

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

RENATA LUCIANE POLSAQUE YOUNG BLOOD

CONSIDERAÇÕES SOBRE A
JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
NA COMARCA DE PONTA GROSSA-PR NO ANO DE 2011

PONTA GROSSA

2013

RENATA LUCIANE POLSAQUE YOUNG BLOOD

CONSIDERAÇÕES SOBRE A
JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
NA COMARCA DE PONTA GROSSA-PR NO ANO DE 2011

Dissertação apresentada para a obtenção do título de mestre na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas, Área de Concentração Estado, Direitos e Políticas Públicas:

Orientação: Prof^a Dr^a Silvana Souza Netto
Mandalozzo

Co-orientação: Prof^a Dr^a Márcia Helena Baldani
Pinto

PONTA GROSSA

2013

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

Blood, Renata Luciane Polsaque Young
B655 Considerações sobre a judicialização da
assistência farmacêutica na comarca de
Ponta Grossa-Pr no ano de 2011/ Renata
Luciane Polsaque Young Blood. Ponta
Grossa, 2013.
126f.

Dissertação (Mestrado em Ciências
Sociais Aplicadas - Área de Concentração:
Cidadania e Políticas Públicas),
Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Orientador: Prof. Dr. Silvana Souza
Netto Mandalozzo.

Co-Orientador: Prof. Dr. Márcia Helena
Baldani Pinto.

1.Judicialização. 2.Políticas públicas.
3.Assistência farmacêutica. 4.Participação
democrática. I.Mandalozzo, Silvana Souza
Netto. II. Pinto, Márcia Helena Baldani.
III. Universidade Estadual de Ponta
Grossa. Mestrado em Ciências Sociais
Aplicadas. IV. T.

CDD: 615.1

*Meus amores, infinita gratidão pela cumplicidade e
parceria nos momentos de fraqueza e indecisão.*

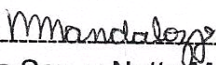
TERMO DE APROVAÇÃO

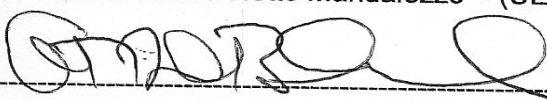
RENATA LUCIANE POLSAQUE YOUNG BLOOD

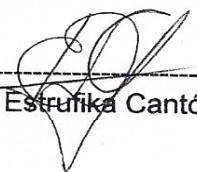
"CONSIDERAÇÕES SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA COMARCA DE PONTA GROSSA NO ANO DE 2011".

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Assinatura pelos Membros da Banca:


Dra. Silvana Souza Netto Mandalozzo - (UEPG) – Presidente


Dr. Eduardo Biacchi Gomes – (UNIBRASIL)


Dra. Danuta Estrufina Cantóia Luiz – (UEPG)

Dra. Cristina Berger Fadel – (UEPG) - Suplente

O direito tem seus limites e possibilidades, não sendo o único e nem sequer o melhor instrumento de ação social.

(Luís Roberto Barroso)

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 inova o ordenamento jurídico com a elevação da saúde à categoria de direito social. Este mesmo diploma legal determina que a efetivação deste direito deve ser feito por meio da implantação de políticas sociais e econômicas com foco na coletividade. Com a positivação do direito à saúde e das políticas públicas o Poder Judiciário passa a ter legitimidade para apreciar demandas visando a prestações de serviços públicos de saúde. Portanto, a judicialização das relações políticas é uma consequência inevitável, já que se objetivam em um corpo de direitos positivos e instituições estatais. Neste contexto, a intervenção do sistema jurídico na política de assistência farmacêutica tem sido objeto de muitas críticas, principalmente por desconsiderar os elementos internos desta política, por privilegiar a satisfação de interesses individuais e não se abrir ao diálogo com outros agentes envolvidos neste processo. Com o intuito de verificar como o sistema jurídico na Comarca de Ponta Grossa - PR, no ano de 2011, garantiu o direito social à assistência farmacêutica, o presente estudo, valeu-se da metodologia quanti-qualitativa. Assim, em um primeiro momento foi realizada a caracterização objetiva dos processos em trâmite nesta comarca, e logo após aplicou-se a metodologia qualitativa do Discurso do Sujeito Coletivo, com este procedimento foi possível identificar os principais argumentos utilizados pelos juízes na apreciação das ações judiciais com pedidos de medicamentos.

Palavras-chave: judicialização, políticas públicas, assistência farmacêutica, participação democrática.

ABSTRACT

The 1988 Federal Constitution the legal innovates with rising health category of the social right. This same law stipulates that the realization of this right must be done through the implementation of social and economic policies with a focus on community. With positivization the right to health and public policy of the Judiciary shall be entitled to enjoy the benefits of demands aimed at public health services. Therefore, the legalization of political relations is an inevitable consequence, since it is aimed at a body of positive law and state institutions. In this context, the intervention of the legal system in the politics of pharmaceutical care has been the subject of much criticism, mainly by disregarding the internal elements of this policy, by privileging the satisfaction of individual interests and not open to dialogue with other stakeholders in the process. In order to see how the legal system in the District of Ponta Grossa - PR, in 2011, guaranteed the right to social assistance drug, this study drew on the quantitative and qualitative methodologies. So, at first was performed to characterize the objective processes, and soon after applied to qualitative methodology of the Collective Subject Discourse, where it was possible to identify the main arguments used by the judges in assessing the lawsuits with claims for drugs.

Keywords: judicialization, public policy, pharmaceutical assistance, democratic participation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Doenças que padecem a parte autora.....	75
Gráfico 2	Requerentes que fizeram pedidos administrativos prévio à propositura da ação judicial.....	79
Gráfico 3	Incidência das ideias centrais dos argumentos dos juízes no indeferimento da medida liminar.....	80
Gráfico 4	Incidência das ideias centrais dos argumentos dos juízes no indeferimento da medida liminar.....	81

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Representante dos pacientes na Justiça Federal, 100% beneficiários da justiça gratuita.....	77
TABELA 2 Representante dos pacientes na Justiça Estadual, 100% beneficiários da justiça gratuita.....	77
TABELA 3 Posicionamento dos juízes federais nas medidas liminares.....	78
TABELA 4 Posicionamento dos juízes estaduais nas medidas liminares.....	78
TABELA 5 Ideias centrais dos argumentos dos juízes no deferimento da medida liminar.....	79
TABELA 6 Ideias centrais dos argumentos dos juízes no indeferimento da medida liminar.....	80

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
APAC	Autorização para Procedimentos de Alto Custo
CACONs	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensão
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CEBES	Centros Brasileiro de Estudos da Saúde
CEMEPAR	Centro de Medicamentos Básicos do Paraná
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissões Intergstores Bipartites
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CRACONs	Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DMPs	Departamentos de Medicina Preventiva
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
GM	Gabinete do Ministério
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MESP	Ministério da Educação e da Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NAT	Núcleo de Apoio Técnico
OMS	Organização Mundial de Saúde

PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE-PR	Tribunal de Contas do Estado do Paraná
UNACONs	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
CAPÍTULO I	A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	18
1.1	ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	18
1.1.1	O dilema sanitário no Brasil Colônia e Imperial.....	18
1.1.2	A saúde na República.....	19
1.1.3	A institucionalização da saúde pública.....	23
1.2	DINÂMICA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS DE SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	28
1.2.1	Movimento Sanitário: novo sujeito coletivo.....	28
1.2.2	Nascimento do Sistema Único de Saúde.....	32
1.3	MARCOS NORMATIVOS EM MATÉRIA DE SAÚDE A PARTIR DE 05/10/1988.....	34
1.3.1	Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.....	35
1.3.2	Lei Orgânica da Saúde - Lei n. 8.080, de 19 de dezembro de 1990..	38
1.3.3	Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 - Participação popular na gestão do SUS.....	41
1.3.4	Política Nacional de Medicamentos - Portaria GM/MS n. 3.916, de 30 de outubro de 1998.....	43
CAPÍTULO II	A TUTELA DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE.....	48
2.1	O DIREITO SOCIAL À SAÚDE.....	48
2.1.1	A natureza dos direitos sociais.....	49
2.1.2	O conteúdo dos direitos sociais.....	51
2.1.3	Os direitos sociais como direitos que se realizam coletivamente.....	54
2.2	A EFETIVIDADE DA POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	56
2.2.1	Estado Constitucional <i>versus</i> Estado de Direito.....	57
2.2.2	Políticas Públicas e sua funcionalidade no Estado Constitucional.....	59

2.2.3	Judicialização de políticas públicas de saúde.....	61
2.3	PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA NA POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	63
2.3.1	Democracia representativa e democracia participativa.....	64
2.3.2	Conselhos de Saúde e participação democrática.....	66
2.3.3	Judiciário e participação democrática na política pública de assistência farmacêutica.....	68

