiva contratação é realizada pelo gestor local. Outro argumento utilizado pela União é o de que quem repassa verba para o CACON/UNACON é a União e se esta for condenada passarão os órgãos em comento a causar grande prejuízo ao erário que pagará duas vezes por um serviço incompleto. Explica-se, paga-se ao CACON, mediante autorização para procedimentos de alta complexidade (APAC) lançada e desembolsam-se recursos para fornecimento de medicamento, quando caberia ao CACON fazê-lo, gerando com uma só conduta prejuízo ao erário e enriquecimento sem causa para o CACON.

As antecipações de tutela se derão em maior número quando o réu dos processos era o Estado do RS, em razão deste oferecer maior conjunto probatório aos magistrados, pois sempre juntam ao processo pareceres técnicos de médicos da Secretaria Estadual de saúde falando a cerca do pedido feito nos autos.

O maior número de processos com sentença são os que a União figura como parte ré, pois a maioria dos pedidos contra este são de medicamentos oncológicos e segundo legislação do Sistema Único de Saúde a União tem responsabilidade em dispensá-los, sendo assim mais difícil fica encontrar argumentos que a desobriguem.

Quando o Estado do RS foi réu obteve-se o maior número de sentenças procedentes (100%), pois este tem obrigação de fornecer amplo serviços de saúde aos cidadãos segundo força de lei que assegura, tornando incontestável sua obrigação de prestá-los.

6.5 TIPOS DE PEDIDOS

Os bens de saúde demandados são os mais diversos possíveis, mas prevalecem os pedidos de medicamentos com (51,7%), sendo estes pertencentes as listas de dispensação oficiais ou não inclusos em nenhuma delas. Grande parte dos medicamentos pedidos na via judicial não se encontram contemplados nas listas oficiais o que gera os desafios encontrados pela judicialização, pois refletem as iniquidades do sistema. Os pedidos de fármacos não dispensados pelo SUS podem ocorrer devido a diversas hipóteses: a primeira delas pode se dar na origem de tudo,

ou seja, na prescrição médica, por desconhecimento dos prescritores quanto ao elenco dispensado pelo SUS seus Protocolos e Diretrizes Terapêuticas; outro fator que merece considerações são as inovações tecnológicas, posto que a indústria avança de forma avassaladora tornando difícil acompanhar este progresso de perto; e como terceira hipótese temos a grande indústria farmacêutica e seus interesses econômicos atuando nos bastidores da saúde pública.

Para a concessão de fármacos, procedimentos, consultas, leitos, exames e demais insumos de saúde independe qualquer condição ou requisito, basta mencionar o entendimento assente na legislação de que não há produto ou serviço que esteja fora da cobertura do sistema público de saúde, seja pelo entendimento da Constituição Federal ou pela Lei Orgânica de Saúde.

Outro ponto que merece destaque é quando o medicamento pedido via judicial não integra as listas de dispensação, os magistrados entendem que deve ser acostado aos autos três orçamentos diferentes optando sempre pelo de menor valor. Da mesma forma se dá quando forem pedidos de consultas, exames e demais serviços de saúde.

Após constatado o menor custo do fármaco ou serviço, procede o magistrado a sua decisão que quando favorável, passa a condenar o ente demandado ao fornecimento do que está sendo pedido dentro de uma prazo estipulado, caso este prazo não seja cumprido procede o juiz ao pedido de bloqueio de valores das contas do requerido com base no orçamento de menor valor.

Os pedidos de medicamentos pela via judicial impede a alocação de recursos de forma racional, podendo acarretar prejuízos significativos à efetividade do direito à saúde. Incumbe ao poder executivo eleger prioridades, sempre primando pela prestação de saúde à população (CHIEFFI; BARATA, 2010).

Nesta senda cabe salientar que na questão dos fármacos pleiteados em juízo, sempre o magistrado privilegia os dispensados pelo SUS, tanto que quando o pedido vem da Defensoria Pública consta nos autos a explicação do motivo pelo qual se pede medicamentos que não constam na rede pública e um próprio laudo do médico prescritor, atestando já ter tentado primeiro utilizar fármacos da rede e estes não terem tido eficácia no tratamento daquele paciente judicializado. Nos pedidos vindos de outros tipos de advocacia não se observou ter o mesmo cuidado, portanto nos despachos iniciais do juiz no processo este questiona quanto ao uso dos

fármacos pertencentes as listas oficiais, mas nada obsta o direito do cidadão em ter sua saúde restabelecida seja o custo que for.

O tipo de pedido que obteve maior número de antecipações de tutela foi a categoria denominada "outros", pois esta englobou os pedidos que talvez fossem mais evidentes de necessidade para quem pediu, portanto tornando mais clara a urgência em deferir-los.

Quando analisado o tipo de pedido com a prolação de sentença até a análise destes dados, restou evidente que os leitos foram os que mais sentenças tinham sido apreciadas.

Ficando novamente os leitos e junto as cirurgias como os pedidos que mais tiveram suas sentenças procedentes, isto porque estes pedidos requerem maior deferência quando da sua apreciação, pois remetem direto o caráter de urgência imposto pela saúde.

6.6 PRESCRIÇÃO PELO PRINCÍPIO ATIVO

Um dos limites enfrentados pela judicialização é a questão dos medicamentos prescritos, que conforme análise feita nos processos judiciais ainda existem médicos do próprio Sistema Público que não prescrevem respeitando a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou na sua ausência a Denominação Comum Internacional (DCI).

De acordo com a Lei 9.787 de 1999, em seu artigo 3 "as aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra, e as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI)".

