



**FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ - FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
MESTRADO PROFISSIONAL EM DIREITO E SAÚDE PARA O MUNICÍPIO DE
VITÓRIA DA CONQUISTA/BA**



RODRIGO SANTOS DAMASCENA

**JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO
DE VITÓRIA DA CONQUISTA – BA: ANÁLISE DOS ITINERÁRIOS
DOS USUÁRIOS**

**VITÓRIA DA CONQUISTA/BA
2016**

RODRIGO SANTOS DAMASCENA

**JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO
DE VITÓRIA DA CONQUISTA – BA: ANÁLISE DOS ITINERÁRIOS
DOS USUÁRIOS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Direito e Saúde para o município de Vitória da Conquista/Ba da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca como critério de avaliação parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientador: Profº Drº William Weissmann.

**Vitória da Conquista
2016**

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

D155j Damascena, Rodrigo Santos
Judicialização do acesso a medicamentos no município de
Vitória da Conquista – BA: análise dos itinerários dos usuários. /
Rodrigo Santos Damascena. -- 2016.
85 f. ; tab. ; graf.

Orientador: William Waissmann
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Vitória da Conquista – BA, 2016.

1. Direito à Saúde. 2. Função Jurisdicional. 3. Assistência
Farmacêutica. 4. Acesso aos Serviços de Saúde. 5. Sistema
Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 615.1098142

RODRIGO SANTOS DAMASCENA

**JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO
DE VITÓRIA DA CONQUISTA – BA: ANÁLISE DOS ITINERÁRIOS
DOS USUÁRIOS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Direito e Saúde para o município de Vitória da Conquista/Ba da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca como critério de avaliação parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientador: Prof^o Dr^o William Waissmann.

Aprovado em: 14 de abril de 2016

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Regina Maria de Carvalho Erthal (presidente) – ESNP/FIOCRUZ

Dr^o Adriano Maia dos Santos (examinador externo) – IMS/UFBA

Dr^a Luciana Araújo dos Reis (examinadora interna) – FAINOR

VITÓRIA DA CONQUISTA/BA
2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, à Deus pela oportunidade de realizar este sonho que, em outro momento, era considerado por mim muito distante.

Agradeço à minha esposa, Mariene, e aos meus filhos, Guilherme e Giovanna, pela compreensão nas minhas ausências e pelo carinho dispensado que me fortaleceu em todo esse projeto.

Aos meus pais, irmãos, parentes, amigos (agradecimento especial para as amigas Jéssica Gusmão e Cláudia Farias) pelo apoio tão necessário que me ofereceram nesta caminhada.

Aos meus colegas de mestrado, cúmplices nesta árdua tarefa. Sempre juntos nos momentos de descontração e também naqueles de grande pressão. Vínculos que se formaram e se fortaleceram.

À toda a equipe da Fiocruz pelo suporte e organização, em especial à professora Maria Helena, pela brilhante condução deste mestrado, e acima de tudo, pela atenção especial dada a cada mestrando.

Ao meu orientador William Waissmann pela paciência e presteza no acompanhamento deste projeto.

Ao professor Adriano Maia pela disponibilidade e pela ajuda fornecida durante a elaboração dessa pesquisa.

Ao professor Márcio Galvão que pelo apoio dado no início deste projeto, quando tudo ainda era apenas um embrião.

À Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista/Ba pelo investimento realizado em prol da capacitação dos seus funcionários.

“Que jorre a equidade como uma fonte e a justiça como torrente que não seca.”(Amós 5:24)

RESUMO

No Brasil a saúde foi erigida à condição de direito a partir da Constituição Federal de 1988. Entretanto, após quase três décadas da criação do SUS os cidadãos brasileiros ainda apresentam dificuldades para efetivação deste direito social. Como consequência, temos um número elevado de ações judiciais tendo como objeto o requerimento de procedimentos e insumos de saúde, fenômeno este que ficou conhecido com judicialização da saúde e, mais especificamente no campo da Assistência Farmacêutica (maioria das solicitações), judicialização de medicamentos. Neste aspecto, a presente dissertação teve por objetivo analisar os itinerários e percepções dos requerentes que pleitearam medicamentos por via judicial no município de Vitória da Conquista/Ba nos anos de 2013 e 2014. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa através da realização de entrevista semi-estruturada de onde emergiram informações que permitiram a interpretação e a análise dos itinerários e percepções dos usuários. Além disso, foi elaborado um fluxograma para melhor descrição do itinerário dos sujeitos. Foram entrevistados 6 sujeitos (11,76%) a partir dos 51 processos ajuizados contra o município no período estudado, impetrados nas varas da Fazenda Pública e da Justiça Federal. Foram excluídos do trabalho processos que envolviam menores ou corriam em segredo de justiça. Todos os entrevistados selecionados residiam no município estudado. A maioria das ações tinha tutela antecipada e tinham como principal representante jurídico a Defensoria Pública (83,33%). A maioria eram mulheres (66,67%). A peregrinação do indivíduo em busca do tratamento medicamentoso mostrou-se bastante penoso. O desgaste causado pelas negativas, pela desinformação, pela burocracia e pelo tratamento, por vezes, desumanizado acaba por aumentar o sofrimento durante a busca. A judicialização mostrou-se como um dos últimos recursos utilizados pelo cidadão na peregrinação em busca do tratamento medicamentoso. Porém, em alguns casos, nem mesmo a via judicial foi capaz de efetivar o direito à saúde almejada pelo cidadão. Percebe-se que são necessárias ações públicas no sentido de promover a ampliação do acesso aos medicamentos para a população, através de uma melhor estruturação dos serviços e disponibilização de recursos para tal, para que os cidadãos possam efetivamente ter um sistema de saúde pautado nos princípios da universalidade e da integralidade.

Palavras-chave: Direito à saúde; judicialização; assistência farmacêutica; itinerário terapêutico.

ABSTRACT

In Brazil, health was raised to the condition of social right by the Federal Constitution of 1988. However, after three decades of SUS (Single Health System) creation, Brazilian citizens are still having difficulties for carrying out this social right. As a result, we have a high number of judicial actions having as object the application procedures and health inputs, a phenomenon that became known as judicialization of health, and more specifically in the field of Pharmaceutical Care (most of the requests), judicialization of medicines. In this sense, this current study aimed to analyze routes and perceptions of applicants who pleaded drugs through the courts of Vitoria da Conquista city - Bahia in the years 2013 and 2014. Therefore, a qualitative survey was conducted by interviewing achievement semi structured where emerged information that allowed the interpretation and analysis of routes and perceptions of users. In addition, it designed a flow chart for a better description of the itinerary of the users. We selected 6 beneficiaries (11,76%) from the 51 cases filed against the municipality in the period studied, filed in the sticks of the Treasury of the Federal Court. They were excluded from the study cases involving minors or ran secret justice. All selected subjects resided in the city studied. Most actions had injunctive relief and had as main legal representative of the Public Defender (83,33%). Most participants were women (66.67%). The pilgrimage of the persons in search of medical treatment was very painful. The fret caused by the refusals, by misinformation, by bureaucracy and treatment sometimes dehumanized ends up increasing the suffering during the search. The judicialization proved to be one of the last resources used by citizens in pilgrimage in search of medical treatment. However, in some cases, not even the courts were able to carry the right to health desired by citizens. It is noticed that are necessary public actions to promote increased access to medicines to the population through a better structuring of services and availability of resources to do so, so that citizens can effectively have a health system guided by the principles of universality and comprehensiveness.

Keywords: *right to health; judicialization; Pharmaceutical services; Therapeutic itineraries.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos Específicos	11
3 REFERENCIAL TÓRICO	12
3.1 A construção da cidadania	12
3.2 SUS e Políticas de Medicamentos: Universalidade e integralidade	16
3.3 Judicialização de medicamentos e direito social à saúde	25
4 PERCURSO METODOLÓGICO	38
4.1 Cenário do Estudo	39
4.2 Sujeitos do Estudo	40
4.3 Coleta de Dados	41
4.4 Análise de Dados	42
4.5 Aspectos Éticos e Legais	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 Perfil dos entrevistados	44
5.2 Perfil das demandas judiciais	44
5.3 Busca pelo tratamento	46
5.3.1 O diagnóstico	46
5.3.2 A prescrição e busca do tratamento no SUS	48
5.3.3 Outros locais de busca	53
5.3.4 A descoberta da via judicial	55
5.3.5 Peregrinação pela via judicial	56
5.3.6 Serviços Públicos de Saúde x Serviços do Judiciário: Percepções	59
5.3.7 Fluxograma do processo de busca pelo tratamento	61
5.4 Concepções do direito à saúde	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semi-estruturada	78
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	80
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	82

1 INTRODUÇÃO

Por meio da Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988) o Estado é conduzido para uma atuação que vise o bem-estar social e a plena cidadania. A saúde passa, então, a ser considerada um direito social expresso nesse ordenamento jurídico através do seu artigo 196 (MARQUES; DALLARI, 2007).

Nessa perspectiva, a competência do Estado estabelecida constitucionalmente de garantir o acesso aos bens e serviços públicos em saúde transforma-se em atendimento mínimo ante as necessidades básicas vivenciadas pela população (BRASIL, 1990).

A legitimação do SUS representou, portanto, um avanço no campo da saúde no Brasil, mas trouxe consigo diversos desafios para sua implementação e efetivação, principalmente no que diz respeito à alocação de recursos e sua forma de utilização para que as ações de saúde sejam efetivas para os mais de 200 milhões de brasileiros.

Neste aspecto, nota-se, no cotidiano dos brasileiros, que estas políticas não tem atendido de modo integral as necessidades de cidadãos, ou por falta de recursos ou por aplicação inadequada dos mesmos. Estes, ao verem seus direitos violados, têm buscado no judiciário um meio de ter suas necessidades atendidas. Esta atuação do judiciário, no sentido de garantir os direitos individuais e coletivos na busca de bens e serviços no campo da saúde tem sido denominada judicialização da saúde (WANG *et al.*, 2014).

Dentre as ações judiciais voltadas para o campo da saúde, tem sido cada vez mais expressivas as voltadas para a área da assistência farmacêutica, sejam na aquisição de medicamentos não disponíveis, medicamentos não padronizados, não registrados no país, em falta no estoque ou em razão dos preços abusivos praticados pelos fabricantes (MARQUES; DALLARI, 2007).

O crescimento desta demanda pode ser observado em estudos como o de Machado (2011) demonstrando que, em 2005, o Governo Federal gastou diretamente R\$ 2,5 milhões com aquisição de medicamentos solicitados pela via judicial e foi citado como réu em 387 processos. Em 2007, o gasto passou para R\$ 15 milhões destinados ao atendimento de aproximadamente três mil ações. Em 2008, as despesas alcançaram R\$ 52 milhões. Outros estudos demonstram estes

gastos crescentes também por parte dos Estados e dos municípios, gerando uma preocupação por partes dos gestores da saúde (LEITE; MAFRA, 2010).

Portanto, a judicialização da saúde, e particularmente de medicamentos, tem se tornado de grande interesse atual, pois tem tomado grande volume de importância econômica e de gestão dos serviços públicos (LEITE; MAFRA, 2010). Além disso, vários e complexos são os fatores que levam a esse processo, destacando-se a grande demanda por medicamentos, altos custos de determinados fármacos, influência da indústria farmacêutica, gastos públicos insuficientes, falta de estudo e planejamento na aplicação de recursos em saúde (MARQUES; DALLARI, 2007).

Estudos como, por exemplo, os realizados por Campos Neto *et al.* (2012), Ventura *et al.* (2010), Diniz, Medeiros e Schwartz (2012), têm sido realizados abordando este tema, principalmente devido à sua complexidade e seus impactos sociais. Entretanto, a maioria deles aborda os aspectos legais do tema, princípios constitucionais em torno desta problemática, análises estatísticas das demanda judiciais e aspectos financeiros. A percepção do usuário quanto ao seu direito e o itinerário percorrido pelo mesmo até chegar à via judicial, e o acesso ou não ao medicamento, ainda é pouco estudada.

Neste contexto, a reconstrução do itinerário construído pelos usuários e suas percepções na tentativa de resolverem seus problemas de acesso a medicamentos, proposta deste trabalho, podem contribuir para compreensão do fenômeno da judicialização do ponto de vista destes, possibilitando intervenções posteriores no sentido de formular/implementar políticas públicas mais eficazes e organizar a demanda por via judicial.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os itinerários e percepções dos requerentes que pleitearam medicamentos por via judicial no município de Vitória da Conquista - BA nos anos de 2014 e 2015.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil dos entrevistados e das demandas judiciais de medicamentos nas determinações judiciais em locais e período supracitados;
- Analisar os pontos de acesso dentro e fora da rede do SUS percorridos pelos solicitantes em busca do(s) medicamento(s);
- Caracterizar os caminhos pela via judicial de acesso a medicamentos;
- Compreender os motivos que levaram os solicitantes a buscarem a via judicial;
- Analisar as percepções dos requerentes sobre o direito à saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Construção da Cidadania

Embora seja difícil estabelecer com precisão quando surgiu o conceito de cidadania, sabe-se que o termo está intrinsecamente ligado à vida em sociedade e seu conceito clássico está ligado à ideia de participação política. Os seus princípios foram formados ainda na antiguidade, em especial na *pólis* (antiga Cidade-Estado Grega), onde os homens livres exerciam seus direitos políticos. Neste contexto, Aristóteles definia como sendo cidadão todo aquele que tinha direito de contribuir para a formação do governo (REZENDE FILHO; CÂMARA NETO, 2001).

Este conceito estava longe de ter uma dimensão universal (que caracterizaria a Idade Moderna), uma vez que apenas $\frac{1}{4}$ da população adulta na Grécia enquadrava-se nos preceitos que os caracterizavam como cidadãos (COUTINHO, 1997). Além disso, a cidadania grega limitava-se ao que hoje conhecemos como direitos políticos. Os direitos civis, por exemplo, não estavam presentes neste conceito antigo de cidadania.

Embora houvesse redistribuição do poder no decorrer dos anos, com a aceitação do ingresso de estrangeiros e a abolição da escravidão por dívida, havia ainda critérios de distinção social, com a polarização do poder político. Um exemplo era a submissão da Assembleia eleita pelo povo a um conselho formado pela antiga aristocracia, na Grécia antiga (REZENDE FILHO; CÂMARA NETO, 2001).. Neste momento, o conceito de cidadania ainda estava restrito aos direitos políticos adquiridos pelo cidadão.

A Idade Média, com o surgimento do feudalismo, por sua vez, foi um período de profundas transformações sociais. O termo cidadania toma outras conotações, sendo relacionado à fidelidade e ligado, muitas vezes, a questões religiosas. Era uma sociedade diferenciada política e juridicamente, dividida em classes que detinham o poder e o conhecimento (nobreza e clero) e classe sujeita a estas (servos), que eram praticamente destituídos de direitos (ARENDDT, 2007).

Já no período da Baixa Idade Média, com o renascimento urbano e formação dos Estados Nacionais, começa a ressurgir o conceito clássico de cidadania, ligada à noção de aquisição de direitos políticos (REZENDE FILHO; CÂMARA NETO, 2001)..

No estado moderno, a ideia de cidadania continua ligada à obtenção de direitos. Contudo, ocorre uma ampliação do conceito e cidadão passa a ser não aquele que possui apenas direitos políticos, mas também civis e sociais. Direitos esses que são frutos de árduas lutas sociais (BRITO, 2011). Segundo Reis (1999), cidadania passa a estar ligada à noção de pertencimento a um estado-nação, além da ampliação de direitos nos três níveis distintos supracitados.

Neste novo contexto, o sociólogo britânico Marshall (1967) compreende a diferenciação entre os direitos civis, sociais e políticos como resultado da diferenciação institucional por que passa a sociedade. O fim do feudalismo e a ascensão da burguesia permitiram que diversos tipos de direitos pudessem ser definidos. Para Marshall, a separação entre as formas de direito é o caminho natural seguido pela sociedade. Ao realizar a clássica análise do caso inglês, o sociólogo definiu cronologicamente a constituição destes direitos dentro da sociedade, iniciando-se pelos direitos civis, seguido pelos direitos políticos, e, por fim, os direitos sociais.

Para Marshall, a cidadania é nacional por definição e ocorre em um processo de fusão e separação. A fusão é geográfica, uma vez que faz convergir os direitos universais em um mesmo território. A separação por sua vez diz respeito aos direitos (civis, políticos e sociais) que tem ritmos próprios em seu desenvolvimento. A separação pode ser notória quando se analisa o período formativo de cada direito, cada um em um século distinto: direitos civis no século XVIII, direitos políticos no século XIX e direitos sociais no século XX (SOUKI, 2006).

Embora a ordem cronológica traçada por Marshall não tenha se produzido igualmente em muitos países, como no Brasil, o estudo do sociólogo é de grande relevância na medida em que não apenas distingue as três dimensões da cidadania, mas também traz dimensões históricas, processuais, conceituais e práticas da cidadania na modernidade.

Nos Estados nacionais modernos, o século XIX foi marcado pelo surgimento dos direitos ditos de primeira geração (direitos civis e políticos) e, posteriormente (no século XX), uma nova ordem social se instala, uma vez que apenas a garantia formal da igualdade e liberdade não gerava frutos para toda a sociedade.

Segundo Sarlet (2002), esta nova ordem social apresenta uma estruturação dos direitos fundamentais não mais embasada no individualismo, mas sim no desprendimento de parte da individualidade em troca de garantias sociais. A

dimensão positiva é uma das principais características desta nova categoria de direitos, pois traz uma garantia da participação no bem-estar social. Passa a ser, então, garantidos ao cidadão serviços prestados pelo Estado, como saúde, educação, moradia, trabalho etc.

Esses direitos fundamentais de segunda geração (direitos sociais) tornam-se cada vez mais essenciais, tanto quanto os de primeira geração, estando profundamente relacionais aos direitos prestacionais sociais do Estado para com o cidadão. Segundo Machado (2009), esses direitos passam a incluir o rol de poderes da sociedade. O direito à saúde insere-se como um direito fundamental na medida em que exige do Estado uma ação positiva para que seja evidenciada sua garantia e efetividade. Portanto, compreender o direito à saúde como direito de cidadania vai além de uma discussão jurídica ou formal.

Segundo Carvalho (2002), existem duas diferenças básicas na construção da cidadania no Brasil em relação ao caso inglês descrito por Marshall: primeiro a ênfase do direito social em relação aos demais e, segundo, a sequência de aquisição desses direitos que, no caso do Brasil, se inicia pelos direitos sociais.

No caso do Brasil, o termo cidadania apresenta conotações diferentes nas constituições brasileiras, muitas vezes utilizado como sinônimo de nacionalidade. Os direitos concernentes à cidadania passam por diversas modificações, apresentando características diferenciadas para determinadas classes como estrangeiros, escravos, índios e libertos. As primeiras cartas constitucionais estendiam a todos os cidadãos brasileiros os direitos civis, mas limitavam o exercício dos direitos políticos (RI, 2010). Os períodos do Império e da República Velha não representaram grandes transformações para a cidadania, apesar de momentos marcantes como a abolição da escravatura em 1888. Esse foi um período marcado pela baixa participação da maioria da população nas decisões políticas.