CAPÍTULO III	CONSIDERAÇÕES SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA COMARCA DE PONTA GROSSA-PR NO ANO DE 2011.....	71
3.1	METODOLOGIA.....	71
3.1.1	Da pesquisa de campo: os processos judiciais analisados.....	71
3.1.2	Da metodologia aplicada: Discurso do Sujeito Coletivo.....	72
3.2	RESULTADOS.....	76
3.2.1	Da caracterização dos processos judiciais.....	76
3.2.1.1	Doença que acomete a parte autora.....	76
3.2.1.2	Medicamentos pleiteados em juízo.....	77
3.2.1.3	Parte autora.....	77
3.2.1.4	Forma de representação legal.....	77
3.2.1.5	Concessão da justiça gratuita.....	78
3.2.1.6	Posicionamento dos juízes nas medidas liminares.....	78
3.2.2	Pedido administrativo prévio à ação judicial.....	79
3.2.3	Discurso do Sujeito Coletivo dos Juízes.....	80
3.2.3.1	Ideias Centrais do discurso dos juízes no deferimento da medida liminar.....	81
3.2.3.2	Ideias Centrais do discurso dos juízes no indeferimento da medida liminar.....	82
3.2.3.3	Do Discurso do Sujeito Coletivo dos juízes no deferimento da medida liminar.....	83
3.2.3.4	Do Discurso do Sujeito Coletivo dos juízes no indeferimento da medida liminar.....	88
3.3	DISCUSSÃO DO CASO DA JUDICIALIZAÇÃO DA	

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA COMARCA DE PONTA GROSSA - PR NO ANO DE 2011.....	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICES.....	112
APÊNDICE A – Ficha individual.....	113
APÊNDICE B – Expressões-chave relacionadas a cada ideia central dos juízes no deferimento da liminar.....	114
APÊNDICE C – Expressões-chave relacionadas a cada ideia central dos juízes no indeferimento da liminar.....	120
APÊNDICE D – Doença discriminada por especialidade e medicamentos solicitados.....	123
ANEXO - Gastos com as demandas judiciais por pedidos por medicamentos dos anos de 2003 a 2009 e o impacto financeiro sobre a política pública de medicamentos no Estado do Paraná	126

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente trabalho tem a intenção de apresentar o debate a respeito da judicialização da saúde, um conceito que normalmente está vinculado ao uso de ações judiciais para obrigar a Administração Pública a fornecer medicamentos, insumos, próteses, órteses, cirurgias, internações, e todo tipo de bens e serviços relacionados à saúde. No caso do presente estudo, o termo judicialização terá seu sentido restringido a processos com pedidos por medicamentos.

Todas essas demandas têm como fundamento jurídico do seu pedido a Constituição Federal de 1988 (CF/88), que prevê o direito à saúde como um direito fundamental do cidadão e dever do Estado (artigos 6º e 196) e inaugura um sistema de saúde que tem entre os seus princípios a universalidade (acesso a todos os cidadãos), a igualdade (não discriminação) e a integralidade (acesso a todos os níveis de complexidade) no atendimento (artigos 196º e 198º).

A judicialização da saúde é um fenômeno que tem crescido muito no Brasil, no Estado do Paraná não tem sido diferente, o que tem gerado impactos econômicos bastante alarmantes nas finanças públicas, e consequentemente, na operacionalização da política pública de assistência farmacêutica em si, que tem o seu orçamento diminuído significativamente¹.

O aumento galopante dos gastos com este tipo de ação judicial tem sido objeto de inúmeros trabalhos científicos², noticiado constantemente pela imprensa e chamado atenção do Supremo Tribunal Federal (STF), conforme a Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010, a qual dispõe: "Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde".

¹ Isto pode ser comprovado pelos dados levantados pelo Tribunal de Contas da União que revelam o quanto o Ministério da Saúde tem gasto com ações judiciais de 2003 a 2009 e qual é o impacto financeiro sobre a Política de Assistência Farmacêutica (ANEXO).

² BREUS, Thiago Lima. Políticas Públicas no Estado Constitucional: problemática da concretização dos Direitos Fundamentais pela Administração Pública brasileira contemporânea. Belo Horizonte: Fórum, 2007. MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. **A garantia do direito à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo**. v. 41, n. 2. São Paulo: Revista de Saúde Pública, 2007. VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. **Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil**. v. 41, n. 2. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 2007. SILVA, Ricardo Augusto Dias de. **Direito fundamental à saúde: o dilema entre o mínimo existencial e a reserva do possível**. Belo Horizonte: Fórum, 2010. MEDEIROS, Fabrício Juliano Mendes. **O ativismo judicial e o direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

O histórico recente veiculado pela imprensa paranaense³ mostra o quão alarmante é a situação, como se verifica:

No Paraná, R\$ 6 de cada R\$ 10 gastos pelo governo estadual na compra de medicamentos ocorreram por determinação judicial, conforme mostra o Tribunal de Contas do Estado do Paraná (TCE-PR) no caderno de saúde da análise das Contas do Governador de 2009. Dos R\$ 54,6 milhões usados na aquisição de medicamentos, R\$ 35 milhões – o equivalente a 64% – não constavam, inicialmente, no orçamento previsto pela Secretaria de Estado da Saúde (Sesa). A liberação de medicamentos por interferência da Justiça se tornou fenômeno recorrente no país e foi nominado de ‘judicialização da saúde’. A proporção de ações – e de gastos – cresce ano após ano.

De 2006 a 2010, o gasto do Ministério da Saúde (MS) com remédios via demanda judicial cresceu 1.611%. Saiu de R\$ 7,7 milhões para R\$ 132 milhões. No Paraná, o panorama é parecido: dos R\$ 61 milhões usados para adquirir medicamentos, 58% ou R\$ 35,7 milhões foram comprados por ordem de um juiz. Conhecido por ‘judicialização da saúde’, o fenômeno reflete o acesso da população à Justiça e a burocracia para o Sistema Único de Saúde (SUS) incluir medicamentos na lista de fornecimento gratuito.

O governo do Paraná já gastou, em 2012, R\$ 56 milhões para a compra de medicamentos de demandas judiciais. O valor acumulado já é 24,4% maior que em todo o ano anterior, quando foram gastos R\$ 45 milhões. Os números foram divulgados nesta quinta-feira (6), no 4º Encontro Regional do Comitê Executivo da Saúde, que ocorreu em Curitiba.

Diante deste contexto, este estudo buscará analisar como o Poder Judiciário vem garantindo o direito social à saúde em casos não concretizados de acesso à assistência farmacêutica na Comarca de Ponta Grossa-PR no ano de 2011, caracterizando as relações entre os agentes envolvidos no processo de judicialização da saúde.

Para isto a metodologia empregada envolverá a análise bibliográfica, tendo como principal apoio as dissertações e as teses (publicadas no intervalo de 2007-2012), que tratam do tema "judicialização do direito à saúde", e também, a análise de 33 (trinta e três) processos judiciais protocolados junto à Justiça Estadual e Justiça Federal com demandas por medicamentos na Comarca de Ponta Grossa-PR, no ano de 2011.

No que diz respeito à pesquisa de campo, no primeiro momento será feita a caracterização objetiva das ações, no que se refere à doença que acomete a parte autora, o medicamento pleiteado em juízo, qual o perfil da parte autora e qual é a forma da sua representação legal, à concessão da justiça gratuita e o posicionamento dos juízes nas medidas

³ BOREKI, Vinicius. **Paraná gasta 64% de verva para remédios via ordem judicial**. Gazeta do Povo, Curitiba, 26 out. 2010. Caderno da Saúde, p. 10. BOREKI, Vinicius. **Gasto com remédios obtidos por liminares cresce 1.600% em 4 anos**. Gazeta do Povo, Curitiba, 10 set. 2011. Caderno da Saúde, p. 4. **Compra de remédios devido a ações judiciais chega a R\$ 56 mi no Paraná. Número apresentado nesta quinta-feira (6), em Curitiba se refere ao ano de 2012. Neste ano já foram gastos 24% a mais que em 2011**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/parana/noticia/2012/12/compra-de-remedios-devido-aco-es-judiciais-chega-r-56-mi-no-pr.html>>. Acesso em: 8 dez. 2012.

liminares. Em uma segunda oportunidade, haverá a identificação dos argumentos utilizados pelos juízes nas liminares destes processos a partir da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Esta é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas que tem depoimentos como matéria prima. Os discursos-síntese são escritos na primeira ou terceira do singular e visa expressar o pensamento da coletividade, como se esta fosse a emissora de um discurso. Assim, não haverá a identificação pessoal dos magistrados.

Seguindo estes parâmetros metodológicos, este trabalho será dividido em três capítulos. No primeiro deles será realizado um retrospecto histórico da construção da saúde pública brasileira e da sua consagração constitucional como um direito social do cidadão e dever do Estado.