Essa prescrição pelo nome comercial pode ensejar o favorecimento a determinados laboratórios, portanto nos processos aqui do município os Juizes entendem que, mesmo quando no pedido estiver pelo nome comercial, em sua decisão a condenação será sempre feita pelo princípio ativo dos medicamentos. Essa prática tenta coibir o enriquecimento ilícito das indústrias e laboratórios de medicamentos e insumos de saúde.

Tal posicionamento foi encontrado em estudos feitos por outros autores que concordam com esse argumento e acrescentam que um medicamento incluído numa lista de financiamento do SUS significa um mercado cativo para a indústria farmacêutica (CHIEFFI; BARATA, 2010).

As prescrições quando feitas pelo princípio ativo, anteciparam em maior número a tutela pretendida nos processos, pois isto caracterizou o medicamento em possuir registro na ANVISA, uma vez que existe e é legal no Brasil, possibilitando aos magistrados maior cautela em discorrer sobre o pedido.

Novamente os medicamentos prescritos pelo princípio ativo tiveram maior número de sentenças julgadas, pois devido a facilidade encontrada pelo julgador em encontrar no mercado medicina baseada em evidências atestando a indicação ou contra-indicação do fármaco pleiteado.

A prescrição pelo princípio ativo obteve 76,0% de sentenças favoráveis aos requerentes o que resultou na maioria em detrimento aos prescritos pelo nome comercial, pois quando utilizada a Denominação Comum Brasileira, significa ser um produto com maior credibilidade no mercado, facilitando a emissão de decisões favoráveis.

A prescrição quando adequada, ou seja, preenchendo os requisitos estabelecidos pela OMS, tem por objetivo estabelecer o bom uso pelos pacientes indicando o real tratamento a ser feito e possibilitar uma dispensação medicamentosa correta.

6.7 PROCEDÊNCIA DA PRESCRIÇÃO

Nota-se que a maioria das prescrições são emitidas por médicos do Sistema Único de Saúde (70,6%) o que mais uma vez se apresenta ser a judicialização da saúde um fenômeno pertencente as classes sociais menos favorecidas.

O que estudos parecidos encontram na literatura é que as evidências sugerem que a judicialização da saúde não é um fenômeno das elite, pois no Distrito Federal 84,68% das ações vem com prescrição do serviço público de saúde (PENALVA, 2011).

Também foi encontrado resultado semelhante em um estudo feito no Rio de

Janeiro, onde 55,6% das prescrições que originaram as ações vinham do SUS (SANT'ANA,2009); Em outros estudos foram encontrados também a maioria das prescrições vindas do SUS, como foi (MESSEDER *et al.* 2005) com 64,1%, e (VIEIRA; ZUCCHI, 2007), com 59,2%.

Como destacam (VIEIRA; ZUCCHI, 2007), o predomínio de prescrições originadas no SUS pode indicar falha das políticas públicas de medicamentos, quer pela não garantia do acesso aos medicamentos, quer pela não adesão dos profissionais da rede pública às listas oficiais. Pode indicar, também, atraso na incorporação de novos medicamentos às listas oficiais (MESSEDER *et al.*; 2005).

O entendimento que prevalece no município de Pelotas é o de que quando o fármaco ou procedimento de saúde é pedido para ser custeado pelo Estado (estado no sentido lato), a prescrição que indique a necessidade de tratamento seja de um médico do Sistema Público, caso não for os magistrados impõe ao município que ocorra uma avaliação pelo SUS atestando a real necessidade.

Outro ponto que merece destaque é que o paciente deve manter a prescrição atualizada pelo médico todos os meses para poder retirar os medicamentos na farmácia pública. Este posicionamento privilegia o uso racional de medicamentos e de certa forma impede que sejam feitos gastos desnecessários no uso dos recursos públicos.

A prescrição quando emitida por médico credenciado junto ao SUS, possibilitou maior número de tutelas antecipadas (87,2%), pois o entendimento dos magistrados é que se os recursos utilizados saírem do sistema público que seja o próprio médico do sistema quem ateste a necessidade de uso do fármaco pleiteado, entendendo que este não terá o condão de lesar seu órgão empregador.

Nesta esteira, configura-se maior número de processos julgados aqueles cuja a necessidade de tratamento ou medicamento é imposta por médico empregado do Estado, tendo este credibilidade, pois atua dentro da rede de serviços públicos, portanto estando ciente das reais dificuldades orçamentárias enfrentadas pelo SUS.

Quando feita a análise do princípio ativo com a variável sentença procedente, verificou-se ser a maioria das procedências relativas as prescrições particulares (94,7%), este fato se deve a prescrição médica ser documento incontestável, portanto não tendo o magistrado habilidade técnica para refutar tal prova constante nos autos.

O judiciário reconhece suas limitações para analisar as demandas da saúde, e considera que não deve interferir na relação soberana entre médico e paciente. Ele não tem como intervir no que é prescrito, deve avaliar apenas o que deve ou não ser fornecido (VENTURA et al.,2010).

6.8 PROCESSOS COM SENTENÇA

Dos processos selecionados para compor a pesquisa, a maioria deles (56,1%) tinham sentença de primeiro grau proferida até a data da análise dos dados.

Para prolação da sentença é necessário ter cumprido as fases que são pré-requisitos a esta, estas fases principalmente são embasadas pela documentação acostada aos autos, que constitui o conjunto probatório para o deslinde do caso.

6.9 SENTENÇAS PROCEDENTES

Essas sentenças em sua maioria opinaram pela procedência da ação (46,7%), confirmando o pedido antecipatório, o embasamento jurídico utilizado praticamente em todas elas baseia-se na Constituição Federal, em especial no artigo 196, e no princípio da dignidade humana.