Uma das principais dificuldades na construção da cidadania no Brasil está na carga histórica, em especial do período colonial, quando os portugueses construíram um país enorme dotado de uma unidade territorial, linguística, religiosa e cultural. Entretanto, havia deixado também uma população analfabeta, escravocrata, uma economia voltada para a monocultura e latifundiária, além de um Estado absolutista. Como Cremonese (2007) afirma, “foram 322 anos sem poder público, sem Estado, sem nação e cidadania”. A constituição de 1824, por exemplo, amplia os direitos políticos para uma população ainda marcada pelos anos de colonização e que

possui a característica de ser basicamente rural e analfabeta. Talvez por esse motivo, o fim do período colonial não tenha despertado o sentimento de pertencimento e de uma identidade nacional.

Portanto, no período colonial, assim como na República Velha (até 1930), grande parte da população ficou à margem dos direitos civis e políticos, e o sentimento de nacionalidade era bastante reduzido.

A revolução de 1930, por sua vez, trouxe mudanças significativas, estendendo o direito ao voto que se tornou universal a partir do Código Eleitoral de 1932 e da Constituição de 1934 (BRASIL, 1934). A criação do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio e a Consolidação das Leis do Trabalho, em 1943, também são um avanço do período. Porém, com o decreto do Estado Novo, esses direitos foram novamente restringidos, em especial os civis e políticos. No período da ditadura de Getúlio Vargas, o Estado começa a propagar a identidade de cidadão ligada ao homem trabalhador e, neste contexto, o trabalhador de carteira assinada. Neste período do primeiro governo de Vargas é disseminado o que pode ser conceituado como *cidadania regulada*, ou seja, expressava a não universalidade dos direitos (SANTOS, 1979). Não se tratava, portanto, de uma cidadania conquistada, mas sim outorgada pelo Estado. O paternalismo de Vargas nos momentos de manifestações populares e organizações sindicais fizeram nascer um sentimento de gratidão dos direitos sociais concedidos, representando para alguns atores um retrocesso na construção da cidadania (SOUKI, 2006).

Várias outras transformações sociais aconteceram até que se chegasse, em 1988, a uma nova Constituição Federal, conhecida como a *constituição cidadã*, que apresentou um forte caráter democrático. Foi um período de restituição de direitos políticos e sociais, mas não de forma igualitária, visto que muitos brasileiros até hoje não tem acesso a serviços básicos como saúde, educação, saneamento etc.

Embora se tenha passado mais de 500 anos do início da colonização portuguesa, percebe-se que a consolidação da cidadania ainda é um grande desafio para os brasileiros. Mesmo com a ampla discussão acerca do tema, dentro e fora das academias, ainda há muito a ser construído concretamente, visto que a não efetivação de quaisquer desses direitos impossibilita que indivíduo atinja a plena cidadania. Neste caso, a busca da efetivação do direito à saúde, objeto do nosso estudo, é de suma importância para a concretização da cidadania no Brasil.

3.2 SUS e Políticas de Medicamentos: Universalidade e integralidade

A constituição federal de 1988 trouxe consigo uma conquista histórica para a saúde, passando a mesma a ser considerada um direito fundamental. Mas durante a história do Brasil, o sistema de saúde passou por diversas transformações que acompanhavam as mudanças socioculturais, demográficas, econômicas e políticas.

No Brasil imperial, por exemplo, a organização sanitária, se assim podia ser chamada, não era capaz sequer de responder às endemias e assegurar atendimento aos doentes. Possuía uma estrutura confusa, rudimentar, pontual e centralizada. No início da República, as ações, ainda incipientes, se destinavam ao combate de endemias nos portos. Durante todo o Império e a República Velha, as ações de saúde eram vistas como um simples favor dispensado para a população (SILVA; BARROS; SANTOS, 2012).

Na era Vargas, a ideia disseminada da saúde, como veremos a seguir, é que a mesma se caracterizava como um direito trabalhista. Apenas os trabalhadores de carteira assinada tinham acesso aos serviços de saúde, deixando os demais à mercê das Santas Casas de Misericórdia, que prestavam um serviço filantrópico, na maioria das vezes sem muitos recursos para tal. Somente após a constituição de 88 é que a saúde passa a ser vista como um direito social, garantido constitucionalmente (ASENSI, 2012).

O direito à saúde recebeu uma atenção especial do constituinte ao ser tratado em capítulo próprio, muito provavelmente pela sua íntima relação com o direito à vida, que, por sua vez, está fortemente ligado à proteção da dignidade humana.

Moura (2013) afirma que o reconhecimento da saúde como direito fundamental social foi inovação da Constituição Federal de 1988, uma vez que as constituições anteriores não tratavam a saúde como um direito. Inexistiu em constituições anteriores a previsão de acesso aos serviços de saúde de forma universal e igualitária. As Constituições de 1824 e 1891 foram omissas no tocante ao direito à saúde. As Constituições Federais de 1934, 1937, 1946 e 1967, por sua vez, apenas delimitavam as competências legislativas dos entes federativos.

Neste ponto, é importante destacar que anteriormente à constituição de 1988, eram beneficiárias dos serviços de saúde apenas as pessoas que contribuía para o sistema previdenciário. Aos demais eram dispensadas pelo Estado apenas ações

de modo coletivo, como na prevenção de doenças endêmicas através das vacinas. Para os outros serviços médicos, as mesmas dependiam de instituições filantrópicas, como afirma Marques (2009):

...no Brasil a proteção jurídica à saúde de todos, independentemente de quaisquer requisitos como renda e inserção no mercado de trabalho, era inexistente. Os cidadãos não tinham direito de receber qualquer assistência médica ou sanitária do Estado, a menos que preenchessem os requisitos necessários (contribuintes da previdência social).

As últimas mudanças ocorridas no período da Nova República, como a queda do governo militar com uma nova conformação política do país, e a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), possibilitaram a construção de uma nova política de saúde e inclusões importantes na Constituição Federal (BRASIL, 1988).

A Constituição de 1988 traz consigo alterações relevantes no sistema de saúde brasileiro, garantindo a saúde como um direito universal e criando o Sistema Único de Saúde (SUS). Estas garantias apresentam-se dentro do Título VIII – Da Ordem Social, no Capítulo II – Da Seguridade Social, na Seção II – Da Saúde. O artigo 196 representa uma vitória para os movimentos sociais da época e para a sociedade, ao garantir a saúde como um “*direito de todos e dever do Estado...*” e que a mesma deve ser atendida de modo integral – artigo 198 (BRASIL, 1988). Este tópico da Constituição já demonstra a diferença do tratamento dispensado a esse direito (universalidade), diferenciando-o da previdência social, apenas contributivo.

Além de definir a saúde como um direito social, o constituinte ainda define uma política pública a ser implementada pelos poderes públicos para a consolidação do acesso da população a este bem jurídico, a saber, o Sistema Único de Saúde (SUS). É, portanto, através do SUS que o poder público brasileiro deve cumprir sua missão constitucional de promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos.

A Carta Magna estabelece, em seu art.198, como diretrizes do SUS: 1. a descentralização, com direção única em cada esfera; 2. o atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e 3. a participação da comunidade.

Embora o princípio da universalidade não esteja expresso no dispositivo constitucional, este pode ser facilmente extraído a partir do art. 196, que prevê o acesso universal aos serviços de saúde (MOURA, 2013).

A criação do SUS passa a ser efetiva com a criação das leis orgânicas da saúde, Lei 8080/90 e a Lei 8142/90, que foram aprovadas somente dois anos após a Constituição Federal (BRASIL, 2003). A Lei 8080/90 define o SUS como um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”. Estas ações e serviços devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição, dentre os quais vale destacar: universalidade de acesso; integralidade da assistência; igualdade da assistência à saúde; descentralização e participação da comunidade (BRASIL, 1990). A lei orgânica da saúde define ainda as responsabilidades de cada ente federativo nas ações de saúde. Já a participação da comunidade na gestão do SUS foi garantida através da Lei 8142/90, através da criação dos conselhos e das conferências de saúde, que se apresentam como espaços importantes da consolidação da cidadania.

No campo de atuação do SUS estão envolvidas ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Neste contexto, o Estado vem desenvolvendo diversas políticas de medicamentos voltadas para o acesso, uso racional, financiamento, etc. A Assistência Farmacêutica no SUS ganhou importância após a instituição da Política Nacional de Medicamentos (PNM), a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (2003) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004). A PNM aprovada e publicada em 1998 através da portaria GM 3916/98 é parte integrante da Política Nacional de Saúde e prevê “ações capazes de promover melhoria das condições da assistência à saúde da população”, tendo como propósito precípua a garantia da “segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”. Tem como base os mesmos princípios e diretrizes que regem o SUS integrando esforços voltados para a consolidação do sistema de saúde (BRASIL, 1998).

Dentre as diretrizes propostas na PNM estão a adoção da relação de medicamentos essenciais; regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos;

desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade de medicamentos e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998).

Em 2004 é aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), através da Resolução 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde, que também é parte integrante da Política Nacional de Saúde, e envolve “um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como seu insumo essencial (...)”. A proposta é que esta política seja norteadora para outras políticas como de medicamentos, formação de recursos humanos, etc. (BRASIL, 2004).

Todas essas políticas, e em especial aquelas relacionadas ao acesso a medicamentos, tem como objetivo principal a promoção do acesso integral e universal a estes insumos. Contudo, a integralidade das ações, assim como preconiza o art. 6º da Lei 8080, tem sido amplamente discutida, em especial após a crescente demanda de ações judiciais na aquisição de bens e serviços de saúde.

Por sua vez, o princípio da integralidade pressupõe que a prestação do serviço de saúde seja feita para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, através de ações preventivas e curativas, de modo individual e coletivo, como define a Lei Orgânica da Saúde, em seu art. 7º (BRASIL, 1990). No Brasil as discussões sobre integralidade ganham vulto a partir do movimento denominado reforma sanitária, o que resultou em sua incorporação como princípio do sistema de saúde. O objetivo das lutas travadas pelo movimento iniciado na década de 70, num período de redemocratização do país, era a criação de um sistema nacional de saúde inclusivo, universal, integral, que se opusesse ao modelo até então hegemônico no Brasil, a saber, um modelo hospitalocêntrico e excludente.

O sentido que o termo integralidade pode assumir é bastante amplo. Embora exista um núcleo comum à maioria das definições, elas assumem diferenças importantes a depender da concepção que diferentes autores têm sobre o tema. Por isso, antes de discutirmos a integralidade nas ações do SUS, tentaremos trazer os principais sentidos que este termo pode trazer. Resumindo ideias de alguns autores podemos definir integralidade a partir das concepções abaixo listadas:

1. Integralidade como contraposição ao modelo flexneriano, biologicista, mecanicista, de atenção ao paciente. Integralidade aqui vem no sentido de uma prática profissional que tende a ver o indivíduo como

um todo e não fragmentado e com atenção voltada apenas ao biológico, mas também com uma abordagem psíquica e social. Essa concepção passa a ser denominada como medicina integral, ou seja, uma abordagem biopsicossocial do indivíduo, opondo-se a uma medicina fragmentária, que privilegiava as especialidades médicas.

2. Integralidade como forma de acesso aos serviços de saúde. Aqui a concepção de integralidade visa à garantia da continuidade de atenção do indivíduo ou do coletivo nos diversos níveis de complexidade do sistema (MATTOS, 2001).

3. Integralidade no contexto de criação de políticas e programas tendo com foco grupos específicos da população, a exemplo do Programa de Assistência integral à Saúde da Mulher (MATTOS, 2004).

4. Integralidade como forma de organização dos serviços prevendo a integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (CECÍLIO, 2001; PAIM, 2002).

5. Integralidade como elemento articulador e orientador de diferentes políticas públicas, de diversos setores (MENDES, 1993).

Para Kehrig (2001), as diversas concepções de integralidade são complementares e não devem diminuir a concepção de cuidado curativo individual. Portanto, as ações que propõem a integralidade devem atuar sobre os diversos momentos do processo de saúde e doença, tanto de modo individual quanto coletivo. Devem ser consideradas todas as dimensões do termo para o desenvolvimento de políticas e ações voltadas aos mais diversos problemas de saúde da população.

As diversas compreensões do termo têm gerado calorosas discussões, principalmente, após o crescimento das demandas judiciais em saúde. Para autores como Santos (2008), Santos (2010a) e Wheichert (2010), a assistência integral só deve ser garantida para aqueles usuários que são atendidos integralmente pelo SUS. Neste sentido, aqueles que optaram pela assistência privada não poderiam pleitear complementação da assistência na esfera pública. Wheichert afirma que os princípios da universalidade e da integralidade não investem o indivíduo do direito de, ao escolher a utilização dos serviços privados, receberem insumos ou prestações específicas do SUS. Afirma ainda que esta conclusão não infringe o

princípio da universalidade, pois ninguém está sendo excluído do direto acesso ao SUS. Para ele o que se delimita nesta interpretação é a quem se aplica o conceito da integralidade.

Talvez este seja um dos pontos a serem discutidos visto que outros autores e pensadores sobre o tema também comungam da mesma ideia. O que se pode perceber, de modo geral, na interpretação citada no parágrafo anterior é que existe uma exclusão (embora o autor afirme que não) daqueles que, de algum modo, podem pagar por um atendimento privado ou plano de saúde. Partindo da interpretação desses autores, um cidadão que buscasse um atendimento com um especialista, por exemplo, em um serviço particular, e para o qual fosse prescrito determinado medicamento, não poderia requerer o seu tratamento através do serviço público. Ou, ainda, se fosse constatado em um atendimento privado que o paciente necessitasse de um procedimento cirúrgico, o mesmo não poderia pleiteá-lo pelo SUS. Neste ponto teriam direito à atenção através do SUS apenas aqueles que não tivessem condições de arcar com um serviço privado (ressaltando que este adendo não está previsto no texto constitucional).

Deparamo-nos aqui com a ideia de uma integralidade sem universalidade, onde teriam direito ao atendimento integral apenas aqueles que se enquadrassem em critérios pré-definidos, ressaltando mais uma vez que estes pré-requisitos não estão definidos nas leis que regem o SUS, pelo contrário, as mesmas definem “saúde é um direito de todos” e que todos tem direito a um acesso universal e igualitário, independente de o cidadão, em algum momento, ser atendido pelo sistema privado, sendo, portanto, tal diferenciação inconstitucional.

Diferente do que os autores parecem sugerir, a escolha pelo atendimento privado não se mostra como uma escolha, mas como a única ou melhor opção para atendimento às necessidades de saúde do indivíduo em determinados momentos, diante das faltas observadas nos serviços públicos. Sendo assim, ao buscar o serviço privado o cidadão não está dizendo que não necessita, que não deseja ser atendido pelo serviço público, mas apenas que, naquele ponto, naquele momento, o SUS foi incapaz de atender à sua necessidade.

Em outra interpretação da integralidade dentro do SUS, que também merece debate, Pavani e Barreto Júnior (2013) afirmam que este princípio não pode ser entendido com totalidade, como “todo e qualquer insumo”, como “todo e qualquer medicamento”. O conceito de integralidade da assistência como sinônimo de

totalidade para os autores é absolutamente inviável. Para eles a integralidade é um termo polissêmico, e em seu conceito mais amplo deve ser pensado como na integralidade do sistema em si, que agrega ações, atividades e políticas de promoção à saúde, prevenção de doenças, de terapêutica de doenças e de cuidados paliativos.

Retornando aqui ao pensamento de Kehrig supracitado, e contraponto, em parte, ao defendido por Pavani e Barreto Júnior, reduzir o termo integralidade a apenas uma concepção pode ser perigoso e excludente, além de divergir em alguns aspectos das discussões iniciais que possibilitaram a inclusão da integralidade como princípio ordenador do SUS. Outro ponto que devemos nos atentar é que o termo não deve ser ajustado à medida que o sistema possa ou não oferecer determinados serviços ou insumos à população. Ao contrário disso, o sistema deve adequar-se, através de políticas e programas cada vez mais inclusivos, às reais necessidades da população, e os recursos devem ser incorporados à medida que essas necessidades surjam. Certamente num sistema dessa dimensão, e escasso de recursos, existem e existirão muitos “nãos”, porém, para cada “não” (e este baseado em evidências científicas), deve-se possibilitar a inclusão em algum ponto do sistema para que as necessidades do indivíduo ou do coletivo sejam atendidas.

Agora, mais especificamente no campo da assistência farmacêutica, um decreto que merece discussão é o de nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, 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. Em seu art. 28, o decreto estabelece que o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

Analisando por partes este decreto, podemos inferir algumas considerações importantes. No inciso I fica estabelecido que só tem direito de acesso ao tratamento farmacológico o usuário que estiver sendo assistido pelo SUS e, no inciso II, que

tenha o tratamento sido prescrito por médico do sistema público. Esses dois parágrafos criam uma ressalva para o acesso que não está presente na Constituição Federal e deveria ser tida com ilegal. Como afirma Moura (2013), “não cabe a nenhuma norma restringir a extensão desse direito fundamental que foi caracterizado na Constituição Federal”.

Esses dois primeiros incisos podem, ainda, criar um aumento na demanda já elevada para determinados atendimentos dentro do SUS. Isso porque se, para ter acesso ao tratamento, os usuários precisam passar por profissionais do sistema público para ter acesso ao tratamento, muitos poderão abrir mão do atendimento privado, para terem suas necessidades finais atendidas. Neste caso, o SUS será capaz de atender ao menos parte da demanda hoje absorvida pelos serviços privados e planos de saúde?

Segundo pesquisa realizada por Zirolto, Gimenes e Castelo Júnior (2013), os gastos somente dos planos de saúde com seus beneficiários foi, aproximadamente, de R\$ 52 bilhões de reais, em 2007, enquanto, no mesmo ano, o Ministério da Saúde gastou, aproximadamente, R\$ 48 bilhões de reais. Visivelmente o Estado não teria condições de atender a toda a demanda que hoje é absorvida pela saúde suplementar.

O inciso III, por sua vez, traz outra imposição preocupante. O cidadão só tem direito aos medicamentos presentes em listas oficiais, protocolos e diretrizes governamentais. Aqui, observa-se um retrocesso para a formação da saúde como um direito social, na interpretação de alguns autores (MOURA, 2013; MENDES; MARQUES, 2009; PUCCINO; CECÍLIO, 2004), pois a população passa a se deparar com uma conquista fracionada desse direito, levando ao risco de obtenção de uma universalidade isenta de integralidade, ou seja, o cidadão tem o direito de ser assistido pelo sistema, mas o mesmo só terá acesso ao que estiver previsto em listas, protocolos e diretrizes. E quando, por algum motivo (reação adversa grave, ineficácia do tratamento), o tratamento previsto não atender às necessidades do indivíduo? Neste caso, o mesmo deverá arcar com outro tratamento com recursos próprios? Nesta hipótese certamente teríamos um descumprimento ao princípio da integralidade, uma vez que o SUS estaria deixando de atender a uma real necessidade de saúde do indivíduo. Além disso, o princípio da universalidade deixaria de ser atendido, pois o indivíduo que não tem o seu tratamento previsto no SUS estaria excluído do mesmo.

Portanto, reduzir a oferta pública de medicamentos àquelas selecionadas pelo gestor da saúde representa um retrocesso em relação à garantia ampla dos direitos fundamentais. Neste ponto, é importante ressaltar que muitas necessidades de saúde da população (neste caso, medicamentos) não estão contempladas nas listas oficiais, nem nos protocolos e diretrizes, além de poder apresentar falhas e demora na atualização. Isso se torna ainda mais evidente no caso de doenças raras, ou seja, aqueles eventos patológicos de baixa ou rara ocorrência na população. Muitas dessas doenças não são previstas em protocolos e seus tratamentos geralmente são de alto custo (AITH *et al.*, 2014).