No segundo, buscar-se-á apresentar a política pública como um meio para a realização do direito à saúde de forma abrangente e concreta, levando em consideração a coexistência do sistema jurídico e político na sua formulação, implementação e proteção. E também, procurará demonstrar a importância do diálogo entre os agentes envolvidos no processo de judicialização da saúde como forma de gerar soluções menos onerosas para o Estado e, principalmente, facilitar o acesso ao medicamento a quem necessita e não tem condições de comprar.

No terceiro capítulo, será apresentada uma pesquisa empírica a qual será dividida em dois momentos, o primeiro deles será feita a caracterização dos processos judiciais com pedidos de medicamentos na Comarca de Ponta Grossa-PR no ano de 2011 e a catalogação dos dados quantitativos em gráficos e tabelas, no segundo será feita a seleção e análise dos principais argumentos usados pelos juízes no deferimento ou indeferimento das liminares⁴ das ações por meio da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo.

Ainda no terceiro capítulo, haverá um subcapítulo reservado para a discussão dos resultados encontrados na pesquisa empírica, o que contribuirá para resgatar diversos pontos analisados ao longo da exposição dos capítulos anteriores, como a política pública como caminho para a realização do direito social à saúde, o entendimento que o Estado não é o

⁴ As liminares são medidas judiciais provisórias que podem ser de natureza cautelar ou de natureza antecipatória; estas, de cunho satisfativo, e aquelas de cunho apenas preventivo. Tanto a medida cautelar propriamente dita (objeto de ação cautelar) como a medida antecipatória (objeto de liminar na própria ação principal) representam providências, de natureza emergencial, executiva e sumária, adotadas em caráter provisório. O que, todavia, as distingue, em substância, é que a tutela cautelar apenas assegura uma pretensão, enquanto a tutela antecipatória realiza de imediato a pretensão. A antecipação de tutela somente é possível dentro da própria ação principal. Já a medida cautelar é objeto de ação separada, que pode ser ajuizada antes da ação principal ou no seu curso. (THEODORO JÚNIOR, 2003. p. 333). Cabe aqui elucidar que no presente estudo as medidas liminares analisadas são fruto de pedidos de antecipação de tutela feita por pacientes em ações judiciais solicitando o fornecimento de medicamentos pelo Estado.

locus privilegiado dos processos de formulação e implementação de políticas públicas e a importância do diálogo entre os diversos setores envolvidos na discussão da saúde pública para a construção de um acesso mais democrático aos medicamentos.

Por fim, o que se busca com este trabalho é contribuir com o debate sobre uma questão nova e palpitante que é a problemática da judicialização da saúde. Diz-se nova porque só se pode pensar neste tema a partir da CF/88, quando a saúde foi elevada à categoria de direito social e passou então a receber proteção do Poder Judiciário. Neste sentido, a intenção é trazer alguns substratos teóricos e empíricos que possam enriquecer a discussão.

CAPÍTULO I

A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

[...] da higiene pública incumbiam-se as águas da chuva, os raios do sol e os diligentes urubus (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 5).

As palavras do historiador João Capistrano Honório de Abreu, nascido na cidade de Maranguape, em 23 de outubro de 1853, retrata a saúde na época em que o Brasil era identificado com o “inferno”, onde colonizadores brancos e escravos africanos tinham poucas chances de sobrevivência.

As novas perspectivas abertas pela medicina buscaram ao longo do século XIX superar a "barbárie" do passado colonial e renovar a saúde pública brasileira. Neste contexto, no primeiro capítulo será feita uma breve reconstrução da história da saúde no Brasil, cuja reflexão terá como pano de fundo a continuidade e/ou ruptura das relações de poder, as atitudes médicas vinculadas à população em geral e as implicações na prática das ações políticas.

1.1.1 O dilema sanitário no Brasil Colônia e Imperial

A administração portuguesa no Brasil, até a metade do século XVIII, não se preocupou em organizar o espaço social visando o combate às causas das doenças. Machado (1978), aponta que não há registro, antes do século XIX, nas instituições consideradas médicas e no próprio Estado da relação direta entre saúde e sociedade. O objetivo da medicina e do Estado era evitar a morte.

Já no século XIX, o Brasil sofreu a crise do modelo imperial escravagista impulsionada pela redefinição no plano externo da hegemonia nacional do capitalismo. Neste momento a classe operária dá os seus primeiros passos para a formação da classe e para as aglomerações nas cidades.

Estas transformações políticas e econômicas também alcançaram a medicina, inaugurando duas de suas características que perpetuam até os dias de hoje: a inserção da

medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo de reflexão e da prática médica, e o uso da medicina como apoio científico indispensável ao exercício do poder do Estado. (MORAES, 1983). Isto porque, o Estado então compreende que o aumento da produção e a defesa do solo pátrio dependeria de um povo saudável. Nasce assim a medicina social.

A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil trouxe mudanças na administração da colônia, inclusive no setor sanitário. O Rio de Janeiro além de ser o maior porto da época era também a sede da coroa, por isto foi a primeira cidade a enfrentar as questões sanitárias. Foi neste período que foram fundadas as academias médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e Bahia, logo transformadas nas primeiras escolas de medicina no país. (BERTOLLI FILHO, 1996).

As primeiras ações das academias foram a implantação da medicina social e a defesa das ciências médicas. Para isto, tiveram que lutar de diversas maneiras para se imporem como guardião da saúde pública. Segundo Machado (1978), os historiadores apontam que desde a fundação destas instituições a sociedade passou a exercer influência sobre as decisões governamentais, pelo menos no que diz respeito à saúde.

Ainda assim, observa-se que as ações voltadas para a saúde pública se restringiam a higienização dos portos, que eram as portas de entrada para o comércio exterior. Por isto, "A fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade. Tentativas foram feitas, mas sem os efeitos desejados." (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 10).

1.1.2 A saúde na República

A Proclamação da República em 1889 significou uma profunda mudança política na formação social brasileira. Isto porque, representou a consolidação das transformações das instituições políticas e ideológicas advindas com a ascensão do capitalismo a modo de produção dominante na sociedade brasileira. (LUZ, 1982).

A necessidade de modernizar o Brasil a qualquer custo para inseri-lo no mercado internacional fez reconhecer no trabalhador a fonte motriz desta transformação. Segundo Bertolli Filho (1996), a necessidade de atualizar a economia e a sociedade escravista com o mundo capitalista mais avançado favoreceu a redefinição dos trabalhadores brasileiros como capital humano.

No entanto, a classe operária brasileira, que era formada em sua maioria pelo processo de migração - externa e interna - com substituição da mão-de-obra escrava nas lavouras de café, viviam sob o pior regime de trabalho possível. Segundo Luz (1982, p. 55), "não havia horário fixo, eram sujeitos a longos horários de trabalho e viviam numa penúria capaz de impressionar ao mais insensível dos observadores."

A partir deste panorama a questão da saúde surge como fator essencial diante da dependência econômica da sociedade brasileira frente ao mercado externo. A sanidade física e mental dos trabalhadores torna-se então foco de preocupação estatal e a medicina assume o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país (BERTOLLI FILHO, 1996).

Neste sentido, as práticas de proteção à saúde coletiva levaram os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar planos de combate à enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou "útil", da população. Diferente dos períodos anteriores houve uma intervenção mais direta do poder central ao nível de saúde, de tal forma que o Executivo passou a ditar normas, práticas e saberes às demais unidades da federação. (LUZ, 1982).

Conforme explica Bertolli Filho (1996), a contínua intervenção do Estado nas questões relativas à saúde individual e coletiva revela a criação de uma "política de saúde", a qual não deveria estar desarticulada com as outras frentes de atuação estatal como a educação, alimentação, trabalho e transporte. De forma geral, a atuação do Estado nessas áreas recebeu o nome de política social.

Foi no início da República Velha (1889-1930), que a sociedade brasileira iniciou a constituição do seu Estado moderno, marcado pelo predomínio de grupos sociais vinculados à agroexportação cafeeira. Este período representou profunda mudança nas práticas da saúde pública. Alguns historiadores como Andrade (2007), apontam como foi que se deu o nascimento da saúde pública no Brasil.

Neste sentido, este autor destaca algumas realizações importantes que marcaram a sociedade brasileira na época: a) reforma urbana no Rio de Janeiro; b) reforma urbana da cidade portuária de Santos em São Paulo; c) criação do Instituto Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro; d) criação do Instituto Vital Brasil; e) leis e códigos que davam vida à política de saúde.

Diante destas ações o Sistema de Saúde inicia uma reestruturação que mais tarde foi denominado por sanitarismo campanhista, e que perdurou até meados dos anos de 1960. O

modelo agroexportador vigente na economia brasileira exigia basicamente uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadoria exportáveis e o controle de doenças que prejudicassem a exportação. (ANDRADE, 2007). Esta forma de pensar a saúde pública não difere muito daquela relatada no Brasil colônia, o foco continuou sendo a doença e não a saúde.