Uma alternativa levantada sobre a escassez de conteúdo nas decisões judiciais pode se dar em razão do desconhecimento que tem o Poder judiciário sobre argumentos e organização do sistema de saúde público (VENTURA et al.,2010).

Os argumentos utilizados nas decisões são bastante semelhantes, embora os pedidos sejam diferentes. Se destacam como principais eixos de argumentação o dever do poder público de assegurar o direito à vida e o direito à saúde como garantias fundamentais previstas na Constituição Federal; a responsabilidade solidária dos diferentes entes políticos (CARLINI, 2014).

Os artigos 1, 5 e 196 da Constituição Federal são imprescindíveis em todos os casos, porque tratam da supremacia da dignidade da pessoa humana como princípio fundamental das relações sociais do País e da integralidade da assistência à saúde (SARLET, 2011).

Em um estudo feito no Distrito federal, os argumantos utilizados pelos juizes se fundamentaram no "direito à saúde" em 95,32% das sentenças e outros discorrem sobre o "direito à vida" (49,61%), ambos difíceis de contrapor qualquer outro argumento, principalmente no tocante a recursos financeiros (PENALVA, 2011).

6.10 PROCESSOS EXTINTOS SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO E MOTIVOS DA EXTINÇÃO

Se depreende da análise dos dados que foi a minoria dos processos extintos sem resolução do mérito, ou seja, sem resolver o objeto do litígio em questão. As causas que motivaram essa extinção foram variadas tendo como destaque as que foram recorrentes nos processos, tais como: quando o autor faleceu no curso do processo ou quando o pedido se resolveu de forma administrativa antes de decisão judicial.

As causas de falecimento foram descritas sucintamente nos processos, talvez piora do quadro de saúde em razão da burocracia imposta pelo poder público, mas para se chegar a uma conclusão final teria que se avaliar mais profundamente a situação real de cada caso em conjunto com um médico especialista na patologia descrita.

A literatura apresenta dados semelhantes quando fala das causas da extinção do processo pelo falecimento do autor da ação, refere que estudos feitos no Distrito Federal indicam a causa do óbito do demandante seja por eventual negligência do Estado ou morosidade da justiça que podem estar trazendo consequências gravíssimas para a população (PENALVA, 2011).

Quanto à resolução na via administrativa, vem corroborar a tese de que há um engessamento do poder público em dirimir conflitos na via administrativa, havendo muitas vezes falta de diálogo entre os setores públicos, necessitando chegar a via judicial para que esta imponha uma obrigação de fazer à administração sob ameaça de sofrer sanção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referido estudo justificou-se pelo crescente aumento de demandas judiciais pedindo produtos e serviços de saúde no município de Pelotas, pela importância que esse fenômeno tem assumido perante o judiciário, sistema de saúde local, gestores de saúde e a sociedade em geral. Espera-se que os resultados possam contribuir para aplicação de princípios constitucionais, Leis infraconstitucionais, diretrizes médicas e principalmente para a comunidade local de forma que se efetive as políticas de saúde existentes e conduza um acesso à justiça de forma equânime e transparente.

O direito à saúde quando incluído ao "rol" dos direitos sociais, expresso na Constituição Federal como direito fundamental, demarcou uma nova fase na democracia brasileira, pois os cidadãos quando portadores de um direito que não estava sendo cumprido pelo estado como deveria, viam através do poder judiciário a alternativa de satisfazê-lo.

Essa nova era de reivindicações por saúde pública foi o que fez nascer o fenômeno da judicialização da saúde, hoje tão conhecido pelos trabalhadores da área da saúde e do direito pela proporção que vem tomando perante a sociedade civil.

De toda sorte, apelar ao judiciário é a maneira que o cidadão encontrou de gozar da universalidade no atendimento à saúde proposto pelo Sistema Público de saúde, a discussão que se faz pertinente hoje em dia é até onde vão as necessidades em saúde dos cidadãos e até que ponto a interferência do judiciário se fará positiva para a implementação das políticas públicas de saúde.

A presente pesquisa teve por escopo demonstrar a situação atual da judicialização da saúde em Pelotas, revelando quais as demandas de saúde pedidas, de onde elas vêm e como o judiciário lida com estas reclamações que perpassam contornos tão delicados que é a vida e dignidade dos que de saúde necessitam.

Os pedidos por consultas, exames, leitos, cirurgias tem crescido significativamente, e junto com estes os pedidos de medicamentos que são os que tem gerado maior discussão perante os envolvidos no deslinde da saúde pública e principalmente nos tribunais brasileiros, órgão que se tornou "responsável" por

solucionar lacunas deixadas pelos Poderes Executivo e Legislativo.

Ocorre que o judiciário ao decidir uma prestação individual acaba por reduzir os recursos financeiros da coletividade, gerando iniquidades no SUS e desorganizando um sistema que não está preparado para enfrentar uma enxurrada de gastos individuais nunca antes visto e muito menos com previsão e reserva orçamentária para tal.

Corrobora, portanto o entendimento que o judiciário é o poder competente para resolver as lides propostas pelos cidadãos quando ameaçados ou lesados em seu direitos, mas a maneira pela qual isto se dá não é a mais correta, em razão do grande volume de processos que tramitam nas Varas competentes para processar e julgar essas ações.

Na tentativa de fazer com que se empregue a melhor solução para os litígios, o judiciário acaba impondo limites a administração pública e ambos não tem outra opção se não a de satisfazer a tutela dos cidadãos.

Ambos estão corretos, pois não se pode negar um direito previsto na Constituição, mas a solução poderia ser melhor se a via judicial não fosse usada como acesso principal e sim como via alternativa para assegurar direitos. É preciso, portanto que haja uma espécie de filtro das ações para chegar no judiciário, que ações mais simples sejam resolvidas no âmbito administrativo.