Para Marques (2009), negar o princípio da integralidade e associá-lo a uma política pública é deixar os cidadãos a mercê dos administradores públicos. A autora afirma, ainda, que, embora os gestores mereçam todo respeito em sua escolha discricionária de oferta coletiva de medicamentos, esse direito deve ir além dessas políticas, uma vez que os mesmos podem negligenciar o atendimento individual que seja capaz de minimizar o sofrimento ou salvar uma vida.

Portanto, o direito do indivíduo não pode e não deve limitar-se apenas ao que está previsto, mas deve ser feito de modo amplo seguindo, sim, protocolos, diretrizes e listas oficiais, sem, contudo, restringir-se aos mesmos. Estes devem funcionar como forma de organizar o sistema e não como forma de excluir o acesso do cidadão ao atendimento integral.

Certamente a adoção de critérios para inclusão de novas tecnologias no campo da saúde é de fundamental importância diante da imensidão de recursos tecnológicos hoje disponíveis. Contudo esta é uma tarefa complexa, pois definir o que deve ou não ser colocado à disposição da população é de difícil precisão, ressaltando mais uma vez que esse é um meio de organizar o sistema e racionalizar recursos e nunca deve ser feito de modo a excluir o indivíduo.

Portanto, a partir da análise das reflexões supracitadas percebe-se que o SUS se depara com um grande desafio: conciliar a limitação de recursos disponíveis para ações de saúde com a implantação de um sistema que atenda, na prática, aos princípios da universalidade e integralidade.

3.3 Judicialização de medicamentos e o direito social à saúde

Para TORRES (2009), um dos ganhos obtidos com a Constituição de 1988 é o reconhecimento de direitos sem os quais a dignidade humana inexiste, fazendo referência ao mínimo existencial (direito às condições mínimas de existência humana digna que não pode ser objeto de intervenção do Estado e que ainda exige prestações estatais positivas).

Indiscutivelmente, a promulgação da carta constitucional foi uma grande conquista para os brasileiros, entretanto, não assegura a efetividade dos direitos e deveres constituídos (L'ABBATE, 2010). A saúde, dentre os direitos constitucionais, é um dos que apresenta maior importância constitucional, visto que o indivíduo não pode gozar plenamente dos demais direitos se não dispor de condições mentais e físicas mínimas (PAULA, 2012).

Diferente dos demais direitos, os sociais, devido ao seu caráter prestacional, estão diretamente ligados e dependentes de políticas públicas criadas e implementadas pela administração pública. Contudo, em um Estado em via de desenvolvimento, essas políticas públicas frequentemente apresentam distorções por falta de recurso ou problemas de gestão.

Neste contexto, a garantia do direito (CF 88) juntamente com a ampliação do acesso à justiça e aliado ainda à lentidão do processo de efetivação dos direitos fundamentais (e neste trabalho destacamos o direito à saúde) deu azo ao fenômeno da judicialização dos direitos sociais ou, mais especificamente, judicialização da saúde, que representa uma intervenção do Poder Judiciário na política pública.

Embora essa intervenção do judiciário seja questionável, especialmente no que diz respeito ao princípio da separação dos poderes, para alguns autores a implementação de políticas públicas por determinação judicial não representa invasão de poderes nem ofensa constitucional (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2010). Segundo estes, “a intervenção é realizada de acordo com o caso concreto e lastreada na dignidade da pessoa humana, ou seja, na necessidade de preservação do núcleo essencial dos direitos fundamentais”.

Cabe ressaltar aqui que a CF estabelece em seu art. 5º, inciso XXXV que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”. Portanto, se por um lado o excesso da judicialização é condenável, sua atuação

positiva, desde que criteriosa, representa um avanço na efetivação dos direitos fundamentais.

No Brasil, este processo de judicialização se intensificou a partir da década de 90 e estava ligado a mobilizações sociais pelo acesso gratuito aos anti-retrovirais, para tratamento do HIV/AIDS. A sensibilização de diversos setores da sociedade como ativistas, políticos, acadêmicos, mídia e órgãos governamentais e não-governamentais fizeram com que esta luta tivesse grande repercussão. Além disso, o fato de a AIDS não estar restrita às classes sociais de menor poder aquisitivo fez com que esta mobilização social fosse mais intensa (MEINERS, 2008; LOYOLA, 2008).

Portanto, a partir da década de 90, observa-se uma progressiva judicialização do direito à saúde, com um aumento de ações judiciais que buscam o deferimento do fornecimento de medicamentos, exames, procedimentos, dentre outros. A partir de então tem ocorrido uma intensificação do protagonismo do judiciário com uma presença deste poder cada vez mais frequente no cotidiano da gestão da saúde.

No Brasil, os gastos com medicamentos por ordem judicial passou de R\$ 2,5 milhões em 2005 para aproximadamente R\$ 266 milhões em 2011, segundo dados da Advocacia Geral da União e do Ministério da Saúde (2012). Embora o número de ações tenha decrescido entre os anos de 2007 e 2009, de 2979 para 1780, não se pode dizer o mesmo em relação aos valores pagos, que passaram de R\$ 15 milhões para R\$ 83 milhões, respectivamente. Só a secretaria municipal de saúde de São Paulo gastou, no ano de 2011, um valor superior a R\$ 8 milhões, dos quais, mais de R\$ 7 milhões foram com medicamentos (WANG *et al.*, 2014).

Outros estudos revelam as cifras com ações judiciais de medicamentos em diversos municípios e estados brasileiros:

- Chieffi e Barata (2010) - R\$ 65 milhões de reais com demandas judiciais de medicamentos em 2006 no estado de São Paulo.
- Menicucci e Machado (2010) – R\$ 1,7 milhão de reais no município de Belo Horizonte.
- Pereira *et al.* (2010) – R\$ 93,5 milhões de reais em 2003 e 2004 no estado de Santa Catarina.
- Rosein (2010) - R\$ 151 milhões de reais em 2005 e R\$ 460 milhões de reais 2008, também no estado de Santa Catarina.

Além disso, os autores têm apontado para gastos cada vez maiores com essas demandas o que poderia representar um risco para a consolidação da saúde pública.

Contudo, embora os custos com ações judiciais tenham grande relevância diante dos escassos recursos disponibilizados para a saúde, as discussões vão muito além dessa questão. Por isso este cenário tem sido campo de diversas críticas e discussões ao longo dos anos. Tentaremos aqui abordar alguns dos principais pontos apresentados nos debates sobre o tema, sem, contudo, ter a pretensão de esgotar o assunto.

Princípio constitucional da separação dos poderes

O primeiro ponto que discutiremos diz respeito ao princípio da separação dos poderes que foi sucintamente abordado acima. Este princípio, assim como os demais estruturantes do Estado de direito, apresenta-se como mecanismo de contenção do totalitarismo e também é imprescindível para moderação do poder.

O primeiro esboço para elaboração desse princípio foi realizado por Aristóteles (século III a.C.) em sua obra “A Política”. John Locke, filósofo inglês (1632-1704), por sua vez, concebeu o Poder Legislativo como sendo superior aos demais (Executivo e Federativo). Contudo, é atribuída a Montesquieu (1689-1755) a consagração da tripartição dos poderes. O filósofo francês inclui o Poder judiciário entre os poderes fundamentais para formação do Estado.

Mais tarde, durante a construção da constituição norte-americana foi introduzido um mecanismo de controle mútuo entre os poderes, uma vez que apenas a separação dos poderes não era suficiente para controlar o legislativo. Este sistema ficou conhecido como *checks and balances*, e tinha como objetivo fornecer um equilíbrio entre órgãos mutuamente independentes (SCHWARTZ, 1995).

Para Couceiro (2011) os poderes executivo, Legislativo e Judiciário possuem atribuições próprias, que são aquelas específicas e determinadas a cada esfera de poder, a quem cabe exercê-las com exclusividade. Também possui atribuições constitucionalmente instituídas, que legitimam um determinado poder a exercer as funções próprias a outra esfera de poder.

Com base na premissa da separação dos poderes e do princípio da reserva parlamentar em matéria orçamentária cabe apenas ao legislador democraticamente legitimado as competências para decisão sobre a afetação de recursos, não cabendo, portanto uma intervenção do Judiciário (GUSTAVO, 2001).

Embora a atuação do judiciário ao determinar que o executivo forneça procedimento ou medicamento possa parecer uma afronta ao princípio da separação dos poderes, a partir da análise do sistema de *checks and balances* é cabível ao Judiciário controlar os abusos (por ação ou omissão) dos demais poderes no exercício de suas competências (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2010). Portanto, o não fornecimento de um bem para a saúde configura-se como um descumprimento do direito à saúde e, conseqüentemente, do direito à vida por parte do executivo, cabendo aí uma intervenção do judiciário em prol da efetivação dessa assistência. Vale ressaltar aqui que a intervenção do judiciário não se faz no sentido de promover a criação de uma política pública, mas sim com o objetivo de promover uma implementação de políticas já existentes de forma que sejam atendidos os direitos fundamentais.

Portanto, o uso deste argumento para inviabilizar ou tentar frear o Judiciário no que diz respeito à concessão de bens e serviços em saúde ao cidadão não é válido, visto que o mesmo está atuando diante de infrações a princípios constitucionais, e se não o fizesse o cidadão certamente não teria a quem recorrer.

Para Sant'ana *et al.* (2011), questionar a legitimidade dos cidadãos buscarem o judiciário, em caso de omissão estatal ou resposta inadequada às suas necessidades, é não legitimar os avanços pelo sistema jurídico brasileiro no processo de redemocratização.

Princípio da reserva do possível

Em termos gerais o princípio da reserva do possível limita a atuação do Estado, no que diz respeito à efetivação de determinados direitos fundamentais, à existência de recursos para execução de ações (BARCELLOS, 2011).

Esta expressão é um conceito da doutrina alemã e foi utilizada pela primeira vez em 1972, em razão do exaurimento de vagas para o curso de medicina naquele país. Ao ser questionado sobre as restrições de acesso superior que ia de encontro ao artigo 12 da Lei fundamental alemã, que trata da liberdade profissional, o Tribunal

Constitucional Federal Alemão entendeu ser possível restringir o acesso aos cursos de medicina uma vez que este direito encontra-se sob a reserva do possível, ou seja, não é possível conceder aos indivíduos, pois há pleitos cuja exigência não é razoável (TORRES, 2009).

Essa teoria passa então a ser difundida e utilizada em diversos países como justificativa para a existência de limitações à efetivação dos direitos sociais. No Brasil, o termo passou a ser usado para expressar a disponibilidade ou não de recursos, sendo também referido como reserva do financeiramente possível. Para Barcellos (2011, p. 276), “a expressão reserva do possível procura identificar o fenômeno econômico da limitação dos recursos disponíveis diante das necessidades quase sempre infinitas a serem por eles supridas”.

Diante do fenômeno da judicialização da saúde, muitas vezes este princípio tem sido invocado pelos gestores da saúde para justificar a impossibilidade de fornecimento de um medicamento ou procedimento. Para estes, a disponibilização de recursos para atendimento a demandas judiciais acarretaria em sérios danos para a saúde pública, devido às limitações orçamentárias do Estado (AMARAL, 2001).

Contudo, a limitação orçamentária não deve ser pré-requisito para o não atendimento a um direito social. Essa interpretação errônea acaba por limitar o direito e retroceder em conquistas derivadas de intensas lutas. Se os recursos e modo de organização estabelecidos para os componentes da Assistência Farmacêutica nas portarias de nº 1554 e 1555 de 30 de julho de 2013 (portarias que tratam sobre o financiamento da assistência farmacêutica, dentre outras providências) são insuficientes para atender as demandas da população, os mesmos dever ser readequados. Além disso, devemos atentar também para a má aplicação e gestão desses recursos. Trabalhos como o de Bruns, Luzia e Oliveira (2014) demonstram diversos problemas de gestão de recursos e de serviços farmacêuticos em municípios paraibanos. Outro trabalho realizado por Antunes e Feijão (2013), ao analisar a utilização de recursos federais do Ministério da Saúde transferidos aos municípios brasileiros no ano de 2012, demonstra a utilização indevida de mais de R\$ 70 milhões de reais pelos gestores municipais, ressaltando que apenas parte do valor total de aproximadamente R\$ 5 bilhões transferidos é auditada (podendo, portanto, este número ser muito maior). Isso certamente reflete na baixa qualidade dos serviços prestados em muitos municípios.

Portanto, para além do argumento de que os recursos são insuficientes, deve-se atentar para a forma com que esses recursos estão sendo aplicados. Certamente o desvio de recursos da assistência farmacêutica para outros fins e a falta de preocupação com os serviços farmacêuticos prestados irão levar a uma demanda cada vez mais crescente de demandas judiciais nesta área.

Neste mesmo raciocínio alguns autores divergem quanto à utilização deste princípio, citando aqui Krells (2002) afirmando que “(...) o princípio da reserva do possível consiste em uma falácia, decorrente de um Direito Constitucional comparado equivocadamente, na medida em que a situação social brasileira não pode ser comparada àquela dos países membros da União Europeia”. Para Nunes Júnior (2009, p. 173), “as condições jurídico-positivas nas quais a teoria nasceu não se reproduzem no Brasil”. O autor ainda ressalta que a reserva do possível surge como um limite contingente à realização de direitos sociais, na medida em que “advoga que a concretização dos direitos fundamentais sociais ficaria condicionada ao montante de recursos previstos nos orçamentos das respectivas entidades públicas para tal finalidade”.

Para esses autores existe um “mínimo existencial” a ser atendido, baseado no princípio da dignidade humana, que afirma que todo ser humano tem direito a um mínimo existencial, entre os quais está o direito à saúde. Portanto, a falta de recursos não poderia afetar a realização desse mínimo.

Nesta mesma lógica podemos destacar o raciocínio de Souza (2013):

A restrição de direitos fundamentais sociais somente se justifica quando não viola o Mínimo Existencial, ou seja, o núcleo essencial destes direitos. Mesmo existindo a limitação orçamentária do Estado, não cabe à Administração, por meio do poder discricionário, fazer escolhas no tocante a concretizar ou não o mínimo existencial de determinado direito fundamental, uma vez que estes são considerados pilares da existência humana digna, razão pela qual não podem ser olvidados.

Krell (2002) afirma que se os recursos não são suficientes para atender determinada demanda que compõe o mínimo existencial, os mesmos devem ser alocados de outras áreas que não estão intimamente relacionados com os direitos mais essenciais do homem, como a vida e a saúde. Neste aspecto é importante destacar a manifestação de Sarlet (2007, p. 13):

Sempre onde nos encontramos diante da prestação de cunho emergencial, cujo indeferimento acarretaria o comprometimento irreversível ou mesmo o sacrifício de outros bens essenciais, notadamente – em se cuidando da saúde -, da própria vida, integridade física e dignidade da pessoa humana, haveremos de reconhecer um direito subjetivo do particular à prestação reclamada em juízo. Tal argumento cresce em relevância em se tendo em conta que a nossa ordem constitucional (acertadamente, diga-se de passagem) veda expressamente a pena de morte, a tortura e a imposição de penas desumanas e degradantes mesmo aos condenados por crime hediondo, razão pela qual não se poderá sustentar - pena de ofensa aos mais elementares requisitos da razoabilidade e do próprio senso de justiça - que, com base numa alegada (e mesmo comprovada) insuficiência de recursos – se acabe virtualmente condenando à morte a pessoa cujo único crime foi o de ser vítima de um dano à saúde e não ter condições de arcar com o custo do tratamento.

Portanto, a ponderação de interesses é sem sombra de dúvidas o caminho para se aferir o grau de imprescindibilidade da concessão da tutela pelo Poder Judiciário. Para tanto, o mesmo deve ser feito no caso concreto, e para aqueles casos em que fique comprovada a urgência da medida jurídica, o argumento da reserva do possível deverá ceder para que a saúde e a integralidade do cidadão sejam preservadas (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2008).

Princípio da Isonomia ou da Igualdade

O princípio da isonomia representa um símbolo da democracia e está expresso na CF ao declarar no seu art. 5º que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”.

Quando se trata da saúde, a CF também prevê esse princípio em seu art. 196 quando define que é garantido o acesso universal e **igualitário** às ações e serviços para promoção proteção e recuperação da saúde.

Analisando historicamente a igualdade, podem-se identificar três fases: a primeira quando a desigualdade predomina, onde a lei representava privilégios para as classes dominantes; a segunda, quando todos passam a ser iguais perante a lei, devendo a mesma ser aplicada indistintamente aos integrantes da mesma classe social; e a terceira, e aqui considerada como a verdadeira igualdade, consiste em

tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida da desigualdade (SANTOS, 2010b).

Este último conceito refere-se mais especificamente à equidade, podendo este ser considerada uma ampliação do conceito de igualdade, reconhecendo que os indivíduos são diferentes entre si, merecendo, portanto, um tratamento diferenciado, de modo a eliminar ou reduzir as desigualdades existentes (BRASIL, 2004a). A desigualdade de tratamento corresponderia, em determinados casos, a um reconhecimento da desigualdade de situação. Neste contexto, a equidade implica no reconhecimento das diferenças e no tratamento dessas diferenças de forma distinta (BOBBIO, 2000).

Para Perlingeiro (2012) quando o Judiciário confere a uma minoria que detém o acesso à justiça, o direito ao recebimento de determinado medicamento ou tratamento à saúde, estaria infringindo o princípio da isonomia, uma vez que os demais estariam aguardando a implementação dos mesmos pedidos administrativamente. Neste ponto o Judiciário estaria estabelecendo novas normas administrativas, ferindo também o princípio da independência dos poderes.

Porém, esta também parece uma interpretação equivocada. Primeiro porque o Judiciário tem por dever atender a uma demanda onde observa-se claramente que está sendo infringido um direito fundamental, não podendo, portanto, falar aqui sobre infração ao princípio da separação dos poderes (discussão esta realizada em capítulo anterior). Segundo, para muitas das solicitações negadas pelos gestores não há se quer uma previsão de possibilidade de inclusão de determinado tratamento ou serviço, não podendo, portanto dizer que haveria um privilégio para alguns que buscam a justiça enquanto outros aguardam a implantação de medidas que atendam à suas necessidades.

Argumentar que o judiciário, ao determinar que se forneça um medicamento a um indivíduo e não a outros que não buscaram tal via, estaria infringindo ao princípio da isonomia é ter uma visão minimalista da questão. Isso porque, se partimos da hipótese que o judiciário pare de acolher estas demandas em nome da isonomia, certamente estaríamos criando uma massa de cidadãos isonomicamente excluídos. Além disso, o judiciário não pode partir do pressuposto de que existem outros cidadãos que apresentam a mesma demanda e não estão sendo atendidos, e sim do caso concreto que lhe é apresentado.

Portanto, a atuação do Judiciário vem no sentido de assumir o papel de efetivador do direito à saúde diante de determinadas situações na qual o cidadão vê o seu direito ser restringido. Não se pode, portanto, conceber que a judicialização fere ao princípio da isonomia, pelo contrário, é um meio de consolidação de princípios fundamentais resguardados e consagrados pela constituição.