A resposta à República e ao capitalismo que se impuseram no final do século XIX será, do ponto de vista médico, uma multiplicidade de propostas de intervenção sobre o espaço urbano com o propósito de saneá-lo. (LUZ, 1982). As novas alianças e estratégias de controle do espaço urbano fizeram emergir no Brasil, durante a Primeira República, um movimento de Reforma Sanitária liderada por uma nova geração de médicos higienistas.

Importante a reflexão que o autor Luz (1982, p. 36) faz sobre este período no Brasil, quando diz que:

[...] a transição vivenciada no Brasil inaugurada pela crise do sistema escravagista representa na verdade um momento de luta e contradições no seio do Estado, alcançando instituições e as transformando. Um momento de crise, portanto de questionamentos, onde os discursos políticos mostrarão os interesses dos grupos em luta, as contradições aí presentes. As instituições médicas não escaparão deste processo: as facções que disputam o poder desenvolverão seus espaços de luta de formas diversas - jornais, revistas científicas, sociedades e associações médicas etc.

Como colocado pelo autor, o movimento da reforma, ao contrário do que se pensa, desde o início não se deu de forma coesa e sem contradições. Observa-se, porém, que a sociedade aos poucos entendeu ação da saúde como ação política.

Entre as conquistas deste movimento, destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920. Durante a Primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central.

Neste sentido, foi criado o seguro social no Brasil em 1923 com a promulgação da Lei nº 4.682, de autoria do Deputado Eloy Chaves. Com esta lei ficou instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), que atendeu em um primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores. (FINKELMAN, 2002). Foi pela primeira vez que a assistência médica foi reconhecida como política pública. Até então, algumas categorias de trabalhadores se organizavam em associações de auxílio mútuo para lidar com problemas de invalidez, doença e morte.

A Lei Eloy Chaves foi o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica.

Tratava-se de organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de trabalhadores organizados segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam de contribuições dos segurados. (CONASS, 2011).

No entanto, as CAPs não alcançavam a todos os trabalhadores. Para isto a lei deveria ser aprovada pelo Congresso Nacional. Porém, a bancada parlamentar era composta na sua maioria pela oligarquia rural e esta impediu que o benefício do seguro social se estendesse aos trabalhadores rurais. Fato este que somente na década de 1960 foi criado o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL).

As CAPs tinha fonte de financiamento desvinculada do Estado, por isso este não participava propriamente do custeio das Caixas, que, de acordo com o artigo 3º a Lei Eloy Chaves, era mantido por empregados das empresas (3% dos respectivos vencimentos, empresas (1% da renda bruta) e consumidores dos serviços destas.

Ressalta-se que a preocupação das CAPs tinha em vista uma acumulação, tendo para isso de conter despesas. Desta forma, a assistência médica era preocupação secundária e restringia-se em funções paliativas. Ela era prestada especialmente nos centros urbanos por médicos em prática privada, estando a assistência hospitalar concentrada nas misericórdias, pertencentes a instituições religiosas ou filantrópicas. (ANDRADE, 2007).

Ainda que houvesse a compreensão que a força de trabalho do cidadão era a grande fonte geradora de riqueza nacional, as políticas públicas não foram prioridade para as autoridades republicanas. Desde esta época, o Estado privilegia os investimentos na expansão da produção, e consequentemente, nos interesses da elite econômica e não nas necessidades dos trabalhadores.

Nesta perspectiva, segundo Luz (1982, p. 32), progressivamente, durante o século XIX, a medicina desenvolverá projetos e modelos institucionais que buscam no controle do Estado uma estratégia de dominação, de controle médico do conjunto da sociedade. Este posicionamento revela e reafirma a prática médica como mecanismo do Estado de perpetuar o seu poder. O mais perverso é perceber que o processo de construção da saúde pública no Brasil até então só de forma reflexa teve a saúde do povo como foco de preocupação.

1.1.3 A institucionalização da saúde pública

Getúlio Vargas assumiu a Presidência da República pela Revolução de 1930 e sua primeira atitude foi livrar o Estado do controle político das oligarquias locais. Para isto promoveu uma reforma política e administrativa que afastou os principais líderes da República Velha. O presidente suspendeu a Constituição de 1891 e governou por decreto até a promulgação da Constituição de 1934.

Segundo Bertolli Filho (1996), as dificuldades encontradas para governar democraticamente a nação, levaram o presidente Vargas a promover acirrada perseguição policial aos seus opositores, especialmente em 1937, quando foi instituída a ditadura do Estado Novo.

Por todo o seu governo, Getúlio Vargas buscou neutralizar as reivindicações sociais. Para isto se valeu de medidas populistas⁵, promovendo aquilo que julgava ser essencial para "o cidadão". Neste sentido, as políticas públicas surgem como arma para justificar o autoritarismo que impunha à sociedade.

Na área da saúde, foi criado no ano de 1930 o Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP). A intenção era garantir a burocracia federal destes serviços, numa estratégia centralizadora do governo Vargas.

Este posicionamento não agradou alguns estados mais ricos que já havia serviços de saúde organizados, nestes casos a intervenção federal foi considerada desnecessária e centralizadora, mais dificultando que ajudando a melhorar o atendimento à população. Já em outros estados que não havia nenhuma assistência médico-hospitalar, essa proposta foi naturalmente bem aceita, pois se esperavam atrair investimento federal para a construção de postos médicos e até hospitais. (BERTOLLI FILHO, 1996).

Nos casos das experiências descentralizadoras, como em São Paulo, as reformas varguistas decretaram o seu fim. Esta situação reproduziu-se em escala menor nos demais estados da federação. A consequência disto foi o afastamento dos médicos das decisões sanitárias, que passaram a ser decididas por burocratas e políticos sem qualquer conhecimento técnico. Qualquer intervenção ou oposição feita era recebida pelas autoridades como investida comunista. Neste momento, a classe médica se retrai e se volta para a própria organização da categoria.

⁵ "Populismo: Ideologia que atribui ao Estado o papel de árbitro dos conflitos sociais, preservando as relações de dominação de classe, apesar de algumas concessões feitas aos grupos populares." (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 30).

Após o golpe que criou o Estado Novo em 1937, a política populista de Getúlio Vargas se voltou ainda mais para a população urbana. Na tentativa de legitimar o seu poder, conferiu à classe trabalhadora urbana uma legislação social.

Em 1939, regulamenta-se a Justiça do Trabalho, ocasião esta que o presidente ganhou estima popular, sendo chamado pelo povo de "pai dos pobres" e, em 1943, é homologada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

O proletariado urbano passa a ser o ponto de sustentação política do governo Vargas, por meio de um regime corporativista. As leis trabalhistas são ampliadas, cria-se a estrutura sindical do Estado e o atendimento à saúde dos operários enfermos e seus dependentes se expandem. Todas estas ações são tidas como dádivas do governo e do Estado, e não como conquista dos trabalhadores.

No que diz respeito à Previdência Social, a política de Estado se estendeu os benefícios da previdência a todas as categorias do operariado urbano organizado e não mais a uma e outra empresa. (CONASS, 2011). Assim, os CAPs são substituído pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP).

Ressalta-se que, o trabalhador que não tinha carteira profissional assinada não podia recolher para a sua categoria profissional e, portanto, ficava à mercê da caridade pública e da filantropia. Esta exclusão na forma de assistência médica marcou a saúde pública por muitos anos.

Em outubro de 1945, após a vitória dos Estados Unidos e aliados na Segunda Guerra Mundial, grandes manifestações populares se posicionaram contra a ditadura e Getúlio Vargas foi deposto. Desde então até o período de 1964, o Brasil viveu o chamado período de redemocratização, marcado por eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos. (BERTOLLI FILHO, 1996).

O Presidente Eurico Gaspar Dutra inaugurou esta fase. Nesse governo, embora herdeiro de um aparato estatal de quinze anos do primeiro governo de Vargas, a saúde pública foi estruturado na centralização de múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias. Mas, a ineficiência burocrática do governo passado e as disputas entre os diferentes grupos políticos impediram que as reformas desejadas pelo governo e exigidas pela sociedade fossem concretizadas.

Segundo o CONASS (2011, p. 86), a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), aponta marcos institucionais importantes deste período que direcionam a dinâmica das

políticas públicas de saúde no sentido de compreendê-las como questão de superestrutura⁶, isto é, não como causa do desenvolvimento econômico e social, mas uma consequência dele.

1. criação do primeiro Conselho de Saúde. A saúde do povo era integralmente reconhecida como importante função administrativa de governo. Quanto melhores as condições de saúde da população, tanto maiores seriam as possibilidades econômicas de um país;

2. criação do Ministério da Saúde, em 1953, velha aspiração dos médicos da saúde pública;

3. reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956;

4. implementação da campanha nacional contra a lepra e das campanhas de controle e erradicação de doenças, como a malária, de 1958 a 1964;

5. realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963.