Mas, para que isso aconteça é preciso haver uma integração das partes envolvidas, tais como: médicos, advogados, gestores de saúde, magistrados, defensoria pública entre outros, para articular limites, possibilidades e principalmente viabilidade do que está sendo pedido.

Esta é a preocupação do juiz titular da Sexta Vara Cível de Pelotas, fazer uma integração possibilitando um diálogo entre envolvidos para que assuntos menos complexos não cheguem ao judiciário, fazendo assim com que possam se resolver casos mais complexos com a devida atenção e cuidado que merecem.

Em maio de 2014 foi realizado o Primeiro Fórum de Judicialização da Saúde em Pelotas, onde foram elencadas algumas propostas de mudança para tentar colaborar com a redução de ações judiciais no município, entre estas a principal delas foi a formação de uma comissão denominada Comissão de Farmácia e Terapêutica, formada por uma equipe multiprofissional, com o objetivo de atualizar a lista de medicamentos municipal de acordo com as demandas requeridas judicialmente, mas tendo como base a Relação Nacional de Medicamentos

(RENAME). Outra providência foi a formação de uma segunda comissão com atenção especial aos fármacos postulados na via judicial que não integram nenhuma das listas de dispensação. Esse trabalho encontra-se em andamento e ainda não foi obtida nenhuma resposta significativa demonstrando seus efeitos.

Faz-se necessário acrescentar que a situação é caótica no município em comento, em apenas três meses foram impetradas 180 ações judiciais na busca dos mais variados medicamentos, insumos de saúde, consultas, exames, cirurgias, enfim uma gama de produtos e serviços que alguns deles não precisariam ser passíveis de recorrer a justiça.

Desses 180 pedidos, 101 continham sentenças de primeiro grau proferidas e a maioria opinando pela procedência dos pedidos, ou seja, se posicionando a favor dos requerentes. Nessas sentenças restaram inegáveis a maioria dos pedidos, se posicionando contra apenas em alguns casos como medicamentos, pois estes envolvem uma série de requisitos indispensáveis quanto a sua dispensação, mas mesmo assim a maioria restou procedente. Na seara dos medicamentos foi demonstrada bastante prudência por parte dos juizes locais, privilegiando sempre os fármacos dispensados pelo sistema, as prescrições eram minuciosamente interpretadas e quando tinha um pedido de medicamento fora dos que o sistema dispensava sem nenhuma justificativa do motivo do uso, o entendimento era que o médico fosse a juízo prestar esclarecimentos sobre benefícios que aquele medicamento causaria ao seu paciente em detrimento dos que o SUS fornecera.

Outro ponto que merece destaque é o posicionamento dos entes federativos em razão da competência para fornecer tal produto ou serviço, os entes demandados na maioria das vezes alegavam sua incompetência e aduziam esta ser dos outros integrantes do polo passivo. Os magistrados quando da condenação, eram unânimes em condenar todos a obrigação de fazer, pois o entendimento predominante é o da solidariedade entre os entes da federação e estes de forma administrativa se dividiam no cumprimento da obrigação.

Com essa pesquisa foi possível verificar que a busca ao judiciário para solucionar problemas de acesso à saúde ainda é necessária, no tocante em especial a questão dos medicamentos que se mostrou ser o principal item judicializado. Nessa busca foi possível concluir que o judiciário local está muito preocupado com os rumos que essa situação pode tomar, mas é indispensável elencar que cada um dos atores envolvidos possui um papel importante na evolução dessa caminhada.

Os cidadãos que necessitam, as vezes fragilizados pela sua condição social e estado de doença que se encontram, desesperados enxergam como última alternativa pedir a justiça que lhe assegure um direito que lhe é devido. Clamam por tratamentos e medicamentos que melhorem sua condição física e assim contribuindo para seu bem estar.

Aos gestores de saúde que tenham um olhar mais próximo a cada caso interposto na via administrativa, não restringindo o direito das pessoas apenas a limitações financeiras e quando esta restar imprescindível que ofertem uma solução possível de se realizar e assim diminuindo todos os danos físicos e consequentemente morais dessa não prestação de serviço.

Aos médicos mais atenção quanto as suas prescrições para não acabarem reféns das indústrias de saúde e laboratórios médicos, que estes tenham racionalidade nas suas prescrições observando os critérios e diretrizes terapêuticas do Sistema Único de Saúde, primando sempre pelo bem estar físico e moral daqueles que acometidos por mólestias graves ou menos graves depositam neles sua chance de melhora ou até mesmo recuperação.

Do nosso sistema político que priorize todas as atenções ao bom desempenho da saúde pública no país, pois a vida é o bem de mais alto e estimado valor que o ser humano possui e para gozar dela é preciso que o cidadão se encontre no seu mais completo bem estar físico e mental de saúde.

Do judiciário espera-se que continue ocorrendo os debates a nível nacional estabelecendo critérios aos magistrados para julgar as ações de saúde, que sigam as audiências públicas de saúde e que suas deliberações sejam postas em prática. Que seja possibilitado aos magistrados conhecimentos especializados na área da saúde pública para que as decisões judiciais possam se embasar mais criteriosamente equilibrando direitos e saúde pública.