Por isso, se para alguns autores, o excesso da judicialização pode prejudicar o exercício da cidadania, estimular uma cultura paternalista e favorecer o individualismo, para outros a atuação positiva do Judiciário, desde que criteriosa, representa um avanço real no que diz respeito à efetivação dos direitos fundamentais (VALLE; CAMARGO, 2010).

Em busca de soluções

Diante do número crescente de ações judiciais e dos debates fervorosos a respeito do tema, em 2009 o então presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), Ministro Gilmar Ferreira Mendes, convocou uma audiência pública para ouvir o depoimento de pessoas com experiência e autoridade em matéria do SUS, objetivando esclarecer questões técnicas, científicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas relativas às ações de prestação da saúde.

Foram discutidos entre outros pontos:

- a) Responsabilidade dos entes da federação em matéria de direito à saúde;
- b) Obrigação do Estado de fornecer prestação de saúde prescrita por médico não pertencente ao quadro do SUS ou sem que o pedido tenha sido feito previamente à Administração Pública;
- c) Obrigação do Estado de custear prestações de saúde não abrangidas pelas políticas públicas existentes;
- d) Obrigação do Estado de disponibilizar medicamentos ou tratamentos experimentais não registrados na ANVISA ou não aconselhados pelos Protocolos Clínicos do SUS;
- e) Obrigação do Estado de fornecer medicamento não licitado e não previsto nas listas do SUS;
- f) Fraudes ao Sistema Único de Saúde.

Como resultado da audiência, o Presidente do Conselho Nacional de Saúde recomendou (Recomendação n 31, de 30 de março de 2010), aos tribunais de

Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais, que orientem aos seus magistrados: 1) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata; 2) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei; 3) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência; 4) verifiquem, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento; 5) determinem, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas.

Além disso, recomenda (Recomendação n 31, de 30 de março de 2010) aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais que: 1) até dezembro de 2010 celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais; 2) incluam a legislação relativa ao direito sanitário como matéria individualizada no programa de direito administrativo dos respectivos concursos para ingresso na carreira da magistratura, de acordo com a relação mínima de disciplinas estabelecida pela Resolução 75/2009 do Conselho Nacional de Justiça; 3) promovam, para fins de conhecimento prático de funcionamento, visitas dos magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS, dispensários de medicamentos e a hospitais habilitados em Oncologia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON.

Em relação à assistência técnica para tomada de decisões, uma das formas encontradas foi a criação dos Núcleos de Assessoria Técnica (NAT) que têm como objetivo oferecer consultoria técnica aos magistrados para apoiá-los em suas decisões, fazendo uso de evidências científicas para tal. Podemos encontrar hoje a

presença desses núcleos em diversos Estados como Bahia, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo, dentre outros (GOMES *et al*, 2009).

Outro ponto de igual importância para a mitigação do problema é o estabelecimento de um diálogo permanente entre o Judiciário e o Executivo. Neste contexto, já existem diretrizes para o trabalho dos magistrados que recomendam que os gestores sejam chamados para esclarecer suas decisões, principalmente quando há recusa na ação judicial. Este ponto representa grande avanço para a matéria em questão (CNJ, 2015).

Portanto, dada a repercussão do tema e as implicações sociais do mesmo, tem-se observado avanços significativos no que diz respeito à judicialização da saúde no Brasil. Esses avanços são de suma importância para que se alcance, na prática, o direito à saúde tão bem respaldado em nossa Carta Magna.

Judicialização e a Indústria farmacêutica: atenção especial

A indústria farmacêutica no Brasil iniciou seu desenvolvimento a partir de 1890 e, desde então, pode-se observar avanços notáveis neste segmento, desde a fabricação de vacinas para controle de endemias até a produção de medicamentos para as mais diversas patologias. Contudo, o consumismo é a filosofia e prática do modelo econômico capitalista, e este modelo também está presente no setor farmacêutico (BARROS, 1983). O consumismo se torna cada vez mais acentuado na medida em que o medicamento se apresenta como “a solução” para o problema de saúde do consumidor. O medicamento assume, então, um duplo papel ao satisfazer tanto os interesses do capital quanto as necessidades de saúde da população.

Neste cenário capitalista o setor público tem se tornado muito cobiçado pelos fabricantes e distribuidores. Castro (2011) sinaliza como um dos problemas da judicialização os gastos crescentes com processos judiciais muitas vezes influenciados pela indústria farmacêutica, que vê nesta situação um mercado para lançamento dos seus novos fármacos.

O *lobby* da indústria farmacêutica faz com que médicos e pacientes considerem imprescindível o uso de novos medicamentos. Vale ressaltar aqui que, em regra, esses produtos são de alto custo e nem sempre são mais eficazes que outros de custo inferior (ANGELL, 2007). Chieffi e Barata (2010) trazem as seguintes estatísticas em relação ao lançamento de novos fármacos:

A obtenção de produtos inovadores - nova entidade molecular, segundo o órgão americano para controle de medicamentos e alimentos Food and Drugs Administration (FDA), é rara no mercado. Em 2007, somente 17 entidades moleculares foram aprovadas nos EUA. Entre 1998 e 2002 foram aprovados os registros de 415 medicamentos pela FDA; destes, apenas 133 (32%) eram constituídos por novas moléculas. Dos 133, somente 58 eram drogas que apresentavam algum benefício superior aos medicamentos da mesma condição, cerca de 14% do total. No período mencionado, 77% da produção resultou em medicamentos de "imitação", que são medicamentos classificados pela FDA no mesmo nível de outros já disponíveis no mercado para tratar a mesma condição.

No Brasil, entre os anos de 2000 e 2004, foram registrados 109 novos medicamentos na ANVISA dos quais 40% não apresentavam inovação em relação aos medicamentos disponíveis. Contudo, existe uma pressão dos fabricantes para que os mesmos sejam inseridos no mercado e, de igual modo, que sejam incluídos entre os medicamentos disponibilizados pelo SUS (CAMPOS NETO *et al.*, 2012).

Entre os anos de 2004 e 2006, um estudo realizado nos Estados de São Paulo e Minas Gerais demonstrou que mais de 70% das ações ajuizadas para alguns medicamentos (palivizumabe, rituximabe, bevacizumabe e aripiprazol) foram ajuizadas por um único advogado, sugerindo também uma relação entre o fabricante de medicamentos e o advogado, descaracterizando a garantia do direito à saúde como motivação prioritária dos processos (CHIEFFI; BARATA, 2010).

Carvalho (2005) também alerta que não se pode defender a integralidade de medicamentos sem que seja discutido o seu uso racional, a desmedicalização e a segurança e eficácia dos mesmos. Além disso, é importante que se discuta sobre o dilema entre a integralidade baseada em evidências e protocolos clínicos e a integralidade estimulada pelo capitalismo desenfreado, sem amarras e sem disciplina. Lenir (2010) define esta última com integralidade turbinada: turbinada pela voracidade de alguns produtores e mercadores, turbinada pela influência da indústria, turbinada sobre profissionais, população e o Judiciário.

Portanto, o Judiciário deve agir com cautela quando determina que os gestores forneçam determinado medicamento baseado apenas na prescrição médica. Esse cuidado deve ser redobrado quando se trata de medicamentos novos, muitas vezes revestidos da mesma eficácia apresentada por aqueles disponíveis em listas oficiais, adquiridos a um custo muito menor. Como destacaram Marques e Dallari (2007, p. 105), o judiciário não deve ficar à mercê de ações que podem

“acobertar os interesses de determinados laboratórios farmacêuticos, responsáveis pela comercialização de inovações terapêuticas inacessíveis financeiramente aos autores.” Não se pode, contudo, negar que há muitos casos em que a solicitação do medicamento é necessária e justa, mas foge ao alcance dos juízes realizarem esta análise, necessitando de apoio técnico para tal.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Na presente pesquisa foi realizado estudo qualitativo visando conhecer os itinerários dos pacientes em busca de medicamentos prescritos para suas doenças ou condição de saúde assim como suas percepções a respeito do direito à saúde.

Optou-se por utilizar a metodologia qualitativa uma vez que o trabalho teve por pretensão aprofundar em questões que não podiam ser quantificadas. Portanto, buscou-se um aprofundamento em relação aos significados das ações e compreensões do entrevistado durante sua busca pelo tratamento medicamentoso, através da análise das entrevistas semiestruturadas aplicadas aos mesmos (MINAYO, 2014).

O Itinerário Terapêutico (IT) é um termo polissêmico, assim como vários outros no campo das ciências sociais, sendo proposto inicialmente pelo francês Augé (1984) para representar o caminho percorrido pelo indivíduo na busca do tratamento, diante dos múltiplos recursos existentes. No Brasil, a discussão e estudos que utilizam o IT são recentes. O estudo dos IT demonstram a importância das experiências vividas pelos sujeitos e a forma como fazem suas escolhas na busca dos seus tratamentos, uma vez que as pessoas e suas famílias não trilham necessariamente o mesmo sentido de percurso ou hierarquia nos processos de saúde-doença-cuidado. Compreender este comportamento é de fundamental importância para reorientação das práticas de saúde e organização dos serviços (MÂNGUIA; MURAMATO, 2008).

Segundo Cabral *et al.* (2011) “Os diversos enfoques possíveis na observação de itinerários terapêuticos podem subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas.”

Para Helman (1994) as percepções que o indivíduo tem sobre a saúde e a vivência e busca de tratamento para a doença possuem uma explicação bastante pessoal e fortemente influenciada pela cultura. Esta visão do sujeito na superação de problemas de acesso e integralidade tem sido pouco explorada no Brasil tanto na formação profissional quanto por gestores e pesquisadores.

No contexto desta dissertação, o IT procura descrever e analisar os caminhos percorridos pelos indivíduos na busca da solução dos seus problemas de saúde, neste caso a busca pelo medicamento prescrito, por meio de suas narrativas orais,

sendo compreendido a partir dos diferentes percursos que o usuário constrói na busca do seu tratamento. Esta trajetória permite analisar como os serviços de saúde produzem efeitos na vida das pessoas, respondendo ou não aos princípios da integralidade e da resolutividade da atenção (MELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008).

Assim, através da história do usuário, é possível analisar sua trajetória, seu itinerário, podendo esta análise ajudar a desvendar lacunas do sistema de saúde, em particular assistência farmacêutica do SUS, ou mesmo seus potenciais desperdiçados (MELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008). Portanto, nesta dissertação, foi realizada uma abordagem do itinerário terapêutico com foco nas trajetórias assistências percorridas pelos entrevistados.

Além disso, foi realizada uma análise documental dos processos judiciais nos anos 2013 e 2014 que compunham o universo da pesquisa, com a finalidade de traçar um perfil das demandas de medicamentos.

4.1 Cenário de Estudo

O estudo foi realizado no município de Vitória da Conquista que está localizado na região Sudoeste da Bahia, a 509 km da capital Salvador, sendo a terceira maior cidade do estado com uma população de 306.866 habitantes e uma área demográfica de aproximadamente 3400 km², segundo dados do IBGE (2010).

Ainda segundo dados do IBGE, o município apresentava, no ano de 2009, 2 estabelecimentos de saúde estaduais, 199 municipais e 102 privados. Em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) de 2013 ficou em torno de R\$ 3,8 bilhões de reais, sendo que o setor serviços deu uma contribuição na ordem de 78,92%, representando o 6º maior PIB do estado. O comércio forte e dinâmico e os serviços educacionais e os de saúde contribuíram de maneira fundamental para o desenvolvimento desse setor.

Em relação à Assistência Farmacêutica Municipal, a mesma está inserida no organograma da saúde, na Diretoria de Vigilância à Saúde. As principais unidades de armazenamento e dispensação são: Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF), duas Farmácias da Família, 40 unidades de dispensação de medicamentos em Unidades Básicas de Saúde nas zonas rural e urbana, farmácia do Serviço de Tisiologia e Dermatologia Sanitária, farmácia do Centro de Atenção e Apoio à Vida (CAAV) e farmácia dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Em relação ao

quadro de profissionais, a assistência farmacêutica municipal conta com 15 farmacêuticos no ano de 2016 distribuídos nos serviços citados.

Além disso, o município é sede do Núcleo Regional de Saúde do Sudoeste, pertencente à secretaria de saúde do estado da Bahia e responsável, dentre outras ações, pela dispensação de medicamentos excepcionais.

4.2 Participantes do estudo

Os entrevistados foram selecionados a partir de processos judiciais contra o município de Vitória da Conquista nos anos de 2013 e 2014 que tinham como objeto a dispensação de medicamento (s). O acesso aos mesmos foi feito junto à procuradoria da saúde do município através do seu arquivo físico e por meio digital, com auxílio de funcionário do setor.

Dados levantados junto à procuradoria da saúde no ano de 2015 revelaram a existência de 111 processos em saúde nos anos de 2013 e 2014, dos quais 72 (64,86%) estavam relacionados a medicamentos. Os processos que envolviam medicamentos foram divididos em 3 categorias: 21 (29,17%) processos da vara da Infância e Juventude, 10 (13,89%) processos das Varas da Justiça Federal e 41 (56,94%) processos da Vara da Fazenda Pública. Foram excluídos da pesquisa os processos que envolviam menores e os que corriam em segredo de justiça. Portanto, os sujeitos foram selecionados a partir dos 51 (70,83%) processos que foram ajuizados nas varas da Justiça Federal e da Fazenda Pública.

Todos os processos impetrados na vara da Fazenda Pública (acesso digital e maioria dos processos) passaram por uma análise inicial por parte do pesquisador para extração de alguns dados (motivo da solicitação, medicamento solicitado, via de acesso judicial, presença ou não de dados para contato), possibilitando posterior seleção dos sujeitos. Os processos impetrados na vara Federal não possuíam acesso digital, apenas físico. Como alguns processos não estavam no setor, isso impossibilitou uma análise de todos. Além disso, alguns processos desta última haviam sido extintos.

Foram priorizados os processos que possuíam telefone para contato, contudo, pela particularidade de alguns processos (indeferimento, vara federal, advogado particular) foram selecionados também alguns que possuíam apenas o endereço. Não houve grandes dificuldades para acesso aos dados junto à

procuradoria da saúde, visto que, após liberação da coleta de dados por parte do Pólo de Educação Permanente em Saúde da secretaria de saúde do município e liberação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, a procuradora da saúde se mostrou totalmente solícita para fornecimento dos dados necessários para prosseguimento da pesquisa.

Tentou-se manter proporcionalidade, entre os processos selecionados em relação ao local onde foram ajuizados, por isso, foram selecionados mais processos da vara da Fazenda Pública.

Inicialmente foram pré-selecionados 15 participantes, dentre os quais 6 (correspondente a 11,76% dos processos analisados) participaram da entrevista. Algumas entrevistas não puderam ser realizadas (recusa, endereço não encontrado ou ausência no endereço, óbito, selecionado impossibilitado fisicamente de participar da pesquisa).

Utilizou-se como critério para posterior ampliação ou não da amostra o fechamento amostral por saturação, que se caracteriza pelo surgimento de repetições nas entrevistas (PIRES, 2008).

4.3 Coleta de dados

Os dados dos requerentes nos processos foram levantados junto à procuradoria da saúde do município de Vitória da Conquista-BA e a partir de entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A) realizada com participantes selecionados, após contato inicial para definição de data e local para entrevista. Foi escolhida a entrevista semiestruturada, pois ela facilita a abordagem e assegura que as questões relevantes serão cobertas na conversa a partir de um roteiro (MINAYO, 2014).

O contato inicial foi feito, em sua maioria, por telefone. Alguns selecionados mostraram-se apreensivos por receberem ligação para tratar sobre os medicamentos que recebia por via judicial. Porém, após esclarecimentos, os mesmos eram tranquilizados e prosseguia-se com o agendamento das entrevistas. Apenas um entrevistado recusou-se a realizar a entrevista em sua residência. Foi sugerido outro local, porém o mesmo disse que só participaria se fosse realizado em uma praça pública. Pela necessidade de gravação da entrevista e do sigilo das informações, a mesma não pode ser realizada como o participante propunha e o

mesmo foi excluído da seleção. As entrevistas foram realizadas todas nas residências dos entrevistados, onde inicialmente era esclarecido o objetivo da pesquisa e lido e assinado o TCLE. O tempo médio das entrevistas foi de 25 minutos.

4.4 Análise dos dados

Foi feita a análise que partiu dos discursos gravados e transcritos das entrevistas e dos fluxogramas individuais, de onde emergiram informações que permitiram a interpretação e análise dos itinerários e as percepções dos entrevistados. Para tanto, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), com foco na modalidade de análise temática (ou categorial).

A exploração do material foi realizada através da leitura exaustiva e da codificação, que se deu em função da repetição de palavras ou expressões. Posteriormente, procedeu-se com a categorização progressiva do material codificado: categorias iniciais, categorias intermediárias e categorias finais. Durante todo o processo preocupou-se em manter o rigor da técnica proposta por Bardin (1977).

Para traçar o itinerário dos sujeitos na busca do medicamento optou-se por usar o fluxograma, que se refere a uma ferramenta gráfica que pode ser entendida como uma representação gráfica de um processo (BARNES, 1977). No caso do itinerário terapêutico ele pode ser adequadamente utilizado para facilitar a visibilidade dos caminhos percorridos pelos sujeitos do estudo e, a partir daí, inferir considerações importantes sobre o tema. Alguns estudos na área de acesso a medicamentos por via judicial tem utilizado este recurso, como o realizado por Leite e Mafra (2010) ao analisar as trajetórias dos usuários de Itajaí (SC) que receberam medicamentos por via judicial.

De modo complementar, foi realizada uma análise descritiva a partir dos processos selecionados, onde foi realizado um perfil das demandas segundo a média de medicamentos solicitados, os medicamentos mais solicitados e presença ou não em listas oficiais, protocolos e diretrizes terapêuticas.

4.5 Aspectos éticos e legais

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP e aprovado em 24 de novembro de 2015, através do parecer número 1.334.757 (ANEXO A). A presente investigação seguiu os moldes exigidos na resolução 466/2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, e para todos os participantes foi aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNCICE B). O mesmo foi lido juntamente com os participantes e os esclarecimentos foram feitos antes do início das entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, para auxiliar na compreensão e discussão dos resultados das entrevistas, foi traçado um perfil dos entrevistados e das demandas judiciais.

5.1 Perfil dos entrevistados

Dos seis entrevistados, 4 eram do sexo feminino, mantendo uma proporcionalidade próxima ao que foi encontrado nos processos totais. A maioria 4 possuía ensino médio. A média de renda familiar média foi de R\$ 1963,00 reais (TABELA 1). Todos os entrevistados relataram ser residentes no município de Vitória da conquista/BA, porém a maioria nasceu em outro município.

TABELA 1: Perfil dos requerentes de medicamentos por via judicial selecionados na pesquisa.