Segundo o CONASS (2011, p. 21), esses marcos reforçavam aspectos importantes, tais como:

1. permanência da disjunção entre saúde pública e assistência médica com ênfase da primeira nas populações rurais;

2. foco das ações sobre doenças específicas;

O quadro de pobreza e as altas taxas de mortalidade que assolavam o país gerou um clima de insatisfação que se tornou tema de debate entre os principais intelectuais brasileiros. Foi neste contexto que se definiu a politização da atividade de médicos e epidemiólogos. O exercício da medicina deixou de ser entendida como técnicas aplicadas na melhora da saúde da população desvinculada dos interesses das classes sociais.

⁶ Segundo (NOGUEIRA, 2004), Gramsci atribuiu um papel central à dialise infraestrutura (base real da sociedade, que inclui forças de produção e relações sociais de produção) e superestrutura ("ideologia", constituída pelas instituições, sistemas de ideias, doutrinas e crenças de uma sociedade), a partir do conceito de "bloco hegemônico". Segundo esse conceito, o poder das classes dominantes sobre o proletariado e todas as classes dominadas dentro do modo de produção capitalista, não reside simplesmente no controle dos aparatos repressivos do Estado. Se assim fosse, tal poder seria relativamente fácil de derrocar (bastaria que fosse atacado por uma força armada equivalente ou superior que trabalhasse para o proletariado). Este poder é garantido fundamentalmente pela "hegemonia" cultural que as classes dominantes logram exercer sobre as dominadas, através do controle do sistema educacional, das instituições religiosas e dos meios de comunicação. Usando deste controle, as classes dominantes "educam" os dominados para que estes vivam em submissão às primeiras como algo natural e conveniente, inibindo assim sua potencialidade revolucionária. Assim, por exemplo, em nome da "nação" ou da "pátria", as classes dominantes criam no povo o sentimento de identificação com elas, de união sagrada com os exploradores, contra um inimigo exterior e a favor de um suposto "destino nacional" de uma sociedade concebida como um todo orgânico desprovido de antagonismos sociais objetivos. Assim se forma um "bloco hegemônico" que amalgama a todas as classes sociais em torno de um projecto burguês. O poder hegemônico combina e articula a coerção e o consenso.

Segundo Bertolli Filho (1996), a medicina passou a ser interpretada como uma prática social capacitada para lutar, através dos canais políticos, pelo bem-estar coletivo. Os médicos e profissionais da saúde se unem e por meio de conferências de alcance nacional passam a cobrar das autoridades decisões e verbas que beneficiassem sobretudo as camadas sociais mais pobres.

Neste clima, a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963, foi o último evento na experiência democrática. Isto porque, em 31 de março de 1964 o Brasil sofre o golpe militar e os efeitos da censura.

Segundo o autor Bertolli Filho (1996, p. 52), este período ficou caracterizado pela individualização da saúde pública, pois:

Apesar da pregação oficial de que a saúde constituía um "fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico" - parte valiosa, portanto, do patrimônio da nação -, o Ministério da Saúde privilegia a saúde como elemento individual e não como fenômeno coletivo. E isto alterou profundamente sua linha de atuação.

Além da redução das verbas destinadas à saúde pública, parte do dinheiro era desviada para pagamento de serviços prestados por hospitais privados. O descaso era tamanho que não sobrava quase nada para investir nos sistemas de distribuição de água tratada e de coleta de esgotos, elementos vitais para a prevenção de muitas enfermidades. O resultado foi o aparecimento de epidemias outrora controladas como a dengue, a meningite e malária. No entanto, os médicos ligados ao governo limitavam-se a desmentir as notícias sobre a disseminação das doenças (BERTOLLI FILHO, 1996).

O regime autoritário em nome da "segurança e desenvolvimento" agia como regulador da sociedade. Para isto, desmobilizava as forças contra hegemônicas e enfraqueciam as instituições existentes, substituindo por outras sob o controle do Estado.

Neste sentido, o Estado aproveitou a fragilidade e contradições nas CAPs e criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando todas as órgãos previdenciários. O INPS ficou subordinado ao Ministério do Trabalho, estabelecendo na esfera pública um sistema dual de saúde, em que o primeiro deveria cuidar dos doentes individualmente e o Ministério da Saúde deveria se responsabilizar pela elaboração e execução de programas sanitários e assistir a população durante as epidemias.

Conforme a Constituição de 1967, o papel do Estado no âmbito da saúde era o de apoiar as atividades privadas de forma suplementar. Para isto, foram firmados muitos convênios com hospitais particulares para o atendimento da massa trabalhadora. Além, da

construção ou a reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados financiado com recursos da Previdência Social.

Conforme aponta CONASS (2011), na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história.

Esse sistema, no entanto, mostrou-se frágil na medida em que os atrasados no repasse das verbas pelo Estado aumentavam as fraudes dos hospitais e clínicas conveniadas. Além do desperdício de dinheiro, o mais grave dos problemas foi o desmantelamento dos serviços médico-hospitalares oferecidos à população.

Em 1975, o INPS ameaça sucumbir diante da incapacidade gerencial do complexo sistema previdenciário, além do impactante volume de fraudes em hospitais privados. A população empobrecida pelos baixos salários e o desemprego agravava ainda mais o quadro de exclusão social.

Diante deste contexto, o modelo de saúde previdenciário começa a mostrar suas mazelas (CONASS, 2011, p. 484):

1. por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo);
2. aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente;
3. diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário, reduzindo as suas receitas;
4. incapacidade do sistema em atender uma população cada vez maior de marginalizados que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se via excluídos do sistema;
5. desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal;
6. o não repasse pela União de recursos do Tesouro Nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse tripartite (empregador, empregado e União).

Percebe-se, portanto, um sistema de saúde marcado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. (BERTOLLI FILHO, 1996).

Concomitante a este processo de sucateamento da saúde pública, grupos formados por representantes da classe médica e de vários setores da sociedade, que haviam se retraído por conta da ditadura militar, voltam a se organizar e dar voz a um movimento chamado sanitarista. (BERTOLLI FILHO, 1996). Este sujeito coletivo⁷ retoma a politização do debate ganhando força e autonomia política, o que possibilitou conduzir a saúde pública por caminhos mais democráticos.

1.2 DINÂMICA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS DE SAÚDE

Uma busca da institucionalização em canais institucionais onde a pressão do movimento popular pudesse se refugiar e ter seu curso perene garantido, em tempos de cheia ou em tempos de seca, com as águas sempre correndo, mesmo que pouquinho (Eduardo Jorge)⁸.

Este sub-capítulo contempla uma reflexão sobre o processo instituinte das políticas públicas de saúde no Brasil, considerando a mobilização de sujeitos de vários lugares e contextos que se aglutinavam em debates e em consensos, sob a perspectiva de que o Estado não é o *locus* privilegiado dos processos de formulação e implementação das políticas sociais. Desta nova relação entre o Estado-sociedade surge o (SUS) como um sistema participativo, com controle social e institucional das políticas e ações na esfera da saúde.

1.2.1 Movimento Sanitário: novo sujeito coletivo

A crise do modelo econômico militar, manifestada, sobretudo no final dos anos 70, possibilitou de forma lenta e gradual a mobilização da sociedade brasileira. A imprensa livrou-se das censuras, os sindicatos ganharam maior liberdade e autonomia e as greves voltaram a

⁷ Aqui o sujeito coletivo deve ser entendido como o conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto, cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais) (Escorel, 2005).

⁸ Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho (Salvador, 26 de outubro de 1949), médico sanitarista, atuou em movimentos populares na periferia de São Paulo, a partir de 1974, e organizou os primeiros conselhos populares de saúde, em 1978. Trabalhou como médico sanitarista da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

marcar presença no cotidiano dos cidadãos.

Neste contexto, moradores da periferia dos grandes centros começaram a lutar pela melhoria de suas condições de vida. Os sindicatos das diversas categorias da saúde: médico, acadêmicos e cientistas, debatiam em seminários, congressos e centros de estudos, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), as causas e consequências das endemias e a degradação da qualidade da vida do povo. Um movimento⁹ pela transformação da saúde tomou corpo e se uniu a outros movimentos sociais que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões iminentes à democracia (CONASS, 2011).

Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) formaram a base institucional para a construção de conhecimento sobre a saúde da população e as práticas sanitárias. Logo a Lei da Reforma Universitária de 1968 incorpora a medicina preventiva no currículos das faculdades. (CONASS, 2011).

A criação desta nova especialidade médica permite a organização do movimento sanitário¹⁰, que busca aliar conhecimento com prática política, ao mesmo tempo amplia seu campo de atuação alcançando organizações da sociedade civil¹¹ nas suas reivindicações pela democratização do país.