E por fim que se estabeleça o diálogo, pois este sempre foi e sempre será a melhor forma de se resolver os conflitos de maneira a criar uma solução que atenda a todos os envolvidos de forma satisfatória e justa. Somente com o esforço conjunto de todos os envolvidos é que se poderá dar novo rumo a esse fenômeno chamado judicialização da saúde.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, Renata Sacco dos. **Judicialização e Equidade no Tratamento da Hepatite C**: Estudo de caso sobre o tratamento com interferona alfa em um serviço de referência do SUS em Porto Alegre, RS. Porto Alegre, UFRGS, 2009. Disponível em:
<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/19089/000735357.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 ago.2013.
- BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia Jurídica dos princípios Constitucionais**. 2 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.
- BARROSO, Luís Roberto. **A nova interpretação constitucional**: ponderação, direitos fundamentais e relações privadas. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.
- BERLINGER, Giovanni. **Ética da saúde**. São Paulo: Hueitec, 1996.
- BERMUDEZ, J. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade**: crítica da política de medicamentos no Brasil: Editora Hucitec, 1995.
- BRASIL. Planalto. **Constituição do Brasil 1988**. Disponível em:
<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/index.shtml>. Acesso em: 30 nov. 2013.
- _____. **PORTARIA n. 2981 de 26 de Novembro de 2009** - Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, 2009
- _____. Ministério da Saúde. **A Assistência Farmacêutica no SUS**. Coleção Para entender a Gestão do SUS, volume 7, 2011.
- _____. Conferência Nacional de saúde, 8, 1986, Brasília. **Relatório Final**. Ministério da Saúde: Brasília, 1986. Disponível em:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>>. Acesso em: 02 dez. 2013.
- _____. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 set. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 648, de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. 2001.

_____. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 02 dez. 2013.

_____. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999**. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9787.htm>. Acesso em: 10 set. 2013.

_____. **Lei nº 10.742 de 6 de outubro de 2003**. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.

_____. **Lei Federal nº 10.858, de 13 de abril de 2004**. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.858.htm>. Acesso em: 10 de set. 2013.

_____. **Portaria MS-GM nº 3.916 de 30 de outubro de 1998**. Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica da saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_gm_3237_2008.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

_____. **Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Com alterações dadas pela Lei nº 12.864, de 24 de Setembro de 2013. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso: 13 set. 2013.

_____. **Lei 8142, de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 13 de set. 2013.

_____. **Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm>. Acesso em: 24 set. 2013.

_____. **Lei 10.424, de 15 de abril de 2002.** Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm>. Acesso em: 23 set. 2013.

_____. **Lei 11.108, de 07 de abril 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 24 set. 2013.

_____. **Lei 12.401 de 28 de abril de 2011.** Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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. Disponível em: <>. Acesso em: 24 set. 2013.

_____. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/U_PT-MS-GM-2203_051196.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

_____. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Gabinete do Ministro. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br//PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 10 set. 2013.

_____. **Portaria nº 2587, de 30 de outubro de 2008.** Dispõe sobre a Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde e vincula sua gestão à Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos estratégicos. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sãs/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-2587.htm>. Acesso em: 13 out. 2013.

_____. **Resolução SS 126, de 13 de agosto de 2009.** Dispõe sobre a obrigatoriedade prescrição e dispensação de medicamentos com o nome genérico das substâncias que os compõe. Diário Oficial. Estado de São Paulo. Palácio dos Bandeirantes. Disponível em:

<<http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload%5CResolu%C3%A7%C3%A3o%20SS%20-%20126,%20de%2013-8-2009.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.

_____. **Resolução CIB n. 070/2014, de 17 de fevereiro de 2014.** Dispõe sobre a criação da Política Estadual de Cofinanciamento de Insumos Hospitalares para uso Domiciliar para aquisição e dispensação pelos municípios do RS. CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição.** 2. ed. Coimbra: Almedina, 1998.

CARLINI, Angélica. A Saúde Pública E As Decisões Dos Tribunais- Apontamentos Para Uma Reflexão Crítica. In. ASENSI, Felipe Dutra. PINHEIRO, Roseni. **Direito Sanitário.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

CARNEIRO, Angélica C. L. **Práticas educativas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte e sua relação com a promoção de saúde.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem): Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2010.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cássia Barradas. Ações Judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 44, n. 3, p. 421 - 429, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução do CFM nº 1.939 de 2010.** Proíbe a participação do médico em promoções relacionadas com o fornecimento de cupons, cartões de descontos e demais documentos previstos nesta resolução para a aquisição de medicamentos, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1939_2010.htm>. Acesso em: 10 set. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Disponível em <<http://cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacao-do-conselho/12113-recomendacao-no-31-de-30-de-marco-de-2010>>. Acesso em: 07 jul. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução 338 de 06 de Maio de 2004.** Aprova a política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF, 2004. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2014.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011, 1).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde** Brasília: CONASS, 2011. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2). ISBN: 978-85-89545-62-4.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.** Brasília: CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4)

DALLARI, Sueli G. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, vol. 22, n.1, São Paulo, fev.1988.

DIAS, Cláudia Regina Cliento. **Medicamentos genéricos no Brasil de 1999 a 2002: análise da legislação, aspectos conjunturais e políticos**. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Saúde Pública, USP, 2002.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito à Saúde. Col. Leis Especiais - Vol. 20 - 2ª Ed.**Juspodvum, 2014.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.V.C.; CARVALHO, A. I.; ESCOREL,S.; NORONHA, J.C; . **Política e Sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. **Family Health: limits and possibilities for an integral primary health care in Brazil**. Cienc Saude Coletiva. 2009

G1 Triangulo Mineiro. Estado arcará com custos de criança em tratamento à base de maconha. **G1.com**. Minas Gerais, 21 nov. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/noticia/2014/11/estado-arcara-com-custos-de-crianca-em-tratamento-base-de-maconha.html>>. Acesso em: 23 nov. 2014.