Código	Idade	Sexo	Profissão	Escolaridade	Naturalidade	Renda familiar	Medicamento pleiteado
E1	63 anos	F	Doméstica	Iletrada	Vitória da Conquista/Ba	1 salário mínimo	Xarelto
E2	49 anos	F	Tec.. De enfermagem	Ensino Médio	Brumado/Ba	R\$ 5000,00 reais	Azatioprina, Micofenolato de mofetila
E3	36 anos	F	empreendedor a individual - confecções	Ensino Médio	Vitória da Conquista/Ba	R\$ 2000,00	Zoradex
E4	39 anos	F	Auxiliar de serviços gerais	Ensino médio incompleto	Itaibá/PE	R\$ 1600,00 reais	Herceptin
E5	62 anos	M	Lavrador	Ensino fundamental	Tuparecê/ MG	R\$ 900,00 reais	Hepa-merz e Pentalac
E6	52 anos	M	Comerciante	Ensino médio	Vitória da Conquista/Ba	R\$ 1500,00 reais	Mimpara

5.2 Perfil das demandas judiciais

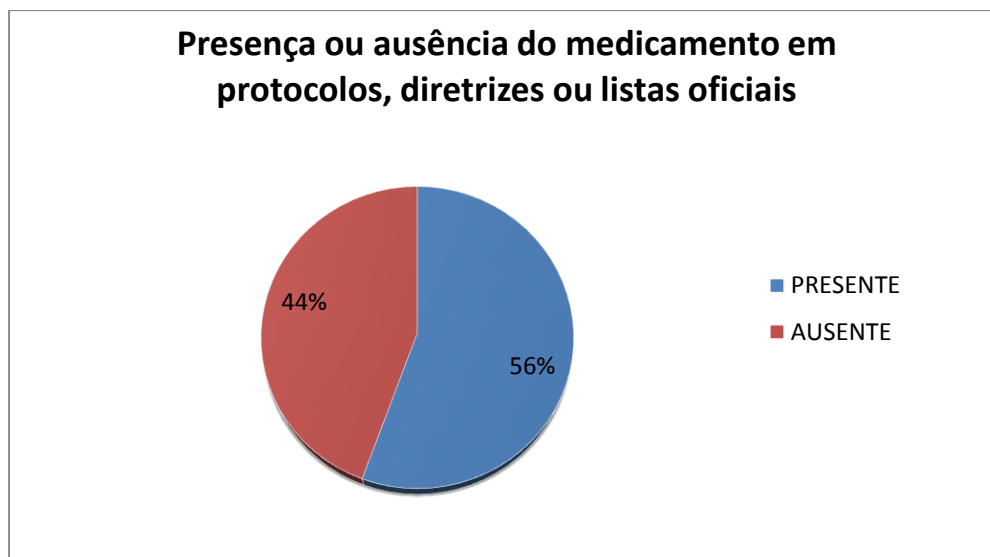
Em relação ao perfil das demandas judiciais, foram requeridos 72 medicamentos nos 51 processos ajuizados nas varas da Justiça Federal e fazenda Pública, representando uma média de 1,41 medicamentos por processo.

Dentre os medicamentos solicitados, o que apareceu em maior número de processos foi o rivaroxaban (4 vezes), seguido da oxibutinina e da enoxaparina (3 vezes).

Foi feito, ainda, uma análise comparativa sobre a presença ou ausência dos medicamentos requisitados em listas, diretrizes e protocolos oficiais (RENAME, Resme/BA, Remume). O resultado demonstrou que 40 (55,6%) dos 72 medicamentos solicitados estavam presentes em alguma lista oficial, diretriz terapêutica ou protocolo clínico (GRÁFICO 1).

Barreto *et al.* (2013), ao analisar as demandas judiciais de municípios baianos entre os anos de 2006 e 2010, constatou que os municípios Feira de Santana, Salvador e Vitória da Conquista tiveram uma demanda superior por medicamentos não constantes em listas e programas oficiais (72,5%, 77,7% e 55,9% respectivamente). O município de Ilhéus, por sua vez, apresentou um número de demandas por medicamentos constantes em programas oficiais equivalente a 60%, semelhante ao encontrado em nosso estudo.

GRÁFICO 1: Percentual de presença dos medicamentos pleiteados em listas oficiais, protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas dos SUS.



Além disso, foi constatado também que 21 (29,16%) dos medicamentos solicitados estavam prescritos pelo nome comercial.

Análise das entrevistas

Como debatido anteriormente neste trabalho, a judicialização da saúde, embora seja um tema que possua discussão crescente em diversos meios nos últimos anos, ainda carece de debate, em especial, por envolver aspectos diversos

como questões políticas, sociais, éticas e sanitárias, indo muito além da questão meramente jurídica ou da gestão dos serviços públicos (VENTURA *et al.*, 2010).

A análise do material captado através das entrevistas realizadas com os sujeitos selecionados fez emergir uma gama de aspectos relacionados à busca do tratamento medicamentoso além das diversas percepções a cerca do serviço público de saúde, serviços do judiciário e das questões relacionadas ao direito à saúde no Brasil.

Após sucessivas leituras do material, as questões emergentes puderam ser organizadas em duas categorias ou temas finais: a busca pelo tratamento e as concepções do direito à saúde.

Buscou-se nos relatos omitir dados que possibilitasse a identificação tanto dos entrevistados quando de terceiros a fim de se manter a confidencialidade e a privacidade da pesquisa.

5.3 A busca pelo tratamento

5.3.1 O diagnóstico

A partir da análise das entrevistas pôde-se perceber inicialmente que o período que compreende a percepção dos primeiros sintomas até o diagnóstico (muitas vezes impreciso) da doença é caracterizado por uma enorme angústia, sofrimento e incertezas, identificados nas entrevistas através não só das falas, mas das expressões corporais, da entonação e muitas vezes do choro do entrevistado. O indivíduo passa de um estágio onde se considera saudável para a condição de enfermo, muitas vezes com prognósticos terríveis.

“Eu fiquei chocada, porque eu era uma pessoa saudável, fazia academia e de repente veio aquele sintoma, aquelas dores cruel.” (E4)

“ele (o médico) não me deu chance nenhuma.” (E4)

“... comecei a fazer uns exames e chegou à conclusão que eu estava com os rins trancados, aí eu tive que ir imediatamente fazer uma fístula no braço para iniciar hemodiálise.” (E6)

As incertezas no diagnóstico levam vários enfermos a peregrinarem por diversos serviços e especialistas, muitas das vezes fora do seu município de

residência, em busca de respostas para seu problema de saúde. Isso gera um custo, além de possibilitar um agravamento do quadro clínico.

“eu fui para Salvador. Fiquei uma semana internada lá. Eles investigaram tudo. ... fui para São Paulo, até um médico indicado por ele” (E2)

“procurei um angiologista. ... Aí, por conta própria, procurei um neuro.” (E2)

“... fiz vários exames e não chegou a um diagnóstico.” (E3)

“Aí parti para São Paulo na esperança de chegar lá e diagnosticar outra coisa” (E6)

Percebe-se que o processo de adoecimento, além de uma questão biológica, fisiológica, tem repercussões sociais importantes. A enfermidade é, portanto, também uma realidade social (ALVES, 1993). Muitos enfermos alteram seu regime de vida em função da doença e isso tem implicações importantes, refletindo na organização e renda familiar, gastos sociais etc.

“eu fiquei muito debilitada e não conseguia trabalhar nem dentro de casa.” (E3)

“eu trabalhava na pizzaria ... eu não podia mais trabalhar” (E4)

A busca pelo diagnóstico aconteceu de maneira heterogênea entre os participantes. Três deles iniciaram a busca pelo serviço público, os outros três buscaram inicialmente pelo serviço privado, sendo que a maioria destes foi através de plano de saúde.

Neste ponto vale destacar que a saúde no Brasil possui duas formas de atendimento: uma pública, através do SUS, e uma privada, onde estão incluídos os planos de saúde. A atuação dos planos é regulamentada pela Agência Nacional de Saúde (ANS) que desde 1998 traz as bases para a atuação da saúde suplementar no país (ZIROLO; GIMENES; JUNIOR, 2013).

Embora o SUS seja o meio de acesso aos serviços de saúde da maioria dos brasileiros não são incomuns expressões de insatisfação com o sistema que estão muitas vezes ligadas à baixa resolubilidade, ao tempo de espera elevado, falta de serviços, falta de medicamentos, o que leva muitos cidadãos a optarem pelo serviço privado (GOUVEIA *et al.*, 2009). Pode-se observar durante a busca uma mescla entre os serviços no sentido de agilizar ou dar continuidade ao tratamento.

“a funcionária me falou: se você puder pagar esse exame pague, porque é baratinho, mas pelo SUS vai demorar.” (E3)

Além disso, as falas mostram que o atendimento privado também é alvo de insatisfação e queixa por parte dos usuários.

“Foi um coisa que me chateou também. Porque eu acho que ele (médico particular) estava mais vendo o dinheiro, se preocupando, porque ele devia ter falado: está com um problema no pulmão. Mas ele não falou nada disso.” (E4)

Na busca pelo diagnóstico outro fator percebido é uma desconexão entre os serviços. O doente pula de serviço em serviço, na maioria das vezes sem orientação, por uma intuição própria de que talvez aquele próximo passo possa trazer uma solução para seu problema de saúde.

5.3.2 A prescrição e busca do tratamento no SUS

Após diagnóstico para a patologia que o aflige o cidadão recebe, em geral, uma prescrição com o tratamento para a sua patologia.

Uma análise das prescrições a partir dos processos analisados revelou que 29% dos medicamentos requeridos estavam prescritos pelo nome comercial. Embora o serviço privado não seja obrigado a prescrever o medicamento pelo nome genérico, segundo a lei nº 9787 de 10 de fevereiro de 1999 as prescrições no âmbito do SUS devem obrigatoriamente adotar a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI). A presença de nome comercial nas prescrições demonstra a influência do marketing da indústria farmacêutica e pode ocasionar uma elevação dos gastos públicos, uma vez que os medicamentos de referência possuem em geral valor superior se comparado ao medicamento genérico.

Além disso, a análise dos processos revelou uma média de solicitações de 1,41 medicamentos por ação judicial. Essa média apresenta-se inferior às encontradas por Pepe *et al.* (2010a) – média de 3,25 -, ao analisar as demandas judiciais no estado do Rio de Janeiro, e por Delduque e Marques (2011) no Distrito Federal – média de 2,63.

O fornecimento de medicamentos está previsto no SUS através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) que contempla os preceitos constitucionais e

estabelece que está incluída a execução da “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. As políticas públicas (Política Nacional de Medicamentos, Política Nacional de Assistência Farmacêutica dentre outros) desenvolvidas na área da assistência farmacêutica têm como finalidade promover o acesso integral e universal, além de promover o uso racional dos medicamentos.

Em 2013 foram aprovadas as portarias n 1554/13 que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a 1555/13 que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O componente especializado é definido como uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a). Já o componente básico destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2013b).

Vale ressaltar que não se pode reduzir a atenção farmacêutica integral apenas ao fornecimento de medicamento. O ciclo da assistência farmacêutica envolve desde uma seleção adequada, baseada em evidências científicas, passando pelas etapas de programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, articulando essas ações com diversos outros setores. Além disso, deve-se atentar para a qualificação dos trabalhadores, a elaboração de protocolos e diretrizes, estímulo à prescrição racional, monitoramento de reações adversas, orientação do uso, dentre outras ações (BRASIL, 2006).

Embora sejam utilizados recursos como a epidemiologia para definir quais medicamentos devem ser disponibilizados através das políticas de medicamentos, muitas patologias não têm seus tratamentos previstos no SUS. Além disso, em caso de falha terapêutica também não existe, em muitos casos, a previsão de uma segunda opção dentro do sistema público.

É importante destacar ainda que algumas prescrições do medicamento não padronizado vem dos próprios profissionais do serviço público e a não adesão ao

elenco padronizado pode decorrer do desconhecimento ou porque a lista não contempla a necessidade do usuário (DALDUQUE; MARQUES, 2011).

Seguindo a peregrinação, em posse da prescrição, parece estar próximo o fim da luta em busca do tratamento. Contudo este é apenas o início da caminhada para aqueles que não encontram seu medicamento disponível no serviço público e não tem condições financeiras de arcar com o tratamento. O “paraíso” que parecia estar tão próximo começa a se distanciar.

O caminho da busca pelo medicamento prescrito geralmente se inicia pelas farmácias instaladas nas unidades básicas de saúde. Está é realmente a lógica do sistema uma vez que a atenção básica é a porta de entrada e representa o serviço público de saúde mais próximo do usuário. Na visão dos usuários a unidade básica de saúde só disponibiliza medicamentos mais simples, fazendo referência, em geral, ao custo.

“geralmente pela experiência que eu tenho no posto é medicação mais simples, básica” (E6)

Os usuários que iniciam a busca pela Dires (atual Núcleo Regional de Saúde – NRS do estado da Bahia) geralmente são os que foram orientados pelos médicos no momento da prescrição, informando que determinado medicamento só está disponível neste setor. Além disso, percebe-se que os usuários caminham entre o serviço estadual (NRS) e serviços municipais de saúde para obtenção do tratamento.

Cabe aqui uma reflexão importante. A atenção básica é desenvolvida no país com um alto grau de descentralização, capilaridade e conseqüente proximidade da vida das pessoas. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) deve ser a principal porta de entrada do sistema e o centro da comunicação com toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012). Quando o usuário adentra no sistema de saúde através da atenção básica e não recebe a informações e encaminhamentos adequados ele acaba perdido dentro da rede de atenção à saúde. Ele não sabe ou tem grande dificuldade em percorrer os demais serviços na busca pelo seu tratamento.

É notório que a desinformação e o tratamento por vezes desumano são as principais queixas dos usuários na busca do tratamento, revelando um despreparo do servidor público. Para os entrevistados a desinformação e o desinteresse durante

o atendimento soam como um desrespeito total para com os mesmos. Os serviços de saúde que deveriam aumentar o conforto e diminuir o sofrimento acabam exercendo papel oposto (TRAVASSOS, 1997).

“Eu fiquei muito chateada no primeiro né. Porque eles ficaram me fazendo assim: eu ia num lugar ia no outro. Eu ia no estado, o estado dizia que era a prefeitura. Eu ia na prefeitura, dizia que não estava na lista.” (E2)

“A funcionária falou: tem casos que quando chega o remédio fulano de tal já morreu faz tempo.” (E3)

“aí você cria aquela esperança: você vem hoje, amanhã, amanhã.” (E3)

“A Dires tratou a gente até mal no dia quando eu fui lá e falei: o jeito é entrar na justiça”. (E5)

Santos (2015), ao analisar a estratégia de saúde da família em Vitória da Conquista/BA, chama a atenção para fragilidades importantes que diminuem o potencial das equipes de saúde da família, destacando o fluxo informacional com uma das deficiências da atenção primária à saúde no município. Provavelmente este aspecto também influencia para a elevação no número de ações judiciais na área da saúde pública.

Em contrapartida são identificados nos relatos alguns setores onde o atendimento humanizado do servidor acaba por amenizar de alguma forma o sofrimento e o desgaste na busca do tratamento.

“A xxxx (servidora) me atendeu muito bem. Ela até tentava resolver.” (E5)

Neste sentido, a Política Nacional de Humanização do SUS foi elaborada em 2004 tendo como prioridades a garantia de informação aos usuários, o atendimento acolhedor e resolutivo dentre outros. Infelizmente as atitudes negativas acabam tendo uma maior repercussão dentro do sistema, causando até certa estranheza por parte do usuário quando o mesmo é bem atendido.

Embora alguns servidores demonstrem disposição para atender a solicitação do usuário, na percepção dos entrevistados o servidor acaba não tendo autonomia para prontamente atender a demanda. Para Chanlat (1996) essa é uma das características do serviço público, especialmente para os cargos hierarquicamente inferiores, sendo classificado como um modo de gestão tecnoburocrático caracterizado pela fraca autonomia. Além disso, a ação humana acaba sendo

limitada pelas normas existentes, ficando o servidor muitas vezes impedidos de responder às demandas ou situações inesperadas.

“eu fui lá na secretaria e procurei XXX(servidora) q é a farmacêutica responsável em dezembro de 2013, eu sei que procuramos XXX(servidora). Ela falou que esse medicamento não tinha no órgão público. ... E falou que ia ver o orçamento que era início de ano mais ou menos em janeiro.Voltamos em fevereiro e ela falou que não tinha nada decidido ainda. Ela até tem boa vontade para resolver, mas não depende dela.” (E5)

Realmente as políticas públicas acabam engessando a atuação do servidor em especial quando se trata de ações que dependem de recursos financeiros. Um exemplo disso é que os municípios só podem adquirir medicamentos que constem na RENAME com os recursos previstos nos repasses para a assistência farmacêutica. Caso o município queira incluir um medicamento que não constante na RENAME ele só pode fazê-lo com recursos próprios, conforme portaria n 1.555/13 (BRASIL, 2013). Com a escassez de recursos relatada pelos gestores é pouco provável que medicamentos não constantes na lista federal façam parte do elenco municipal de medicamentos.

Além disso, há uma consciência de que as mudanças necessárias para que o atendimento seja feito de modo integral e universal depende, boa parte, dos servidores que ocupam cargos hierárquicos mais elevados.

A burocracia que, em seu uso moderado, tem por finalidade assegurar a eficiência administrativa, em excesso acaba por se tornar um grande problema de gestão pública interferindo diretamente na qualidade do serviço prestado à sociedade. Aliado à desinformação e ao atendimento desumano representa uma das principais queixas relatadas pelos entrevistados durante a sua busca dentro dos serviços públicos. Por vezes o usuário acaba desistindo da busca por conta da burocratização encontrada no caminho.

“como não é uma coisa tão fácil, o povo desiste.” (E2)

“Aí eu me desesperiei quando vi aquilo (demora do processo para adquirir medicamento). Porque eu estava aflita. Minha esperança era que o remédio fosse pra ontem.” (E3)

“... mas ela falava que é o sistema que é demorado.” (E5)

“eu acho que todo mundo tinha que receber sem precisar desse embrólio todo. Acho que devia ser mais fácil.” (E6)

O vai e vem em busca de exames, relatórios, documentos, autorizações etc., além de desgastante, acaba por aumentar o sofrimento do usuário já debilitado pela doença. A cada passo o usuário parece perder as esperanças de que terá seu problema solucionado pelo serviço público de saúde. Certamente a desburocratização em alguns serviços é um caminho que deve ser trilhado na proposta da criação de SUS mais humanizado.

5.3.3 Outros locais de busca

Por conta dos obstáculos e desinformações encontrados nos serviços públicos, o usuário busca outros meios para adquirir seu tratamento que geralmente se inicia pela busca em serviços privados. A suposição de que o medicamento é de alto custo é constatado nessa busca.

“Aí eu falei que os medicamentos era muito caro e que nós não tinha condição de comprar”. (E5)

“Aí eu fui constatar que esta medicação era muito cara e não tinha condições de custear” (E6)

Esta busca ocorre ora antes de iniciar a busca pela via judicial, ora em paralelo com a espera da decisão e cumprimento judicial. Algumas vezes o usuário já é informado pelo médico que o medicamento é de alto custo e onde pode encontrá-lo.

Neste momento, o usuário, por vezes, junta seus poucos recursos financeiros para tentar adquirir o medicamento. Em alguns casos, eles recebem também ajuda financeira de amigos, familiares, grupos sociais etc. Esta ajuda parece mitigar o sofrimento enquanto aguardam a solução definitiva através do SUS. Os relatos de dificuldades financeiras para arcar com o tratamento são encontrados nas falas de todos os entrevistados.