Em 1978, foi realizada a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão. O objetivo foi chamar a atenção de todos os países para as ações de atendimento primário visando medidas de prevenção e educação em saúde, pois este seria o caminho para uma promoção da saúde equânime e abrangente. Este evento marcou a história da luta pela democratização da saúde, pois a reconheceu como um direito fundamental do homem, sob a responsabilidade política dos governos.

⁹ A forma como o movimento se constituiu pode ser sintetizada como um somatório de seis forças/movimentos assim caracterizados: os Publicistas, os Preventivistas, a Pastoral da Saúde, o Movimento Intelectual da área da Saúde (incluindo o Movimento de Renovação Médica), o Movimento Estudantil e o Movimento de Saúde Comunitária, que cria as Residências nesta área. (DA ROS, 2005).

¹⁰ Segundo DAGNINO (1994), os movimentos sociais, dentre eles o movimento sanitário, devem ser pensados como redes, com maior ou menor visibilidade, mas sempre com certa permanência, como sujeitos políticos não só coletivos mas múltiplos, heterogêneos, que compartilham alguns princípios básicos sobre a participação popular, a cidadania e a construção democrática, e que hoje podem ser vistos como incluindo desde associações de moradores até organizações não governamentais, setores partidários e, por que não, setores do Estado.

¹¹ Neste trabalho será usado o conceito de sociedade civil formulado por GRAMSCI ("a esfera da sociedade civil é a esfera das mediações do exercício de dominação de classe pelo exercício do convencimento"), por meio das autoras Evelina Dagnino na obra *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*, (DAGNINO, 2002) e Maria Lúcia Durighetto na obra *Democracia, Sociedade Civil e Participação*. (DURIGHETTO, 2007).

A perspectiva sobre a prática de saúde muda de foco. O movimento sanitário, entendido como um movimento ideológico com uma prática política passa a confrontar o movimento preventivista liberal de matriz americana e sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal. O pensamento reformista, que iria construir uma nova agenda no campo da saúde, desenvolveu sua base conceitual a partir de um diálogo estreito com as correntes de base marxistas (CONASS, 2011).

O movimento passa então a criticar o posicionamento estatal frente as demandas da saúde, que procurou resistir sendo mais flexível no controle das manifestações políticas e por meio de ações de pouco impacto social, como o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) (CONASS, 2011).

A abertura política iniciada pelo governo do general Geisel (1974-1979) possibilitou o movimento sanitário apresentar propostas transformadoras no sentido de melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações mais carentes e, ao mesmo tempo, impor-se contra a política militar de saúde, cuja ênfase estava na medicina de cunho individual e assistencialista e não na saúde coletiva (CONASS, 2011).

No governo Figueiredo, já marcado pela abertura política, esperava-se ações mais promissoras na área da saúde. No entanto, não foi o que aconteceu. Nem ao menos houve a unificação dos Ministérios da Previdência e da Saúde, tão desejada pelo movimento sanitário. Na verdade, o que o governo pretendia era internalizar as manifestações populares e os conflitos na tentativa de neutralizar estes discursos.

Segundo CONASS (2011), em contrapartida, as pressões sociais e políticas do setor da saúde resultaram na criação de mecanismos de coordenação interministerial com o objetivo de se elaborar um projeto de grandes proporções para o reordenamento do setor. A primeira versão do projeto, de julho de 1980, denominada originalmente de Prev-Saúde tinha como pressupostos a hierarquização no atendimento por níveis de complexidade, a integração dos serviços em cada um dos níveis de complexidade, e a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas. Contudo, não passava de uma proposta de investimento no nível primário de atenção, que não tocava significativamente na rede hospitalar privada.

Embora o Prev-Saúde tivesse amplamente sido debatido em Simpósios e também na VII Conferência Nacional de Saúde, as propostas de reforma sanitária não foram acolhidas pelo governo.

Nesta época o movimento estava fortalecido na mobilização contra o sistema de saúde governamental. As propostas caracterizavam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público

do sistema de saúde e à descentralização.

O movimento ocupava todos os espaços de discussão possíveis, exemplo disto são as discussões travadas junto a setores do governo como o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) e nas Ações Integradas de Saúde (AIS). Ambas previam soluções para o sistema de previdência que já davam alerta de saturação (CONASS, 2011).

A política dos anos 80 pouco fez para alterar o quadro de sucateamento dos hospitais e as péssimas condições no atedimento médico da população. Segundo alguns dos administradores da saúde pública da época, o setor sofreu devido à ausência de planejamento e continuidade dos programas (BERTOLLI FILHO, 1996).

Mas, já nesta década, enquanto os Ministérios de Saúde e Previdência Social estavam atreladas ao pouco investimento e a atos de corrupção, o governo federal acena com algumas propostas para reorganizar as atividades de proteção e tratamento da saúde individual e coletiva.

Estas tentativas sofreram oposição de alguns *lobbies* que atuavam junto ao Congresso Nacional e nas Assembléias Legislativas e defendiam os interesses da iniciativa privada.

Segundo Bertolli Filho (1996, p. 61),

[...] o Presidente Sarney e as lideranças partidárias acabaram apoiando, sem muita firmeza, as propostas de reorganização do sistema de saúde oficial. Ao mesmo tempo, contudo, mantiveram e até mesmo reforçaram a presença das empresas de saúde como elemento mais importante da prestação de assistência médica, graças à contínua transferência de verbas públicas.

O que se percebe nestas ações são sinais da dinâmica da sociedade civil que, em um contexto de jogo de forças, vem buscando espaço no sentido de ampliar a participação nas políticas públicas de saúde, que vão deslizando para demandas de acesso ao poder.

Com o fim do regime militar em 1985, algumas lideranças do movimento sanitário assumem posições chaves nas instituições responsáveis pela política de saúde do país. Segundo Escorel; Nascimento; Edler (2005), como expressão dessa nova realidade, destaca-se a convocação, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo presidente foi Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz¹². Esse evento é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do

¹² Fundação vinculada ao Ministério da Saúde cuja finalidade é gerar e difundir conhecimento científico e tecnológico. Disponível em: < <http://portal.fiocruz.br/pt-br/a-fundacao>>. Acesso em: 17 jun. 2012.

“movimento pela democratização da saúde” em toda sua história.

1.2.2 Nascimento do Sistema Único de Saúde

A Nova República encontra um movimento sanitário mobilizado e organizado, com acúmulo histórico de experiências de lutas e um repertório de propostas para um projeto alternativo de assistência médico-assistencial, além de quadros técnico-políticos inseridos nos Ministérios de Saúde e da Previdência Social e Assistência Social.

No Ministério da Saúde (2006), tais condições históricas tornaram possível a realização, em março de 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, congregando o expressivo número de 5.000 (cinco mil) participantes, provenientes de um leque bastante diversificado de agentes/sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada.

Foi nesta Conferência que os marcos da Reforma Sanitária foram traçados. Entendeu-se que as modificações do setor da saúde ultrapassavam questões administrativas e financeiras. Havia a necessidade de uma reformulação mais profunda, que envolvesse a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação social.

O fio condutor das discussões deste encontro estava na natureza do novo sistema de saúde: se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva. Segundo a Conferência Nacional de Saúde (1986), foi recusada a ideia de privatização, manteve-se a proposta do fortalecimento e da expansão do setor público. Seu documento final define o conceito de saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Esse documento serviu de base para as discussões na Assembleia Nacional Constituinte.

Outro tema desenvolvido pelos congressistas foi a unificação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) com o Ministério da Saúde, pois a Previdência Social deveria estar atrelada às ações próprias do seguro social, enquanto à saúde deveria ser entregue a um órgão federal com novas características. Isto faria com que se ampliasse a forma de financiamento do setor da saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Foi a partir destas decisões na 8ª Conferência Nacional de Saúde que foi aprovada a criação do SUS, desvisculada da Previdência Social.

Enquanto se aprofundavam as discussões sobre o financiamento e a operacionalização para a constituição do SUS, em julho de 1987, foi criado um grupo

executivo da Reforma Sanitária, convocado pelo Ministério da Saúde, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

O SUDS representou nesse momento um rearranjo institucional, cujo objetivo era priorizar o atendimento universal com a redefinição dos princípios de integração, integralidade, hierarquização, regionalização do sistema de saúde e controle social. Alguns autores, como Andrade (2007), afirmam que o SUDS constituiu uma estratégia-ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolviam os trabalhos da Constituinte e da elaboração da legislação ordinária para o setor.