G1 Santa Catarina. Justiça determina que União pague à garota remédio derivado de maconha. **G1 SC**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2014/11/justica-determina-que-uniao-pague-garota-remedio-derivado-de-maconha.html>>. Acesso em: 23 nov. 2014.

IURCONVITE, Adriano dos Santos. A inaplicabilidade da reserva do possível em face do mínimo existencial à saúde. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 79, ago 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8240>. Acesso em Jan 2014.

LUZ.M.T. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde de Saúde da Década de 80. In: GUIMARÃES, R., TAVARES, R. A. W. (Org). **Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, Sulamis. Direito E Saúde: Contribuições Para O Estudo Da Judicialização. In. ASENSI, Felipe Dutra. PINHEIRO, Roseni. **Direito Sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

_____. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil, **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.9, n.2, p. 73-91, 2008.

MACIEL, Álvaro dos Santos; SOUZA, Natasha Brasileiro de. A reserva do possível e a dignidade da pessoa humana como fonte de não retrocesso social. **Revista Direitos Fundamentais e Democracia**, Curitiba, v. 3, 2008. Disponível em <<http://www.revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br>>. Acesso em: 18 nov. 2013.

MARQUES, Onofre; MELO, Marilene; SANTOS, Alessandra. Ações judiciais no âmbito do sistema único de saúde do Brasil, bases legais e implicações: um estudo de um caso em um tribunal da região sudeste. **Revista direito Sanitário**, São Paulo, v.12, 2011.

MARQUES, S.B; DALLARI, S.G. A garantia do direito à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.2, p.101-107, 2007.

_____. **O direito ao acesso universal a medicamentos no Brasil: diálogos entre o direito, a política e a técnica médica**. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, São Paulo. São Paulo, 2011.

MÉDICI, AC, de Oliveira F, Beltrão KI. **A política de medicamentos no Brasil**: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 1990.

MESSEDER, A.M.; LUIZA.V.L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso à medicamentos no setor público: a experiência do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno saúde pública**, 2005.

NUNES Júnior, VIDAL Serrano. **A cidadania social na CF/88**, São Paulo: Verbatim, 2009.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de Metodologia científica**: Projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografia, dissertações e teses. 2.ed..São Paulo: Pioneira,1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de La OMS-4 Selección de Medicamentos Esenciales**, OMS, 2002.

PENALVA, Janaina. **Judicialização do direito à saúde**: O caso do Distrito Federal. Belo Horizonte, 2011.

PEPE, Vera Lúcia Edais; FIGUEIREDO, Tatiana de Aragão; SIMAS, Luciana; OSORIO DE CASTRO, Claudia Garcia Serpa; VENTURA, Mirian. Judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. In. **Cien Saude Colet**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010.

REALE, M. **Lições preliminares de direito**. São Paulo, Saraiva Ed., 1976.

REIS JUNIOR, Paulo Bianchi. **A judicialização do acesso a medicamentos – A perspectiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 2008. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/9058/1423905.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17 nov. 2013.

SANT'ANA, João Maurício. **Essencialidade e assistência farmacêutica**: um estudo exploratório das demandas judiciais para o acesso à medicamentos no estado do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2009.

SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. **A Saúde aos Cuidados do Judiciário: A Judicialização das Políticas Públicas de Assistência Farmacêutica no Distrito Federal a partir da jurisprudência do TJDF**. 2009 (Dissertação de mestrado em Direito, Estado e Constituição) - Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

_____. **Direito Fundamental à Saúde**. Parâmetros para sua eficácia e efetividade. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SAVERBRONN, Selma. O protagonismo do Ministério Público no Estado democrático de direito. In: ASENSI, Felipe Dutra. PINHEIRO, Roseni. **Direito Sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SILVA, José Afonso. **Poder constituinte e poder popular: estudos sobre a constituição**. 1.ed.3, São Paulo, Malheiros, 2007.

SCHWARZ, Rodrigo Garcia. **Os direitos sociais e a sindicabilidade judicial das políticas públicas sociais no Estado democrático de direito**. São Paulo: LTr, 2013.

_____. A ponderação da reserva do possível sob o aspecto do custo de oportunidade e a judicialização das políticas de saúde na jurisprudência federal brasileira. Brasília. In: III Congresso Ibero-Americano de Direito Sanitário. II Congresso Brasileiro de Direito Sanitário. **Anais....** Brasília, 2 a 4 de out. 2013.

SILVA, A. F. Análise da Judicialização da saúde pública no Espírito Santo. **Revista SJRJ**. Rio de Janeiro, v 19, 35, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 22 ed.. São Paulo: Malheiros, 2003.

SÓLON, Ari Marcelo. Ética, cidadania e direito à saúde. In: KEINERT, Tânia Margarete M., PAULA, Sílvia Helena de Bastos, BONFIM, José Rubem de Alcântara. (Org.). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 20 mar. 2014.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório anual, 2104**. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/032.624-2013-1%20Fisc%20Saude.pdf>. Acesso em: 24 maio 2014.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMN, Fermim Roland. **Judicialização direito à saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**. Physis, Rio de Janeiro, v.20, 2010.

VIEIRA, F.S. ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista saúde pública**, 2007.

WEICHERT, Marlon Alberto. Direito à saúde e o princípio da integralidade. In: SOUZA, André Evangelista de; [et. al]; SANTOS, Lenir (org). **Dereito à saúde no Brasil**. Campinas, SP: Saberes editora, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE – TESES/DISSERTAÇÕES REFERENTE AO NÚMERO DE TRABALHOS PUBLICADOS NO BANCO DE DADOS DA CAPES

Feita uma busca ativa no banco de teses Capes utilizando o descritor “judicialização da saúde: acesso a medicamentos”, foram encontradas 41(quarenta e uma) teses/dissertações. Dessas 41(quarenta e uma), apenas 22 (vinte e duas) continham a palavra “medicamentos” em seu título. Procedeu-se na leitura aos cuidados destas 22 (vinte e duas) teses/dissertações, sendo estas demonstradas na construção do quadro abaixo.