“Aí corri atrás da ajuda da minha família e eu consegui comprar uma dose. Eu comprei no valor de R\$ 1800,00 reais através de amigos de dentro do hospital, pelo valor do hospital.” (E3)

“O apoio melhor que eu tive foi a igreja.”(E4)

“Na época o pai dos meus filhos que corria atrás disso tudo. Ele que comprava. E assim minha mãe me deu ajuda também. Mas eu não pedi de outras pessoas não” (E4)

“... foi na defensoria, o XXX (servidor), ele falou: dona YYYY (esposa do entrevistado) qual o medicamento que ele está esperando? (entrevistado) Eu não tinha condições. Meu cartão estava estourado. Aí juntou uns 3 lá e fizeram uma vaquinha. Aí eu vim com o medicamento.” (E5)

“...não tinha condições de comprar o remédio. Muitas vezes a igreja passou a doar o medicamento pra gente, mas a gente ficava com vergonha de pedir.” (E5)

“Uma sobrinha minha que resolve todas essas coisas pra mim e ela chegou a cogitar e falou se a gente não conseguir a gente vai ver um jeito de comprar.” (E6)

Observa-se aqui que a formação de redes de apoio social faz parte da busca do usuário na solução dos problemas de saúde (GERHARDT, 2006). Contudo, embora a ajuda seja bem-vinda a continuidade do tratamento é incerta. Não há uma segurança de que o tratamento seria mantido por meio dos escassos recursos próprios ou por meio da ajuda de terceiros. Além disso, a ajuda advinda de terceiros, embora necessária, parece de certo modo humilhante para os entrevistados. Muitos se sentem envergonhados em receber o medicamento por esse meio.

Ainda nesta peregrinação cheia de obstáculos os usuários frequentemente buscam vias alternativas, atalhos, para acelerar a resolução do seu problema. Entra em ação o famoso “jeitinho brasileiro” caracterizado por Matta (1992) como uma forma “especial” de se resolver um problema ou situação difícil. Em geral vem sob forma de burla de alguma regra ou norma preestabelecida e, nos casos analisados, vem como forma de agilizar o processo burocrático que causa extrema lentidão no processo. Recorre-se especialmente a pessoas mais influentes, geralmente que fazem parte do seu ciclo de amizade.

“...eu percebi que quem tem conhecimento de alguém lá dentro à frente as coisas facilitam” (E3)

“quem tem alguém dá um emporrãozinho e atende ou então tem que contar com a sorte.” (E3)

Além disso, o conhecimento e a condição financeira são fatores determinantes na busca pelo tratamento. Quanto mais simples, quanto menos recursos, quanto menos conhecimento, mais difícil se torna a busca.

“é porque ela (a prima) tem muito conhecimento. ... se fosse eu, oh dó.” (E1)

“Parece que quanto mais a pessoa tem uma vida humilde, simples, mais difícil é. Porque quando você tem uma pessoa que tem um pouco mais de conhecimento, que sabe lidar com advogado, a medicação até vem praqui, mas se fosse eu sozinha lá falando ela não viria pra mim não.” (E3)

“foi essa sobrinha minha. ... ela é bem culta.” (E6)

A dificuldade de acesso atinge, portanto, os cidadãos mais pobres e com menos conhecimento que, em contrapartida, são os que mais necessitam dos serviços públicos de saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

5.3.4 A descoberta da via judicial

A maioria dos entrevistados desconhecia, a princípio, a utilização da via judicial para obtenção de medicamentos. A maioria obteve a informação através de amigos ou familiares. Este resultado é diferente do encontrado por Lima (2009) ao analisar as demandas judiciais do estado do Amazonas, onde a informação inicial vinha, em sua maioria, através dos médicos. Isto sugere uma popularização do conhecimento sobre o tema que começa a ser difundido nos diversos setores da sociedade.

“Quem indicou foi minha prima. Ela que me pegou aqui e me levou lá. Ela que conseguiu.” (E1)

“foi onde apareceu uma pessoa que é esposa de um advogado e ela falou: vamos colocar em um advogado para ver se facilita conseguir esta medicação.” (E3)

“foi minha filha que falou pra gente: eu tenho uma conhecida que a mãe dela tem um problema e não conseguiu remédio assim e foi pra justiça. Recebe até hoje” (E5)

“Foi essa sobrinha minha. Quando Ela viu minha situação ... ela disse: nem que a gente precise colocar na justiça” (E6)

Entretanto, o profissional médico também representa um dos informantes que direcionam o usuário a buscar a via judicial para obtenção do tratamento, provavelmente por se deparar com situações semelhantes no cotidiano. Nestes casos, em geral, os usuários não buscam nenhum serviço público e seguem direto na busca do tratamento pela justiça.

Ainda sobre a fonte de informação para acesso por esta via, um fato curioso observado foi a indicação da via judicial pelos próprios servidores ou estimulado por

colocações dos servidores no momento do atendimento. Isto ocorreu mesmo quando se tratava de medicamentos previstos em listas oficiais, gerando profundos transtornos para os usuários além das despesas dos processos judiciais.

“Aí eles responderam que era de responsabilidade do município essa medicação, que estava na “reumane” (Remume) do município, e que o município que tinha que me fornecer essa medicação. Aí eu fui para o município com essa justificativa. O município disse que realmente fazia parte, mas que como era uma medicação que não tinha muita saída, que eles não colocavam na lista de compra porque vencia. Que era mais fácil eles esperar o paciente entrar na justiça que eles comprar, porque ficava mais barato pra eles, entendeu. Que eu tinha que procurar a justiça. A própria prefeitura me indicou.”(E2)

“No momento eu ouvi a menina dizendo: oh meu Deus, tem pessoas aqui que já, inclusive seu José, ele vem aqui todo dia e praticamente o medicamento dele nunca chegou. Agora fulano de tal deu o nome ontem e já quer receber o remédio. Tem casos aqui que quando chega o remédio fulano de tal já morreu faz tempo. Aí eu me desesperei quando vi aquilo. Porque eu estava aflita. Minha esperança era q o remédio fosse pra ontem.” (E3)

Embora o poder executivo lute diariamente contra as ações judiciais interpeladas contra ele, de forma ambígua, ele acaba gerando ou estimulando mais ações através de seus servidores. Isto mostra mais uma vez o despreparo destes profissionais que acabam por ampliar o problema da judicialização através de informações desconstruídas, do atendimento desumano e da indicação da via judicial para obtenção do tratamento, mesmo que este esteja padronizado.

Além disso, não se percebe uma preocupação com a estruturação dos serviços e a capacitação dos funcionários no intuito de reduzir as demandas por via judicial. Embora este seja um tema de preocupação por parte dos gestores, a prática diária dos serviços públicos não envolve ações que possam reduzir o fenômeno da judicialização.

5.3.5 Peregrinação pela via judicial

A principal motivação encontrada para utilização da via judicial foi a falta do medicamento não padronizado nos serviços públicos, aliada a falta de recursos para arcar com o tratamento. Contudo, percebemos que mesmo os padronizados são solicitados por via judicial e, neste segundo caso, a principal motivação foi a falta nos setores de dispensação de medicamentos aliada à demora no recebimento dos

mesmos. Delduque e Marques (2010, p.104) alertam que “o deferimento em juízo de medicamentos constantes de listas oficiais e prescritos por médicos vinculados à rede pública de serviços de saúde revela um possível desabastecimento da rede pública o que pode ocasionar sérios problemas à população assistida pela política de assistência farmacêutica”.

Neste aspecto a via judicial parece ser a última esperança encontrada pelo usuário em sua peregrinação na busca pelo medicamento. Eles a vêem como uma forma de fazer cumprir seu direito a partir da disponibilização do medicamento solicitado. Quando o usuário chega à via judicial, na maioria dos casos, ele já percorreu inúmeros serviços, porém sem sucesso. Além disso, a via é vista como forma de acelerar o processo burocrático do serviço público.

“De primeira mão assim eu estava com muita fé e achei que pudesse ser muito rápido” (E3)

“...entrou na justiça porque não recebia e não tinha condições” (E5)

“Eu me senti de pés e mãos atados porque um medicamento que foi indicado pra você e você vê as portas se fechando. É muito complicado. ... Nem que a gente entra na justiça pra ter essa medicação.” (E6)

“... não obtive êxito em ta conseguindo a medicação aí eu tive que procurar a justiça.” (E6)

Pepe *et al.* (2010b) considera consenso e legítimo o uso da via judicial para fornecimento de medicamentos presentes em listas oficiais para concretização dos direitos individuais. Porém as divergências encontram na utilização da via para obtenção daqueles não constantes nestas listas.

A principal justificativa do réu para o não fornecimento de medicamentos é a sua ausência em listas oficiais. Contudo, a recusa baseada apenas neste preceito significa negar o direito do indivíduo em ter suas particularidades avaliadas, uma vez que a elaboração de tais listas não leva em consideração condições específicas não previstas ou não prevalente que podem acometer o indivíduo (SANT’ANA *et al.*, 2011).

É unísono nos discursos dos entrevistados que eles retomam suas forças e renovam suas esperanças na busca pelo tratamento após entrarem pela via judicial. Porém este também não é um processo rápido. Em geral os usuários são informados que haverá um tempo de espera em torno de 3 meses para liberação do

parecer. Esta informação vem por parte dos servidores da defensoria pública. Porém, para aqueles que já aguardaram há bastante tempo por outros caminhos, o tempo de espera na via judicial é considerado curto.

A maioria dos entrevistados (5 entrevistados – 83,33%) adentrou a via judicial pela Defensoria Pública. A escolha da via não parece estar relacionada à renda, mas com a informação obtida durante a busca pelo tratamento, diferente do observado por Lima (2009) em trabalho semelhante. Muitos desconheciam até o momento a existência e a função da Defensoria Pública.

“fui na secretaria e já me orientou isso aí. Fui na defensoria pública.” (E2)

“ela (a amiga) falou: vamos colocar em um advogado pra ver se facilita.” (E3)

Como, para ingressar pela Defensoria Pública, o cidadão precisa comprovar sua baixa renda, pode-se inferir indiretamente que o cidadão também não possui condições de arcar com o tratamento. Neste caso, não se pode afirmar que as demandas judiciais estão reduzindo ou indo de encontro ao princípio da equidade, uma vez que seus demandantes não possuem recursos para arcar com o tratamento e necessitem do serviço público para tal.

Além disso, a tutela antecipada tem sido a principal forma de deferimento antes mesmo do julgamento do mérito. Isso se deve principalmente ao fato de que a demora processual pode ocasionar um agravamento da doença ou mesmo a morte do demandante, representando, portanto, uma ameaça ao direito à vida (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011).

Percebe-se que, também, a via judicial tem se tornado cada vez mais a via comum de acesso a medicamentos não disponibilizados nos serviços públicos. Paralelamente a isto, não se percebe uma busca pelos serviços públicos em dispensar um melhor atendimento com o intuito de reduzir o problema.

“...vamos colocar em um advogado pra ver se facilita, pra você conseguir essa medicação. Foi onde eu coloquei na justiça.” (E3)

“O jeito é entrar na justiça.” (E5)

A via judicial, cada vez mais solicitada, é uma tentativa social de aproximação entre a teoria contida nas leis vigentes e a prática do direito vivido (VENTURA *et al.*, 2010). Marçal (2012) observa como possível consequência da judicialização a

inclusão de medicamentos na Rename podendo indicar uma melhora nos serviços da AF pressionados pela atuação intensa e crescente do Judiciário, buscando adequar seus serviços baseados nas reais necessidades e demandas da sociedade.

Para Vianna *et al.* (1999) este crescimento do número de processos judiciais é mais que um fenômeno jurídico, é um fenômeno social:

A valorização do judiciário viria em resposta à desqualificação da política e ao derruimento do homem democrático, nas novas condições acarretadas pela decadência do *Welfare State*, fazendo com que esse Poder e suas instituições passem a ser percebidos como a salvaguarda confiável das expectativas por igualdade e a se comportar de modo substitutivo ao Estado, aos partidos, à família, à religião, que não mais seriam capazes de continuar cumprindo as suas funções de solidarização social. (p. 25)

5.3.6 Serviços Públicos de Saúde x Serviços do Judiciário: percepções

A partir das falas dos usuários pode-se perceber um descontentamento com o atendimento dispensado pelos serviços públicos de saúde. Este descontentamento vai além da falta do medicamento. Está na abordagem, no acolhimento, na desinformação, na falta de sensibilização, na morosidade para resolução do problema. Embora existam servidores que se preocupem com um atendimento mais humanizado e acolhedor, as experiências negativas num momento de busca acabam sobressaindo e aumentando o sofrimento na caminhada. Fica claro a não internalização por parte desses servidores dos direitos do cidadão, do direito de terem um atendimento acolhedor, humanizado, resolutivo, do direito à informação, do direito ao acesso integral e universal.

Além disso, como citado anteriormente, a burocratização excessiva causa uma demora desnecessária do processo, trazendo incertezas para o usuário quanto à obtenção do seu tratamento. É como se a cada porta batida o cidadão encontrasse uma resistência, como se o Poder Executivo fosse mais um obstáculo provedor do direito.

Consequentemente, ao se deparar com o agravamento da patologia e a falta de recursos para arcar com o tratamento, o cidadão recorre ao Judiciário para solução do seu problema.

A via judicial também parece apresentar certo grau de burocratização, porém, diferente da busca nos serviços públicos, no primeiro os cidadãos possuem o auxílio

de servidores do judiciário que passam a orientar toda a busca. O acolhimento humanizado é evidenciado e, algumas vezes, o usuário recebe até ajuda financeira pela sensibilização dos servidores ali presentes.

“Ah, foi tudo muito rápido (Na Defensoria). Solicitou a documentação, comprovação de renda, receita relatório, essas coisas todas aí, e não demorou muito... bom, a parte deles é muito rápida.” (E2)

Contudo, nem sempre a via judicial consegue um resultado satisfatório para o usuário. O demandante tem a determinação judicial em mãos, mas a mesma não é cumprida. Quando isso acontece o cidadão parece não ter mais a quem recorrer e fica a mercê da própria sorte.

Nestes momentos o usuário toma atitudes que revelam seu total desespero com o abandono gerado. O relato do entrevistado E5 mostra que ele e seus familiares têm plena consciência de que alguém precisar dar solução ao seu problema de saúde.

“Ela (esposa) me pegou do jeito que estava quando estava sem medicamento, e o hospital de base não tem o remédio, aí nós pegamos e fomos primeiro pra XXX (servidora – secretaria de saúde do município) passando mal, e chegando lá ela falou: você está no lugar errado. E eu falei: estamos no lugar certo, porque estou sem o medicamento, porque se eu for no hospital não tem e eu tenho que providenciar de qualquer jeito, e eu não tinha condições. Ela falou que não podia fazer nada. Desci as escadas e fomos na defensoria. Aí quem tava acompanhando no momento não estava era outra. Aí ela mandou eu mesmo ir no fórum procurar assessora da juíza. A assessora da juíza pegou a liminar e falou que em 72 horas o medicamento ia estar na minha casa e realmente estava. Ai desse tempo não faltou mais.” (E5)

O desgaste gerado pela via judicial não deveria ser necessário para os entrevistados. Contudo, diante da ineficiência dos serviços percorridos, essa é a última porta buscada pelo usuário.

“Só que não precisava desse transtorno todo não. Poderia ser com mais facilidade. Ser mais fácil. Porque o direito não precisaria depender da justiça para ser cumprido.” (E2)

“Eu acho um falta de respeito com a pessoa. ... eles poderia liberar rapidamente.” (E4)

“Eu acho que não era pra ter chegado, eu não queria que chegasse nesse ponto, mas o jeito foi esse.” (E5)

O relato feito pelo entrevistado E5 mostra o desgaste, o sofrimento, encontrado pelo usuário na busca do medicamento. Tratamento por diversas vezes humilhante.

“...mas até eu conseguir eu fui massacrado, fui pisado, fui humilhado. Todo dia eu ia. Eu ficava com vergonha de ir lá. O pessoal falava: o que o senhor está querendo? Eu quero uma resposta (usuário). Tem não (servidor).” (E5)

Diante do exposto, todos os esforços para reduzir a necessidade do cidadão em buscar a via judicial para aquisição de um serviço ou insumo devem ser realizado.

5.3.7 Fluxograma do processo de busca pelo tratamento

No sentido de facilitar a compreensão e visualização dos caminhos percorridos pelo usuário na busca pelo tratamento, foi elaborado um fluxograma que resume os principais pontos de busca e decisões dos entrevistados (FLUXOGRAMA 1)

Geralmente a peregrinação inicia-se com a identificação de sintomas que levam à busca por um diagnóstico através da consulta médica. Neste momento a maioria dos entrevistados recorreu ao SUS. Contudo, na negativa de disponibilidade de consulta ou demora para a realização das mesmas, o usuário recorre a consultas particulares para realização da mesma. Os usuários que possuem plano de saúde utilizam dessa via para realização das consultas.

Após diagnóstico, que não parece ser tão simples, uma vez que alguns usuários passam por diversos especialistas até conseguir identificar o seu real problema de saúde, eles recebem a prescrição e dá início a um processo complexo e obscuro de busca pelo tratamento prescrito.

Quando o usuário pode comprar o medicamento ele o faz. Contudo, como os casos dos entrevistados envolviam medicamentos obtidos por via judicial, e estes em geral possuem custo elevado, a maioria dos entrevistados buscou os serviços públicos para aquisição.

Diante da negativa de dispensação do serviço público, ou por falta no estoque ou por ausência em listas oficiais, o usuário buscou outros meios para realizar o tratamento. Esta busca, em geral, era feita através da ajuda de amigos, parentes e

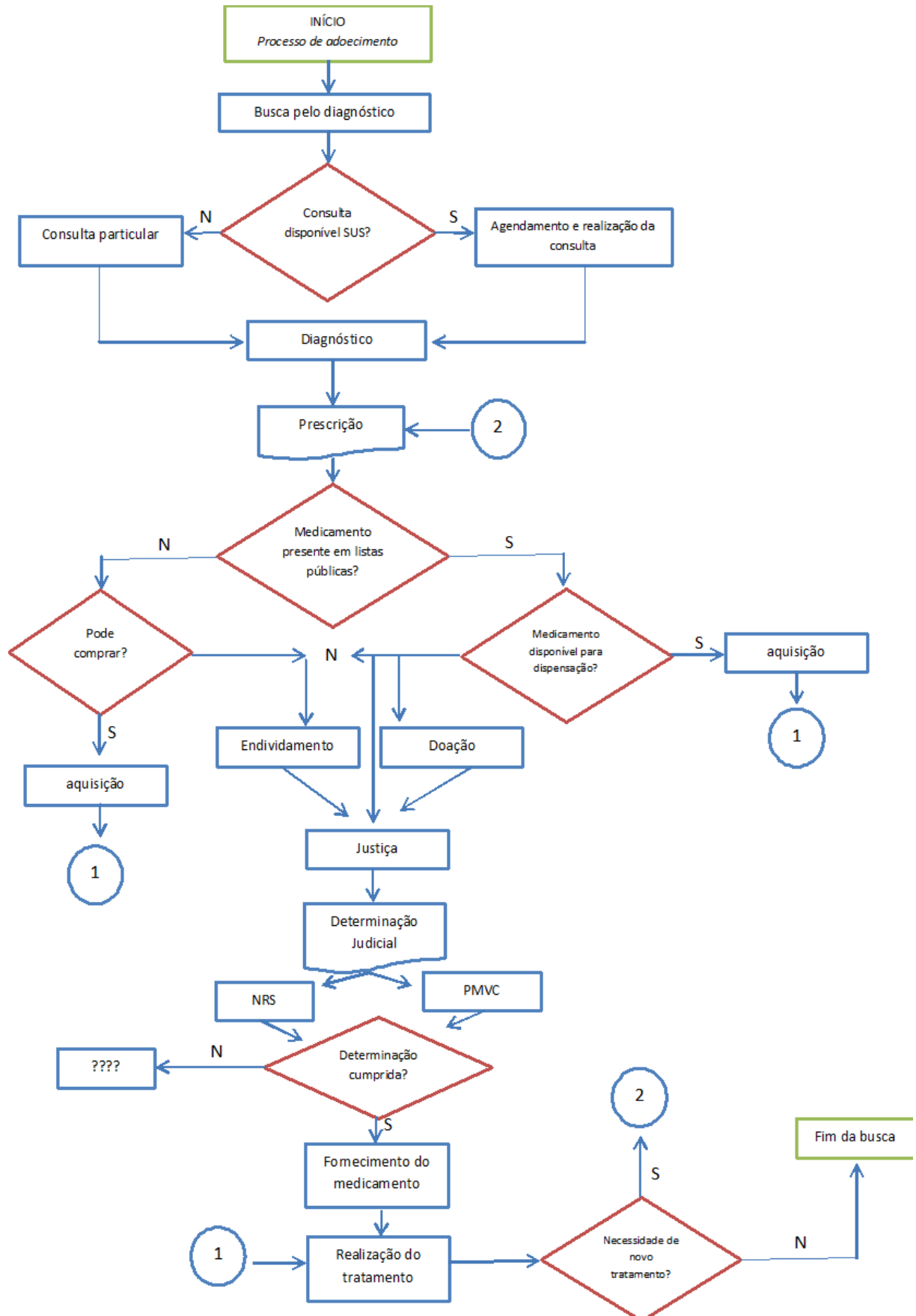
grupos sociais. Neste período o entrevistado descobria a possibilidade de obtenção através da via judicial.