Criada por Portaria Ministerial MEC/MS/MPAS n. 2/86, de 22 de agosto de 1986, a CNRS, apesar de seu caráter fortemente institucional, foi capaz de elaborar uma proposta de conteúdo de saúde que subsidiou a Constituinte, além de um projeto para a nova lei do SUS. Embora não consensual, pois combatida pelos representantes da iniciativa privada, que a consideravam radical, e criticada pelos representantes do movimento sindical, que a consideravam insuficiente, a proposta da CNRS para a Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente da Constituinte acabou aceita pelo movimento sanitário, por estar consentânea com as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

De qualquer forma, a área da saúde conseguiu chegar à Assembleia Nacional Constituinte com sua proposta discutida, legitimada e completa, do ponto de vista do ideário do movimento sanitário (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O relato de Arlindo Fábio Gómez de Souza¹³ em Ministério da Saúde (2006, p. 87), demonstra como foi a articulação das forças de poder na Plenária Nacional, que possibilitou que o capítulo saúde na Constituição Nacional contemplasse o direito universal à saúde e a criação de um sistema único de saúde, descentralizado, acessível e democrático.

Na entrega do relatório, o deputado Carlos Mosconi, da área de saúde, fez um discurso mais ou menos nos seguintes termos: *‘Dada a legitimidade e a representatividade da Comissão Nacional da Reforma Sanitária em ter acabado, trabalhado e incorporado as resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde, eu acredito que não caberá à comissão de saúde na Assembleia Nacional Constituinte senão acatar o que a Comissão Nacional da Reforma Sanitária está nos entregando’*. O Almir Gabriel endossou e depois o endosso foi geral. Depois, o

¹³ Sociólogo; Sanitarista; Especialista em Administração e Planejamento em Saúde (Ensp/ Fiocruz); Coordenador da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1986-1987); Relator Geral da 9ª CNS (1992); Presidente da Abrasco (1992-1994); Chefe de Gabinete da Presidência da Fiocruz e Superintendente do Canal Saúde/Fiocruz.

Carlos Sant'anna entra, como figura central na negociação pelo 'centrão'. Ele tinha uma capacidade interna de articulação muito forte na comissão e dizia para os demais deputados: *'vocês aprovam as coisas de vocês aí, mas na área de saúde vocês aprovam o que eu quiser'*. Era para dizer que o pacto era mais ou menos respeitar o que a área da saúde propunha. Essa foi a barganha que o Sant'anna fez e, sem dúvida nenhuma, deu resultado.

Conforme exposto - e não poderia ser de outra forma - a vitória da proposta reformista ficou gravada na memória das forças de oposição como resultado da luta política do setor; a qual se chegou devido à existência de um projeto proveniente da sociedade e que contou com o apoio de consideráveis forças sociais - sindicatos, profissionais da saúde, usuários, estudantes - e que tinha sido capaz de se impor ao governo.

O resultado das pressões contra-hegemônicas foi a incorporação das reivindicações do movimento sanitário na Constituição Federal de 1988, a qual representou o reconhecimento da saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado e também a criação do SUS.

A partir da CF/88 várias leis foram criadas com o intuito de concretizar os direitos fundamentais constitucionalmente positivados, tornando-os diretamente aplicáveis. Em 1990, foi promulgada a Lei n. 8.808, a Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre a promoção, proteção, organização e funcionamento dos serviços de saúde. Esta lei foi complementada pela Lei n. 8.142 de 1990, que determina a estrutura e o financiamento de recursos para o SUS.

Desde 1990 o desafio tem sido desenvolver um sistema público obedecendo a princípios fundamentais como a universalidade, a integralidade e a igualdade de acesso a serviços de saúde a todos os níveis de assistência. Isto inclui ações que permitam ao cidadão a ter acesso à assistência terapêutica, inclusive a farmacológica.

1.3 MARCOS NORMATIVOS EM MATÉRIA DE SAÚDE

Neste item serão apresentados os fundamentos legais que sustentam o SUS. Para tanto, este sistema deve ser entendido como o conjunto de ações e serviços de saúde sob gestão pública, inserido no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social. Cabe a participação da iniciativa privada somente em caráter complementar (artigo 199, § 1º, CF/88 e artigo 25 da Lei n. 8.080/90).

Como poderá ser verificado, o SUS está organizado em redes regionalizadas e

hierarquizadas e com atuação em todo o território nacional, porém com direção única em cada esfera de poder. No entanto, é um sistema que não se sustenta de forma isolada, pois o conceito de saúde assume no texto constitucional um sentido mais amplo¹⁴.

A doutrina dispõe que a conceituação de saúde deve ser entendida como algo concreto, e sua compreensão passa pela afirmação da cidadania plena e pela aplicabilidade dos dispositivos garantidores dos demais direitos sociais previstos no artigo 6º da CF/88 (ROCHA, 1999).

Neste sentido, o novo modelo de saúde pública, albergada pela CF/88, exige do Estado uma atuação mais efetiva, ampliando o papel da Administração Pública para a concretização dos elementos normativos e abstratos contidos no sistema jurídico, de modo que, para isso, promova a implementação de uma série de ações e programas das mais diversas modalidades.

1.3.1 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

Com o advento da Carta Política de 1988, o direito à saúde foi elevado a categoria de Direito Fundamental, de direito subjetivo público. Da interpretação sistemática dos artigos 5º ao 196, reconhece-se, claramente, que todo cidadão é detentor do direito à saúde e o Estado o seu devedor, tanto no âmbito individual como no coletivo.

É o que afirma o artigo 196 ao dispor que:

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".

No seu paradigmático voto proferido no Agravo Regimental de Suspensão de Liminar n. 47, julgado em 17/03/2010, o relator, Ministro Gilmar Mendes, traçou os contornos do direito à saúde na CF/88, interpretando detidamente os elementos do artigo 196.

Segundo o ilustre magistrado quando o comando constitucional dispõe que "a saúde é um direito de todos" é possível identificar tanto um direito individual quanto um direito coletivo à saúde. E que não se trata tão somente de uma norma programática, incapaz de

¹⁴ Segundo o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948, diz que "Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade".

produzir efeitos, apenas indicando diretrizes a serem observadas pelo poder público, pois isto significaria negar a força normativa da Constituição.

Já no que diz respeito à dimensão individual do direito à saúde segue o entendimento do Ministro Celso de Mello, relator do Agravo Regimental em Recurso Especial n. 271.286-8/RS, publicado em 12/09/2000, ao reconhecer o direito à saúde como um direito público subjetivo assegurado à generalidade das pessoas, que conduz o indivíduo e ao Estado a uma relação jurídica obrigacional. Ressaltou o Ministro que “a interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconseqüente”, impondo aos entes federados um dever de prestação positiva. Concluiu que a “essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse como prestações de relevância pública as ações de serviço de saúde (artigo 197, CF/88)”, legitimando a atuação do Poder Judiciário nas hipóteses em que a Administração Pública descumpra o mandamento constitucional em apreço.

Ressaltou o Ministro Gilmar Mendes, que ainda que o direito subjetivo público seja assegurado mediante políticas públicas sociais e econômicas. Não se está diante de um direito absoluto a todo e qualquer procedimento necessário para a proteção, promoção e recuperação da saúde, independente da existência de uma política pública que o concretize. O que se há é um direito público subjetivo a políticas públicas que promovam, protejam e recuperam a saúde.

No que diz respeito ao "dever do Estado", o entendimento firmado pelo Supremo Tribunal Federal é que conectado ao direito fundamental à saúde está o dever fundamental da prestação da saúde por parte do Estado (União, Estados, Distrito Federal e Municípios). Dever este de desenvolver políticas que visem à redução de doenças, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

A competência comum dos entes da federação para cuidar da saúde consta do artigo 23, II, da CF/88. União, Estados, Distrito Federal e Municípios são responsáveis solidários pela saúde junto ao indivíduo e à coletividade e, dessa forma, são legitimados passivos nas demandas judiciais com pedidos por bens e serviços de saúde. O fato do SUS ter descentralizado seus serviços e conjugado recursos financeiros dos entes da federação, com o objetivo de aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, apenas reforça a obrigação solidária e subsidiária entre eles.

Já a “garantia mediante políticas sociais e econômicas”, discursa o magistrado, significa que há necessidade de formulação de políticas públicas que concretizem o direito à saúde através de escolhas alocativas. Isto porque, os recursos públicos são escassos e o

avanço constante da medicina disponibiliza a todo momento um novo exame, um novo medicamento ou um novo tratamento de saúde.

Quando a Constituição se refere às políticas que visam à redução do risco de doença e outros agravos, evidencia sua dimensão preventiva. As ações preventivas na saúde foram, inclusive, indicadas como prioritárias no artigo 198, inciso II, CF/88.

Já quando se trata de 'políticas que visem o acesso universal e igualitário', a Ministra Ellen Gracie na Suspensão da Tutela Antecipada n. 91, publicada em 26/02/2007, ressaltou que, em princípio, a efetivação de políticas públicas alcança a população como um todo.