Esse quadro apresenta um resumo das 22 (vinte e duas) teses/dissertações encontradas, organizadas de acordo com a ordem estabelecida pelo banco de teses Capes.

Quadro referente ao número de trabalhos publicados no banco de dados da CAPES (Cont.)

REFERÊNCIA	TÍTULO	ÁREA PESQUISA	INSTITUIÇÃO	OBJETIVO GERAL
Alexandra Crispim da Silva, 2008	<i>Política e Constituição: A Judicialização do Acesso a Medicamentos em Santa Catarina.</i>	<i>Políticas Públicas</i>	Universidade do Vale do Itajaí	Analisar variáveis quantitativas referentes aos mandados judiciais deferidos que solicitaram medicamentos e foram impetrados contra o Estado de SC entre 2000 e 2006 e também o discurso dos Juízes que julgaram tais ações.
Ana Luiza Chieffi, 2008	Acesso a Medicamentos: Características das demandas judiciais contra a Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo.	Saúde Coletiva	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo	Caracterizar as demandas judiciais para obtenção de medicamentos junto à Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo sob a óptica da judicialização da política pública e a quebra do princípio da equidade na dimensão coletiva e demonstrar se é possível evidenciar alguma articulação entre as indústrias farmacêuticas, advogados e médicos.
Angela Simonette, 2011	Política Nacional de Medicamentos no Estado Social e Democrático de Direito Brasileiro.	Direito Público e Econômico	Universidade Presbiteriana Mackenzie	Levantamento críticas com respeito à falta de objetivos e metas a serem alcançados, e a falta de indicadores objetivos que permitam a avaliação dos resultados da Política Nacional de Medicamentos.

Cont. Quadro referente ao número de trabalhos publicados no banco de dados da CAPES

REFERÊNCIA	TÍTULO	ÁREA PESQUISA	INSTITUIÇÃO	OBJETIVO GERAL
Francisco Livanildo da Silva, 2012	O Direito a Saúde e a Política Nacional de Atenção Oncológica	Direito	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Expor a complexidade das ações de medicamentos antineoplásicos, tanto nos aspectos processuais quanto nos aspectos materiais, especialmente em razão dos altos custos dos fármacos mais solicitados nessas demandas.
Henrique Rosa Rodrigues, 2011	Judicialização da Saúde e Sustentabilidade de Gastos: O caso dos Medicamentos no Estado do Ceará.	Economia	Universidade Federal do Ceará	Análise dos gastos das intervenções do processo de judicialização de medicamentos gerenciados pela Secretaria do Estado do Ceará.
Lorena Araújo de Azevedo, 2012	Judicialização da Saúde e o acesso a medicamentos: uma reflexão sobre a descentralização e a integralidade no Sistema Único de Saúde.	Justiça Administrativa	Universidade Federal Fluminense	Analisar a questão da judicialização da saúde no Brasil, em especial quanto ao acesso a medicamentos, fazendo uma reflexão sobre duas importantes diretrizes do SUS: a descentralização e a integralidade.
Luís Carlos Saldanha Rodrigues Júnior, 2012	A dignidade da pessoa humana e a prestação compulsória de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde em Campo Grande.	Desenvolvimento local	Universidade Católica Dom Bosco	Verificar a ocorrência de desenvolvimento endógeno entre aqueles que buscam no Poder Judiciário o exercício da cidadania em Campo Grande. Pesquisa realizada numa abordagem dialética.
Luís Marques Campelo, 2012	Características multidimensionais das solicitações de medicamentos impetrados via judicial a Secretaria de Saúde do Ceará.	Saúde Pública	Universidade Estadual do Ceará.	Objetivo de analisar as características das solicitações de medicamentos realizados via judicial e impetrados contra o Estado do Ceará.
Marina Amaral de Ávila Machado, 2010	Acesso a medicamentos via Poder Judiciário no Estado de Minas Gerais	Ciências Farmacêuticas	Universidade Federal de Minas Gerais	Objetivo de analisar e conhecer o fenômeno de acesso a medicamentos através do Poder Judiciário no Estado de Minas Gerais, especificamente o perfil dos requerentes e dos medicamentos pleiteados.

Cont. Quadro referente ao número de trabalhos publicados no banco de dados da CAPES

REFERÊNCIA	TÍTULO	ÁREA PESQUISA	INSTITUIÇÃO	OBJETIVO GERAL
Mércia Pandolfo Provir, 2011	Demandas judiciais deferidas para medicamentos em Goiânia e seus aspectos financeiros.	Ciências da Saúde	Universidade Federal de Goiás	Descrever as ações judiciais impetradas contra a Secretaria Municipal de Saúde, que requereram medicamentos e foram deferidos e atendidos pela Secretaria da Saúde de Goiânia no período de 2003 a 2007.
Miriam Pavani, 2011	Inovação tecnológica e o Direito na sociedade da informação: Acesso judicial a medicamentos.	Direito da Sociedade de Informação	Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas.	Enfrentamento da questão do ativismo judicial na área da saúde. A análise foi delimitada a partir do direito individual à concessão de medicamentos gratuitos pelo Estado, com base na política de assistência farmacêutica, na responsabilidade do Estado no financiamento dos medicamentos que fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos.
Mônica Samrsla, 2012	Aprimoramento do Banco de Preços do Ministério da Saúde e acompanhamento dos gastos públicos com medicamentos especializados.	Epidemiologia	Universidade Federal do Rio Grande do Sul.	Apresentar o aprimoramento do Banco de Preços em Saúde do Ministério da Saúde para que identifique os recursos utilizados na aquisição de medicamentos especializados e possibilite aos gestores estaduais o monitoramento e a avaliação dos gastos com este componente de alto custo.
Naerton Silva Moura, 2011.	Política de Saúde: Um estudo sobre o acesso da população Picoense a medicamentos.	Serviço Social	Universidade Federal de Pernambuco.	Identificar os principais obstáculos ao acesso a medicamentos excepcionais por parte da população picoense. Descrever o funcionamento, distribuição e gestão dos medicamentos excepcionais no âmbito das políticas públicas nacionais e em Picos, interior no Estado do Piauí e avaliar o acesso da população a esses medicamentos, enquanto direito à saúde, na realidade de Picos.