A maior parte dos entrevistados acessou a via judicial através da defensoria pública, informação obtida durante o percurso de busca pelo tratamento. Após fornecimento das informações e documentos necessários era deferida a determinação judicial para recebimento do tratamento.

Com o tratamento fornecido e realizado parece ser o fim da busca. Porém, para alguns, a ineficácia do tratamento ou descontinuidade do fornecimento acabava gerando nova demanda judicial e todo o processo se iniciava a partir de uma nova prescrição. Neste segundo momento fica evidente a ampliação do conhecimento do processo e o percurso parece mais claro e mais lógico para o usuário.

Por fim, alguns requerentes, mesmo em posse da determinação judicial não tem o tratamento fornecido. Nestes casos, cria-se uma incógnita no processo de busca.

Fluxograma 1: caminhos de busca pelo tratamento medicamentoso.



5.4 CONCEPÇÕES DO DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde está inserido na órbita dos direitos fundamentais constitucionalmente adquiridos. Definida pela Constituição Federal como “direito de todos e dever do Estado”, não é tarefa fácil definir o que é saúde. Contudo, percebe-se nas falas dos entrevistados que o direito a saúde possui um sentido mais voltado para uma corrente jusnaturalista do direito, que emana da própria ordem de equilíbrio da natureza (NADER, 1998). Entretanto, todos concordam que a saúde é um direito.

“... mas na realidade é um direito de todos.” (E1)

“É um direito de todo mundo. O SUS é pra isso.” (E4)

“... a saúde é um direito em primeiro lugar.” (E5)

Para os entrevistados a saúde está ligada diretamente a disponibilidade ou não de serviços ou insumos. Alcançar a saúde é ter acesso ao tratamento de que necessita. Os entrevistados percebem que a aquisição do medicamento é um direito, e o dever do Estado está diretamente ligado ao pagamento de impostos pelo cidadão. Portanto, o pagamento de impostos, na visão dos entrevistados, dá direito aos serviços de saúde almejados.

“Pelos impostos que a gente paga a gente teria direito sim.” (E3)

“A gente paga o imposto certinho, pelo menos deveria ter compromisso com a gente.” (E4)

“... porque a gente paga imposto,... eu acho que a gente deveria ter um tratamento melhor pelos nossos governantes.” (E6)

Uma importante observação a ser elaborada é desmistificação de que o direito está vinculado ao pagamento de imposto. A saúde é um direito do cidadão e dever do Estado porque foi erigido a tal pela Constituição. Os impostos são meios estatais de angariar recursos para prestação dos serviços relacionais aos direitos fundamentais, ou direitos positivos, que necessitam de um aparato estatal de prestação. Segundo Ataliba (2005) o imposto “é distributivo, ou seja, seu pagamento não está condicionado a uma retribuição estatal específica. Não há troca, nem permuta de prestações.”

Embora tenham recebido o medicamento ou tratamento, e certos de que isso era um direito, muitos apresentavam insegurança quando a manutenção do mesmo. Aqui se percebe a fragilidade do direito adquirido. Isso provavelmente aconteça pela observação frequente da violação dos direitos, em especial do direito à saúde. Para eles, a qualquer momento esse direito pode ser novamente violado.

“É claro que tenho medo. Com certeza. Quem não tem medo?” (E1)

“Eu tenho medo, uma insegurança também, infelizmente” (E4)

A má aplicação dos recursos públicos aliada à corrupção é causa de grande descontentamento pelos entrevistados e apontado como motivo para a dificuldade em se alcançar o direito à saúde. A aplicação adequada dos recursos para efetivação do direito não parece ser prioridade pelos gestores públicos.

“Porque tá sendo muito falho a saúde. Porque tem muito dinheiro desviado. ... devia colocar pra saúde e sei que não ta botando.” (E5)

“Porque eles fazem tanta coisa errada, gasta tanto dinheiro em vão, embolsa né. Então porque não cuidar do ser humano.” (E4)

Existe uma forte descrença nos representantes e uma necessidade de um olhar mais cuidadoso para as ações de saúde.

“eu acho que deveria ter um tratamento melhor pelos nossos governantes.” (E2)

“eles deveriam respeitar mais a dor de cada um né, cuidar mais das pessoas, porque hoje é um descaso.” (E4)

“Eu vejo que a gente precisava ter um tratamento melhor na saúde. Saúde, educação e segurança deveria ser prioridade pro governo e às vezes eu vejo que não é.” (E6)

Fica claro que o Estado não tem cumprido adequadamente o seu papel frente para consolidação dos direitos sociais dos cidadãos. A Constituição Federal parece não nortear na prática as ações desenvolvidas frente à realidade de alguns serviços de saúde no país (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2010).

A necessidade de utilização da via judicial para a efetivação do direito não é vista com bons olhos pelos entrevistados. Além do desgaste produzido parece incoerente que a justiça precise determinar que o executivo realize uma ação que é sua obrigação, seu dever.

“Eu acho que não precisava justiça não. Porque se tá ali comprovado com receita. Com relatório médico que você tem aquilo, pra esse transtorno todo de justiça, de demorar? E se for uma doença grave que realmente mata, que a pessoa não pode nem esperar, que não dá tempo nem da pessoa esperar, entendeu. A minha ainda espera, mas pode ser que eu fiquei com alguma lesão por conta disso, mas e se for uma que não espera, como é que fica né?” (E2)

Além disso, muitas vezes o cidadão se sente inseguro ao utilizar a via judicial, sendo até mesmo coagido ao fazê-lo, demonstrando um total despreparo e desrespeito do servidor ao atuar de tal modo. O relato de E3 abaixo demonstra isso claramente ao receber uma ligação de um funcionário do serviço público de saúde.

“eu recebi uma ligação. Meu esposo atendeu e passou pra mim. Eu estava tomando uns medicamentos controlados. Recebi uma ligação da Dires depois de tomar uns calmantes e a pessoa falou que era de lá da Dires e queria saber em relação à medicação que eu tinha pedido, e tal e tal. Depois começou a falar porque eu tinha entrado na justiça, se eu sabia quanto custava aquilo por dia pra justiça. Que eu não podia ter feito aquele tipo de coisa. E foi de certo modo com palavras agressivas, quando eu desliguei o telefone eu fiquei pensando: meu Deus será q eu fiz alguma coisa de errado. Tanto é que eu ainda perguntei pra uma prima minha que entende um pouco mais dessa área: será q eu fiz alguma coisa de errado de ter posto na justiça? Eu devia ter esperado? Porque eu me senti muito humilhada.” (E3)

É interessante notar também que a busca em todos os casos ocorreu de modo individual, não sendo fruto de uma busca realizada por meio de uma mobilização coletiva. Esta forma de busca acaba tendo pouco impacto para a criação de uma consciência dos direitos fundamentais na sociedade, uma vez que foram através dos movimentos sociais que foram gerados e se tornaram efetivos os direitos fundamentais existentes no Brasil. Gonzales (2010) continua dizendo que “quando um povo não produz os movimentos sociais ou perde a memória histórica de movimentos populares que geraram direitos coletivos, posteriormente difundidos a todos os cidadãos, pode-se dizer que esse mesmo povo perdeu sua parte de sua soberania e independência”.

Contudo, a conscientização criada na busca individual é de fundamental importância para que ocorram mudanças sociais significativas, uma vez que a peregrinação produz ampliação da consciência crítica e percepções que são posteriormente difundidas no ambiente de convívio do indivíduo (CARVALHO, 2004).

“Depois dessas experiências eu ensino o pessoal mesmo. Agora mesmo eu estou com um sobrinho, ele ta com vitiligo. Eu já falei com a mãe dele, eu não sei se não ta tendo condição de comprar ou o que é. Mas eu já falei, procura a defensoria. **É direito dele.** A prefeitura tem que fornecer.” (E2)

Por fim, os movimentos individuais através da judicialização da saúde não parecem produzir mudanças significativas na prestação dos serviços, ou as produzam em menor escala. Embora existam queixas frequentes dos gestores por conta do número crescente e excessivo das demandas judiciais, não se percebe uma preocupação em melhorar o acesso da população dentro dos serviços públicos. Talvez o estabelecimento de movimentos sociais coletivos, o uso de instâncias como os conselhos de saúde, sejam o caminho para que se produza resultados não apenas individuais, mas que sejam refletidos em toda a sociedade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a saúde seja um direito social garantido através da Constituição Federal, sua consolidação no cotidiano dos brasileiros parece distante. Isso tem refletido em um número elevado de demandas judiciais, em especial no que diz respeito ao fornecimento de medicamentos pelo SUS.

A atuação do Judiciário tem possibilitado a concretização, embora individual nos casos analisados, da saúde como um direito, pelo menos em parte. Contudo, ainda foram encontrados na pesquisa cidadãos que, mesmo através da via judicial, não tiveram sua demanda atendida. Isto reflete a dificuldade de consolidação da saúde como direito mesmo através desta via.

Apesar de analisar apenas as falas dos usuários, fica evidente a necessidade de uma reestruturação da saúde pública para que sejam dispensados aos cidadãos serviços de qualidade que possibilitem um acesso integral e universal. Além de um tratamento mais humanizado, é destacada a importância de um olhar mais atencioso dos representantes do povo para a área da saúde.

Embora não se possa negar os avanços da Assistência Farmacêutica nas últimas décadas, existe ainda uma lacuna muito grande a ser trabalhada pelos gestores. A simples elaboração de listas, protocolos e diretrizes terapêuticas não tem se mostrado capaz de atender às necessidades reais da população, tendo seu reflexo no elevado número de ações judiciais. Além disso, a presença de um elevado número de solicitações de medicamentos presentes nestas listas demonstra que nem mesmo a política pública está sendo concretizada. Este é, portanto, um dos pontos que deve ser levado em consideração pela Gestão da Assistência farmacêutica do município.

No tocante a judicialização, a busca de assistência técnica por parte do judiciário tem se mostrado um avanço em nível nacional, tornando possível a elaboração de decisões mais precisas no caso concreto. Além disso, o diálogo entre o Executivo e o Judiciário também tem possibilitado que as intervenções do último levem em consideração as políticas públicas existentes, sem que, contudo, isso seja um limitador do direito individual.

A busca individual em todos os casos analisados demonstra uma necessidade de um aprofundamento das discussões relacionadas ao direito à saúde

no âmbito coletivo. A ampla participação social nesse processo poderá legitimar as restrições absolutamente necessárias (VENTURA *et al.*, 2010). Neste aspecto, discussões mais abrangentes a cerca do tema em espaços de participação popular, como os conselhos locais e municipal de saúde, são de grande relevância para adequação dos serviços às reais necessidades da população.

Portanto, a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde essenciais, incluindo os medicamentos, através de políticas públicas mais abrangentes e disponibilização de recursos para tal é, possivelmente, o caminho para a redução da judicialização e concretização do direito à saúde no país.

Ressalta-se ainda a importância de estudos posteriores que possibilitem um aprofundamento das questões que foram parcialmente tratadas neste trabalho, além da análise dos olhares de outros atores envolvidos no processo de judicialização no município, como gestores, servidores da saúde e integrantes do judiciário.

Cabe destacar que a judicialização da saúde ou de medicamentos não é um problema restrito ao município estudado, como demonstrado nos estudos listados nesta dissertação, necessitando-se de maiores discussões a nível estadual e federal para mitigação do problema.

Finalizo este trabalho fazendo uso das palavras de esperança da professora Maria Helena Barros de Oliveira proferidas durante a audiência da saúde em 2009 (OLIVEIRA, 2009):

“... temos a esperança e acreditamos que podemos criar espaços de consenso juntamente com o Estado através de seus Poderes Judiciário, Legislativo e Executivo na construção de um país mais justo e digno, onde princípios como a ética e a dignidade da pessoa humana sejam os norteadores de nossas políticas públicas para a saúde.”

REFERÊNCIAS

- AITH, F. *et al.* Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **R. Dir. sanit.**, São Paulo v.15 n.1, p. 10-39, mar./jun. 2014.
- ALEXY, R. **Teoría de los Derechos Fundamentales**. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2001.
- ALVES; P. C. B; SOUZA I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M; ALVES, P. C. B; SOUZA I. M. A, organizadoras. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
- ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, set. 1993. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300014>.
- AMARAL, G. **Direito, escassez e escolha**. São Paulo: Renovar, 2001.
- ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito**. Rio de Janeiro: Record; 2007
- ARENDT, H. **A Condição Humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- ASENSI, F. D. O direito à Saúde no Brasil. In: ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. **Direito Sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 fev. 2016.
- ATALIBA, G. **Hipótese de incidência tributária**. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.
- BARCELLOS, A. P. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2011, p. 276
- BARNES, R. M. **Estudos de Movimentos e Tempos**. São Paulo: Blucher, 1977.
- BARRETO, J. L. *et al.* Perfil das demandas judiciais por medicamentos em municípios do estado da Bahia. **Ver. Baiana de Saúde Pública**. v. 37, n. 3, 2013.
- BARROS, J. A. C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 5, p. 377-386, out. 1983. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101983000500003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 18 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101983000500003>.

BELLATO, R.; ARAUJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: IMS; Abrasco, 2008.

BOBBIO, N.. Teoria **Geral da Política: a filosofia política e as lições dos clássicos**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 16 de julho de 1934.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. 1988.

BRASIL. Lei Federal 8.080, de 19 de dezembro de 1990. **Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde**, Brasília. 1990.

BRASIL, Portaria do Ministério da Saúde 3916, de 30 de outubro de 1998. **Política Nacional de Medicamentos**, Brasília, 1998.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL, Resolução do Conselho Nacional de Saúde 338, de 06 de maio de 2004. **Política Nacional de Assistência Farmacêutica**, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). **A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora**. Relatório de Consultoria - Projeto 1.04.21. Brasília, 20 set. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRITO, A. A. A. Breves reflexões sobre a História Geral da Cidadania. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 94, nov 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10686>. Acesso em nov 2014.

BRUNS, S. F.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, E. A. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro**, v. 48, n. 3, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Feb. 2016.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, Nov. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232011001200016&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Mar. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>.

CAMPOS NETO, O. H. *et al.*. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000500004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 jan. 2016.

CARVALHO, J. M. Entrevista. In: CORDEIRO, L.; COUTO, J. G. (Orgs.). **Quatro autores em busca do Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

Carvalho G. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. **Saúde em Debate**. v. 29, n. 59, 2005.

CARVALHO, M. N.; LEITE, S. N. Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no estado do Amazonas, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 51, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400737&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Nov. 2014.

Carvalho S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n.4, 2004.

CASTRO, S. H. R. de. **Impacto desalocativo no orçamento público estadual em face de decisões judiciais**. Belo Horizonte/MG, 2011.

CECILIO, L.C **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde**. IN: Pinheiro, R. e Mattos, R.A (org) .Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.

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

CHANLAT, F. **Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Judicialização da Saúde no Brasil: dados e experiência**. ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. (Coord.). Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2015.

COUCEIRO, J. C. Princípio da Separação de Poderes em corrente tripartite. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 94, nov 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?artigo_id=10678&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso em jan 2016.

COUTINHO, C. N. Notas sobre cidadania e modernidade. **Praia Vermelha — Estudos de Política e Teoria Social**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 145-165, set. 1997.

CREMONESE, D. A Difícil Construção da Cidadania no Brasil. **Desenvolvimento em Questão**, vol. 5, núm. 9, 2007.

DELDUQUE, M. C.; MARQUES, S. B. A Judicialização da política de assistência farmacêutica no Distrito Federal: diálogos entre a política e o direito. **Acta Tempus**, v. 5, n. 4, 2011.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SCHWARTZ, I. V. D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 479-489, mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jan. 2016.

DWORKIN, R. **Uma questão de princípio**. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes. 2005.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XI, n. 49, jan 2008. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=4182&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso em jan 2016.

GANDINI, J. A. D; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. A efetivação dos direitos sociais à saúde e à moradia por meio da efetividade conciliadora do poder judiciário. In: SANTOS, L. (org). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes editora, 2010.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2006.

GOMES, D. F. *et al.* Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 139-156, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100139&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140008>.

GONZALES, E. T. Q. Movimentos sociais e direitos fundamentais coletivos e difusos no Brasil. **Caderno de direito**, Piracicaba, v. 10, n. 19, 2010.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KEHRIG, R. T. **Integralidade da atenção à Saúde: Sua Expressão na Organização tecnológica do Trabalho em serviços Locais de Saúde**. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

L'ABBATE, S. **Direito à saúde: discursos e práticas na construção do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

LEITE, S. N.; MAFRA, . C. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700078&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Nov. 2014.

LIMA, V.M.C.L. **Peregrinação, empoderamento, retrocessos no acesso a medicamentos por via judicial no Estado do Amazonas – Brasil**. Dissertação de mestrado, Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí; 2009.

LOYOLA, M. A. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (Supl), 2008.

MACHADO, F. R. de S. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e Estado. **Trab e Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 355-371, jul.-out. 2009.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila *et al* .Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 3, 2011.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MARÇAL, K. K. S. **A Judicialização da Assistência Farmacêutica: o caso Pernambuco em 2009 e 2010**. 2012. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

MARQUES, O. R. A.; MELO, M. B.; SANTOS, A. P. S. Ações judiciais no âmbito do sistema único de saúde do Brasil, bases legais e implicações: um estudo de caso em um tribunal da região sudeste. **Rev. de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 1, 2011.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n1, 2007.

MARQUES, S. B. O princípio constitucional da integralidade de assistência à saúde e o projeto de lei n. 219/2007: interpretação e aplicabilidade pelo poder judiciário. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v. 10, n. 2, 2009.

MATTA, Roberto. Carnavais, malandros e heróis – para uma sociologia do dilema brasileiro. 6. ed. Rio de Janeiro: **Rocco**, 1997.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. **Os sentidos da integralidade**. PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (org). RJ: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, 2004.

MEINERS, C. Patentes farmacêuticas e saúde pública: desafios à política brasileira de acesso ao tratamento anti-retroviral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.7, 2008.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

MENICUCCI, T.M.G; MACHADO, J.A. *Judicialization of healthpolicy in the definition of Access to public goods: Individual rights versus collective rights*. **Brazilian Political Science Review** (Online), n. 5, 2011.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MOURA, E. S. Direito à saúde na Constituição. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 18, n. 3730, 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/25309>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

NADER, P. **Filosofia do Direito**. 6ª edição. Rio de Janeiro. Ed. Forense, 1998

OLIVEIRA, M. H. B. **Audiência Pública da Saúde**. Brasília, 28 de abril de 2009. Disponível em:

http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Sra._Maria_Helena_Barros_de_Oliveira__Representante_da_Fundacao_Oswaldo_Cruz__FIOCRUZ_.pdf

PAIM, J.S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

PAULA, D. G. Direito à saúde e finanças públicas: uma questão “trágica”. In: ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R.. (Orgs). **Direito Sanitário**. São Paulo: Elsevier, 2012.

PAVANI, M.; BARRETO JÚNIOR, I. F. O direito à saúde na ordem constitucional brasileira. **R. Dir. Gar. Fund.**, Vitória, v. 14, n. 2, 2013.

PEPE, V. L. E *et. al.* Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, 2010a.

PEPE, V. L. E. *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500015>.

PEREIRA, J.R. *et al.* Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciênc. saúde coletiva**. v.15, supl.3, 2010.

PIRES, A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Editora Vozes; 2008.

REIS, E. P. Cidadania: história, teoria e utopia. In: PANDOLFI, D. C. *et al.* (Orgs.). **Cidadania, Justiça e Violência**. Rio de Janeiro: Getúlio Vargas, 1999.

REZENDE FILHO, C. B.; CÂMARA NETO, I. A. A evolução do conceito da cidadania. **Unitau**, Taubaté, v. 7, n 2, 2001.

RI, L. D. A construção da cidadania no Brasil: entre o império e a primeira república. **Espaço Jurídico**, v. 11, n1, p. 07-36, 2010.

RIOS, T. M. O conflito entre o princípio da separação dos poderes e a judicialização da saúde. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 117, out 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13687>. Acesso em fev 2015.

RONSEIN, J. G. **Análise do perfil das solicitações de medicamentos por demanda judicial no Estado de Santa Catarina no período de 2005 a 2008**. 2010. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SANT’ANA, J. M. B.; PEPE, V. L. E.; OSÓRIO-DECASTRO, C. G. S.; VENTURA, M. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington DC, v. 29, n. 2, 2011.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça**. A política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SANTOS, L. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. In: ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **SUS passo a passo**. São Paulo: Hucitec, 2008.

SANTOS, L. **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes editora, 2010a.

SANTOS, L. L. V. B. O Princípio da Igualdade. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 72, jan 2010b. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7039>. Acesso em jan 2016.

SANTOS, A. M. **Posição da Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado no município sede de Região de Saúde – o caso de Vitória da Conquista**. In: ALMEIDA, P. F. A.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA, 2015.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SARLET, I. W. Algumas considerações em torno do conteúdo, Eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Diálogo Jurídico**. Salvador, n. 10, jan. 2007, p. 13.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações, p. 29. In SARLET, I. W.; TIMM, L. B. (organizadores). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010.

SCHWARTZ, B. **Direito Constitucional americano**. Rio de Janeiro: Forense, 1955.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. **Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos**. IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade. Brasília/DF - 3 a5 de novembro de 2013.

SILVA, K. S.; Barros, R.S.; SANTOS, A. M. O que é o SUS? **Revista Saúde.com**, v. 8, 2012.

SOUKI, L. G. A atualidade de T. H. Marshall no estudo da cidadania no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, v. 6, n. 1, 2006.

SOUZA, L. D. F. de. Reserva do possível e o mínimo existencial: embate entre direitos fundamentais e limitações orçamentárias. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 116, 2013. Disponível em: <http://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13621&revista_caderno=4>. Acesso em jan 2016.

TEIXEIRA, T. C.; PACHECO, P. V. A judicialização do direito à saúde e o princípio da reversa do possível: necessidade de uma interpretação sistemática da Constituição. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 85, 2011. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8957>. Acesso em nov 2014.

TORRES, Ricardo Lobo. **O direito ao mínimo existencial**. Rio de Janeiro: Renovar: 2009.

TRAVASSOS, C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 1997.

VALLE, G. H. M. do; CAMARGO, J. M. P. A audiência sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 3, 2010.

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

VIANNA, L. W.; CARVALHO, M. A. R.; MELO, M. P. C.; BURGOS, M. B. A **judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999. p. 25

VICTORA C. G.;HASSEN M. N. A.;KNAUTH,D. R. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução**. Porto Alegre:Tomo Editorial; 2000.

NUNES JUNIOR, V. S. **A Cidadania Social na Constituição de 1988 – Estratégias de Positivção e Exigibilidade Judicial dos Direitos Sociais**. São Paulo: Editora Verbatim, 2009, p. 173.

ZIROLDO R. R.; GIMENES R. O.; CASTELO JÚNIOR C. C. A importância da saúde suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 37, n. 2, 2013.

WANG, D. W. L. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gastos públicos e organização federativa. **Rev. Adm. Pública** — Rio de Janeiro. v. 48, n. 5, 2014.

WEICHERT, M. A. O Direito à Saúde e o Princípio da Integralidade. In: SANTOS, L. (organizadora) **Direito da Saúde no Brasil**. Campinas: Editora Saberes, 2010.

WHO (World Health Organization). **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. WHO. Genebra, 1946.

APÊNCIDE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome ou código de identificação: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Profissão: _____

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Endereço de moradia: _____

Renda Familiar: _____ Quantos pessoas moram na casa: _____

PERGUNTAS/TEMAS NORTEADORES

Descoberta e tratamento da Doença

Pergunta principal

Relate sobre sua trajetória desde a descoberta da doença, da prescrição do medicamento até os caminhos que percorreu dentro dos serviços de saúde para conseguir.

- Relate como foi o processo de descoberta da doença
- Quando e por quem foram prescritos os medicamentos (rede pública ou privada)
- Já havia realizado tratamento diferente do atual para a mesma doença anteriormente?
- Quais os locais (públicos e privados) que você foi em busca do medicamentos?
- Nos serviços públicos, quais informações sobre a disponibilidade do seu tratamento foram fornecidas?
- Buscou outras formas de tratamento que não o medicamento?
- Teve alguma forma de ajuda para conseguir realizar o tratamento? (amigos, parentes, associações, etc)
- Como se sentiu quando não teve o seu medicamento fornecido pelo SUS?

Via Judicial

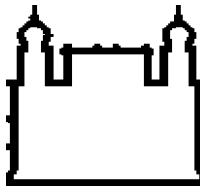
Pergunta principal

Relate como e quando decidiu buscar através da justiça o fornecimento do medicamento (quem indicou, via que seguiu, motivação da escolha por determinada via).

- Tempo de espera para recebimento.
- Quais suas expectativas após dar entrada na justiça?
- Como sentiu quando teve seu pedido indeferido? (para os que tiveram)
- Há quanto tempo recebe ou recebeu o medicamento por determinação judicial?
- Como você percebe a necessidade de utilizar a via judicial para ter acesso ao medicamento?

Direito à saúde

- Como você percebe ou entende o direito à saúde? (o que você acha que é direito à saúde)?
- Você acha que esse direito foi alcançado após recebimento do medicamento ou restringido quando não recebeu?

APÊNDICE B – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca - ENSP**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA-BA: UMA ANÁLISE DOS ITINERÁRIOS DOS USUÁRIOS**, desenvolvida por RODRIGO SANTOS DAMASCENA, discente do Mestrado em SAÚDE PÚBLICA da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. WILLIAM WAISSMANN.

Este projeto tem o Objetivo Central de analisar o itinerário, o caminho, dos usuários do sistema de saúde que pleitearam medicamentos por via judicial. A análise realizada poderá permitir a identificação de pontos de intervenção na rede de assistência à saúde que possibilitem uma melhor prestação do serviço para que o usuário não necessite chegar à via judicial para adquirir seu tratamento.

O convite a sua participação se deve ao fato de você ter ingressado com uma ação judicial para aquisição de medicamentos para seu tratamento de saúde. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista ao pesquisador do projeto, com duração de aproximadamente 1 hora. Além disso, a entrevista será gravada para que não sejam perdidas informações importantes, sendo a gravação condição para participação. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e seu orientador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Pelo fato de todas as informações serem confidenciais e a sua participação consistir em uma entrevista realizada pelo pesquisador, a mesma não apresenta risco. É importante lembrar que nenhuma informação aqui prestada será disponibilizada para o governo (município, Estado ou União) ou para o judiciário de modo que possa caracterizar algum tipo de interrupção ou fornecimento do medicamento pleiteado.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas e a última assinada por ambos.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ
 Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210
 Tel / Fax: 2598-2863 - e-mail: cep@ensp.fiocruz.br - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.

Contato com o pesquisador responsável:

Rodrigo Santos Damascena – Discente Curso de Mestrado em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz
 Rua B, nº 40, Vila Oeste - Vitória da Conquista – Ba – CEP 45078-280
 Telefone: (77) 88148084 – e-mail: rodrigodamascena@ig.com.br
Dr. William Waissmann – Professor pesquisador da FIOCRUZ
 Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Rio de Janeiro – RJ – CEP 21040-210
 Telefone: (21) 25982806 (21) 25982682

RODRIGO SANTOS DAMASCENA - PESQUISADOR

Vitória da Conquista, _____ *de* _____ *de* _____

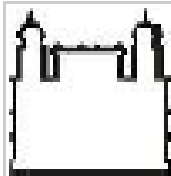
Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Polegar direito

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:





ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA - BA: UMA ANÁLISE DOS ITINERÁRIOS DOS USUÁRIOS.

Pesquisador: Rodrigo Santos Damascena

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 47439415.9.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.334.757

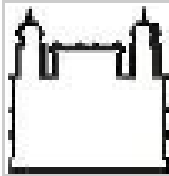
Apresentação do Projeto:

Trata-se de Parecer de análise de respostas às pendências emitidas pelo CEP/ENSP através do Parecer Consustanciado número 1.289.476, de 21/10/2015, referente ao projeto de pesquisa integrada, intitulado "JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA - BA: UMA ANÁLISE DOS ITINERÁRIOS DOS USUÁRIOS", de autoria de Rodrigo Santos Damascena, aluno do curso de Mestrado Profissional em Direito e Saúde para o Município de Vitória da Conquista - BA, sob orientação do Dr. William Walssmann.

O Projeto, ora em análise, já havia recebido o Parecer Consustanciado do CEP/ENSP n° 1.215.618, de 04/09/2015.

A judicialização da saúde, e particularmente de medicamentos, tem se tomado de grande interesse atual, pois tem tomado volume e importância econômica e de gestão dos serviços públicos nunca antes observados. Este projeto tem como objetivo analisar o itinerário dos usuários que pleitearam a aquisição de medicamentos via judicial. Para tanto, será realizado estudo descritivo qualitativo visando conhecer o itinerário de 20 pacientes em busca de medicamentos prescritos para suas doenças. O estudo será realizado no município de Vitória da Conquista que está localizado na

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênis
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-310
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2508-2663 **Fax:** (21)2508-2663 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.334.757

região sudoeste do estado da Bahia.

O Itinerário Terapêutico procura descrever e analisar os caminhos percorridos pelos indivíduos na busca da solução dos seus problemas de saúde, por meio de suas narrativas orais, neste caso, a obtenção do medicamento prescrito. Neste trabalho, o Itinerário Terapêutico é compreendido a partir dos diferentes percursos que o usuário constrói na busca do seu tratamento, neste caso, o tratamento medicamentoso, até sua chegada e trajetória dentro da via judicial.

O estudo será realizado no município de Vitória da Conquista que está localizado na região sudoeste da Bahia, sendo a terceira maior cidade do Estado com uma população de 306.866 habitantes e uma área demográfica de aproximadamente 3400km², segundo dados do IBGE. A Assistência Farmacêutica Municipal está inserida no organograma da saúde, na Diretoria de Vigilância à Saúde. As principais unidades de armazenamento e dispensação são: Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF), Farmácia da Família, Farmácias das Unidades Básicas de Saúde, Serviço de Tisiologia e Dermatologia Sanitária, Centro de Atenção e Apoio à Vida (CAAV) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O município de Vitória da Conquista conta com 2 varas da Justiça Federal, 1 vara da Infância e da Juventude e 1 vara da fazenda pública, onde podem ser impetradas ações contra o município para fornecimento de medicamentos. Os usuários a serem entrevistados serão selecionados a partir de processos judiciais contra o município de Vitória da Conquista nos anos de 2013 e 2014 que tenham como objeto a dispensação de medicamentos. Os dados dos usuários nos processos serão levantados junto a procuradoria da saúde do município de Vitória da Conquista-Ba. Inicialmente será realizado um perfil dos requerentes, através de uma análise documental, que possibilitará uma melhor análise dos resultados. Os dados referentes ao itinerário dos usuários serão coletados a partir de entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE A) aos usuários selecionados, após contato inicial para definição de data e local para entrevista. As 20 entrevistas serão realizadas em local tranquilo, a partir da disponibilidade dos usuários.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos os processos que envolvam menores e que corram em segredo de justiça.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os itinerários dos usuários do sistema de saúde que pleitearam medicamentos por via judicial.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

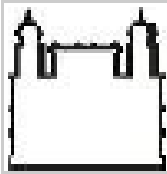
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2508-2883

Fax: (21)2508-2883

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.334.757

Objetivo Secundário:

Analisar o perfil dos requerentes de medicamentos nestas liminares;

Analisar os pontos de acesso dentro da rede do SUS percorridos pelos solicitantes em busca do(s) medicamento(s);

Caracterizar os caminhos para a via judicial de acesso a medicamentos por meio de liminares;

Compreender os motivos que levaram os solicitantes a buscarem a via judicial;

Caracterizar os motivos que levaram os solicitantes a optarem por determinada via judicial;

Conhecer as percepções e os significados que essas pessoas atribuem ao tratamento farmacológico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

Segundo o autor, "Os riscos apresentados no trabalho estão mais relacionados às entrevistas que serão realizadas, podendo gerar certo desconforto ou até mesmo constrangimento em alguns momentos". No TCLE garante que "Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro".

Benefícios:

Ainda segundo o pesquisador responsável, a "compreensão dos itinerários percorridos pelos usuários possibilitará uma melhor compreensão da rede de assistência à saúde e de como esse indivíduo se comporta diante das situações que lhe foram apresentadas. Isso permitirá a formação de um embasamento científico que poderá culminar na elaboração de políticas que reduzam a necessidade do indivíduo em buscar a via judicial para obtenção do seu tratamento medicamentoso".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresentado possui os elementos necessários à apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênis

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

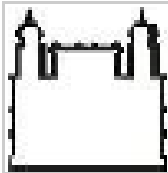
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2883

Fax: (21)2598-2883

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.334.757

- Termo de Autorização Institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista para realização da coleta de dados;
- Formulário de Encaminhamento assinado;
- Folha de Rosto;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Roteiro de Entrevista;
- Projeto na Inteira.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- PENDÊNCIAS:

2. Item de pendência: Pendência Geradora de nova pendência

Na resposta ao Item 2 de pendência, o pesquisador esclarece: "Os usuários a serem entrevistados serão selecionados a partir de processos judiciais contra o município de Vitória da Conquista nos anos de 2013 e 2014 que tenham como objeto a dispensação de medicamentos. Os mesmos serão identificados a partir dos processos arquivados na procuradoria da saúde do município, de onde serão extraídos dados como telefone e endereço".

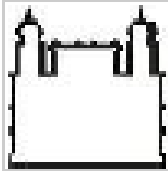
Assim sendo, faz-se necessário providenciar e anexar o Termo de Anuência Institucional da Procuradoria da Saúde do município de Vitória da Conquista-BA OU um Termo de Autorização para realização da pesquisa assinado pelo Juiz responsável por cada uma das varas de onde se originaram os processos (as duas varas da Justiça Federal e a vara da Fazenda Pública). OBS.: Estamos considerando, aqui, que os processos originados na vara da Infância e da Juventude estarão contemplados no critério de exclusão e não farão parte da pesquisa.

* Antes de responder a pendência, ora emitida, verificar se o cronograma do projeto (na Plataforma Brasil e no projeto na Inteira) continua adequado, uma vez que prevê início da coleta de dados para 01/11/2015.

- RESPOSTA À PENDÊNCIA:

Há alguma documento anexado para a pendência 1: (x) sim () não

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2663 Fax: (21)2598-2663 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.334.757

AUTORIZAÇÃO INST COLETA DE DADOS PROCURADORIA

CI de Liberação para coleta de dados

Projeto modificado

Resposta da pendência 2:

"Em Anexo dois termos – um corresponde a uma CI encaminhada pela Acessoria de Planejamento e Educação Permanente do Município à procuradoria autorizando coleta de dados após liberação pelo CEP. O segundo corresponde a uma autorização da procuradora do município liberando a coleta de dados no setor.

Além disso o cronograma foi alterado tanto na plataforma quanto no projeto para adequar-se à liberação do CEP."

- ANÁLISE DAS PENDÊNCIAS

Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

" Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final [...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados". O relatório deve ser enviado ao CEP pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". O modelo de relatório que deve ser seguido se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

" Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como emenda. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a modificação.

" Justificar fundamentadamente, perante o CEP, caso haja interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Folhaderosto_Rodrigo_Damascena.pdf	03/11/2015 09:02:37	Lisania Maria Tavares Bastos Medeiros	Acelto
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	01/11/2015		Acelto

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênis

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

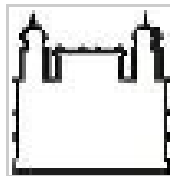
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2508-2663

Fax: (21)2508-2663

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.334.757

Básicas do Projeto	ETO_511384.pdf	00:24:25		Aceito
Outros	Form_resposta_pendencias2.doc	01/11/2015 00:22:42	Rodrigo Santos Damascena	Aceito
Outros	CI_liberacao_para_coleta_de_dados.PDF	01/11/2015 00:20:29	Rodrigo Santos Damascena	Aceito
Outros	AUTORIZACAO INST COLETA_DE_D ADOS PROCUADORIA.PDF	01/11/2015 00:15:58	Rodrigo Santos Damascena	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_modificado.docx	01/11/2015 00:12:28	Rodrigo Santos Damascena	Aceito
Outros	Form_resposta_pendencias.doc	13/10/2015 17:15:19	Rodrigo Santos Damascena	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.docx	27/09/2015 21:07:55	Rodrigo Santos Damascena	Aceito
Outros	liberação para coleta de dados.PDF	17/07/2015 18:24:07		Aceito
Outros	autorização Institucional para coleta de dados.PDF	17/07/2015 18:22:53		Aceito
Outros	APENCIDE A.pdf	17/07/2015 15:54:04		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto - Rodrigo Damascena (2).jpg	15/07/2015 08:02:58		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	13/07/2015 17:15:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Rodrigo Damascena Alterações para CEP.docx	13/07/2015 17:04:45		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Novembro de 2015

Assinado por:
Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Têmpo

Bairro: Marquinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2883

Fax: (21)2598-2883

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br