Cont. Quadro referente ao número de trabalhos publicados no banco de dados da CAPES

REFERÊNCIA	TÍTULO	ÁREA PESQUISA	INSTITUIÇÃO	OBJETIVO GERAL
Patrícia Campanha Barcelos, 2010.	Perfil de demandas judiciais de medicamentos da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo: Um estudo exploratório.	Saúde coletiva	Universidade do Estado do Rio de Janeiro.	Traçar um perfil das demandas de medicamentos na Secretaria de Estado da Saúde e examiná-las à luz das evidências científicas que justifiquem seu uso em termos de segurança e eficácia, a fim de subsidiar a definição de estratégias.
Paulo Bianchi Reis Junior, 2008.	A Judicialização do acesso a medicamentos na perspectiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.	Administração	Fundação Getúlio Vargas/RJ	Abordar a questão do acesso aos medicamentos no Brasil intermediado pela atuação da Justiça, sob a perspectiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
Raquel Tavares Boy da Silva, 2011.	Conflitos bioéticos decorrentes do acesso a medicamentos órfãos no Brasil: O exemplo da laronidase para o tratamento da mucopolissacaridose.	Saúde Pública	Fundação Osvaldo Cruz	Discutir conflitos morais decorrentes do acesso e da alocação de recursos públicos a medicamentos órfãos, tomando como exemplo a laronidase, medicamento pleiteado para o tratamento de uma doença órfã denominada mucopolissacaridose tipo 1.
Renato Sacco dos Anjos, 2009.	Determinantes e resultados da judicialização da demanda por medicamentos de alto-custo no RS: O caso da distribuição do medicamento Interferom em Porto Alegre e Região Metropolitana.	Epidemiologia	Universidade Federal do Rio Grande do Sul.	Explorar a relação entre judicialização da saúde e equidade no acesso ao tratamento no SUS.
Sandra Cristina de F. Barreira, c2012.	Direito à saúde e judicialização de medicamentos: a experiência de Niterói.	Saúde coletiva	Universidade do Estado do Rio de Janeiro.	Conhecer as demandas judiciais relacionadas à detenção de medicamentos no município de Niterói no ano de 2010 e as estratégias desenvolvidas pela gestão municipal para lidar com este problema.

Cont. Quadro referente ao número de trabalhos publicados no banco de dados da CAPES

REFERÊNCIA	TÍTULO	ÁREA PESQUISA	INSTITUIÇÃO	OBJETIVO GERAL
Silvia Badim Marques, 2011.	O direito ao acesso universal a medicamentos no Brasil: diálogos entre o direito, a política e a técnica médica.	Saúde Pública	Universidade de São Paulo.	Evidenciar de que forma as questões técnicas e políticas que envolvem o direito social à assistência farmacêutica vem sendo debatidas dentro de processos judiciais que tem por objeto a solicitação de medicamentos em face do Estado.
Sonia Maria Polidoro Pereira, 2007.	Da reorientação do modelo assistencial à pressão social: acesso a medicamentos via SUS por compra direta no Município de Florianópolis (SC).	Saúde	Universidade do Vale do Itajaí.	Elaborar uma análise descritiva do acesso, da dispensação e dos custos com medicamentos solicitados por usuários individuais e verificar se os medicamentos solicitados se incluem em alguma lista de medicamentos.
Tatiana Aragão Figueiredo, 2010.	Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro: a aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão.	Saúde Pública	Fundação Oswaldo Cruz.	Analisar os medicamentos presentes nas demandas judiciais da comarca da capital encaminhadas a Central de Mandados da Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, frente às alternativas terapêuticas presentes nas listas de financiamento público e à luz das evidências científicas.
Viviane Matos Correia Lima, 2009.	Peregrinação, empoderamento e retrocessos no acesso a medicamentos por via judicial no Estado do Amazonas.	Saúde	Universidade do Vale do Itajaí.	Analisar a trajetória de um grupo específico: usuários que tiveram acesso a medicamentos por via judicial.

APÊNDICE-2 – INSTRUMENTO DE PESQUISA

Quadro padrão de coleta de dados

VARIÁVEL	TIPO DE RESPOSTA
Vara de ingresso	Primeira Vara Federal Segunda Vara Federal Sexta Vara Cível Juizado Infância/Juventude
Antecipação de tutela	Sim Não
Representação no processo	Advogado particular Defensoria pública Ministério Público Outros
Réus dos processos	União Estado Município Múltiplos réus
Tipos de pedido	Medicamentos Cirurgia Consultas e Exames Leitos Outros
Prescrição pelo princípio ativo	Sim Não Em parte
Procedência da prescrição	SUS Particular
Processo com sentença	Sim Não
Sentença procedente	Sim Não
Processo extinto s/ resolução mérito	Sim Não
Motivo da extinção	Questão aberta