Neste sentido, o princípio do acesso igualitário e universal reforça a responsabilidade solidária dos entes da federação, garantindo, inclusive, a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (artigo 7º, IV, da Lei n. 8.808/90).

Por fim, no que diz respeito às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, o Supremo Tribunal Federal defende que os problemas de eficácia social do direito fundamental à saúde devem-se muito mais a questões ligadas à implementação e manutenção das políticas públicas de saúde existentes do que à falta de legislação específica. Em outros termos, o problema não é de inexistência, mas de execução (administrativa) das políticas públicas pelos entes federados. Portanto, não haveria a princípio uma interferência judicial em âmbitos de livre apreciação ou de ampla discricionariedade de outros poderes quanto à formulação de políticas públicas.

Diante deste novo ditame constitucional fica evidente a transformação radical que vem sofrendo o sistema de saúde brasileiro. Inicialmente porque reconheceu a saúde como um direito social e segundo porque definiu um novo paradigma de atuação estatal, que reconhece a múltipla determinação e a estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento adotado pelo Estado. Este novo marco referencial pode ser observado no artigo 196 e nos princípios elencados no artigo 198 da CF/88.

O artigo 198 determina que as ações e serviços públicos de saúde serão organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, de acordo com as seguintes diretrizes: 1) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; 2) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e 3) participação da comunidade.

Atenta-se que o novo modelo de atenção à saúde traz como base os princípios constitucionais da universalidade, equidade, autonomia e integralidade de assistência. Tais elementos de natureza doutrinária apontam para um sistema cuja lógica das ações e serviços sanitários contrapõem a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar com foco na

doença, e é substituído por um novo conceito de atenção orientado para a promoção da saúde individual e coletiva.

Todas estas mudanças são reflexos da própria transformação do Estado¹⁵ que de uma postura estritamente formal, característico do Estado de Direito, passa a ser dirigido por uma racionalidade que lhe confere substrato substancial, coerente com o Estado Constitucional¹⁶, no qual as políticas públicas deixam, por conseguinte, de se situar exclusivamente no âmbito da deliberação política para receber intensa proteção jurídica, em especial da Constituição.

Diante desta perspectiva, as políticas públicas surgem como um mecanismo do Estado (com alcance das três esferas de poder, conforme determina a Lei n. 8.080 de 19/09/1990) que, envolvendo a participação da sociedade civil (como dispõe a Lei n. 8.142 de 28/12/1990), possibilita a prestação de ações positivas capazes de propiciar uma mudança substancial no conjunto social.

No caso do presente trabalho, a ação positiva do Estado que será analisada é a política de assistência farmacêutica, a qual prevê o acesso a medicamentos a toda a população de forma segura, eficaz e com qualidade (Lei n. 8.080/90, artigo 6º).

1.3.2 Lei n. 8.080, de 19 de dezembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde

A saúde com a inauguração do Estado Constitucional assumiu uma roupagem social e direcionou o agir estatal pelo caminho da igualdade na oferta de serviços de saúde pública, seja na construção de hospitais, fornecimento de medicamentos, como na própria criação do SUS.

Neste contexto, principalmente com a implantação do SUS, depreende-se a fundamental relevância dos princípios regentes do direito à saúde nesse sistema, quais sejam, a universalidade, a equidade, a autonomia e integralidade, expressão do regime democrático e

¹⁵ O que se está a tratar é da transformação do Estado a partir da Constituição e da Constituição a partir do Estado, isto é o que o autor Maurizio Fioravanti descreve como sendo o duplo movimento da história do Direito Público Moderno: Dalla Costituzione allo Stato e dallo Stato alla Costituzione. (FIORAVANTI, 1993, p. 04).

¹⁶ O que se vislumbra aqui é um Estado Constitucional similar à do Estado Democrático de Direito, submetido à uma Carta Magna rígida que garante a supremacia dos Direitos Fundamentais. Neste sentido, argumento o autor Paulo Otero que "o moderno Estado pluralista, enquanto expressão expressão de um modelo oposto ao Estado totalitário, afirmando ser um Estado de Direito democrático ou democrático de Direito, é, por definição, um 'Estado de Direitos fundamentais': trata-se de um Estado baseado no respeito da dignidade da pessoa humana e ao serviço da garantia da inviolabilidade dessa mesma dignidade inerente a cada pessoa individual e concreta". (MARTINS, I. G. da S.; MENDES, G. F.; TAVARES, A. R. (Org.), 2005. p.179). No mesmo sentido argumento o jurista José Joaquim Gomes Canotilho que "qualquer que seja o conceito e a justificação do Estado - e existem vários conceitos e várias justificações - o Estado hoje só se concebe como Estado Constitucional". (CANOTILHO, 2001).

garantia dos Direitos Fundamentais, a serem concretizados pelo Estado.

É o que prevê a lei de implantação do SUS, a Lei n. 8.080/90, no seu artigo 2º¹⁷, §1º e artigo 7º¹⁸. Com base no sistema constitucional, verifica-se que a equidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, conforme exposto anteriormente no artigo 196 da CF/88. Não é demais dizer que, na realidade brasileira, é flagrante a desigualdade social. Assim, a igualdade na forma estabelecida no texto constitucional deveria ter garantida sua eficácia na oferta pelo Estado de serviços e bens na área da saúde a milhares de municípios que integram a Federação, o que ainda é um desafio a ser perseguido (SILVA, 2012).

O princípio da universalidade de atendimento representa a garantia da gratuidade de atendimento no uso dos serviços de saúde sem qualquer restrição, contudo, enfatizando as ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Já o princípio da integralidade é um dos mais preciosos em termos de demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. Este princípio remete ao da autonomia, que assegura que a cada qual será dado de acordo com suas necessidades, inclusive no que pertine aos níveis de complexidade diferenciados. (SILVA, 2012).

Considerando que estes princípios não são simples normas com conteúdo abstrato,

¹⁷ Lei n° 8.080/90, art. 2º, § 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

¹⁸ Lei n° 8.080/90, art. 7º - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

mas diretrizes que hão de ser necessariamente consideradas pelo Poder Público quando da elaboração de políticas públicas imprescindíveis à efetivação do direito social à saúde, a Lei n. 8.080/90 determina, em seu artigo 9º, a divisão de competências entre órgãos das esferas de poder:

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

Uma análise geral da Lei Orgânica da Saúde (LOS) é suficiente para destacar as suas principais tendências: realce das competências do Ministério da Saúde, restringindo-lhe a prestação direta dos serviços apenas em caráter supletivo; ênfase na descentralização das ações e serviços para os municípios e valorização da cooperação técnica entre Ministério da Saúde, estados e municípios, onde estes ainda eram vistos como receptores de tecnologia. (FINKELMAN, 2002).

A divisão de competências trazida pela LOS impõe ao Ministério da Saúde a responsabilidade de conduzir o SUS em nível nacional, por meio do seu planejamento, controle, avaliação e autoria, bem como pela promoção da sua descentralização. Ficam, também, sob a sua coordenação os serviços assistenciais de alta complexidade, redes nacionais de laboratórios, de sangue e hemoderivados em nível nacional. Ainda, como missão exclusiva do poder central é a regulação dos planos de saúde, mediante a regulação de atuação destas instituições.

Já a Secretaria de Estado está programada para planejar, programar e organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, cujo funcionamento deve acompanhar, controlar e avaliar. É previsto também ao Estado a coordenação dos serviços assistenciais de alta complexidade, laboratórios de saúde pública e hemocentros sob a sua responsabilidade. Porém, a LOS não faz referência a um papel estratégico do Estado, similar ao previsto pelo nível federal. Igualmente, não está prevista uma atuação reguladora dos serviços privados de saúde (FINKELMAN, 2002).

No que diz respeito às Secretarias Municipais, o modelo original do SUS concede o papel de protagonista. Além da gestão da execução das ações e serviços de saúde, são confiados o seu planejamento, organização, controle e avaliação, inclusive a gestão dos laboratórios públicos de saúde e dos hemocentros. O poder municipal também é exercido na celebração de contratos e convênios, controle, avaliação e fiscalização das atividades de

iniciativa privada (FINKELMAN, 2002).

E por falar em definição de objetivos e estratégias, não se pode olvidar da regulamentação prevista no artigo 198, inciso III da CF/88, que resultou na publicação da Lei n. 8.142/90, ato legislativo que disciplinou a participação popular na gestão do SUS. Este fato permitiu a criação de vários mecanismos de articulação entre as esferas de governo e participação e controle social sobre as políticas públicas.

1.3.3 Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 - Participação popular na gestão do SUS

A Lei n. 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Também é responsável pela regulamentação das Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O SUS possui em cada esfera de governo instâncias de participação popular que são as Conferências e os Conselhos de Saúde. Ficou determinado na Lei n. 8.142/90 que a Conferência Nacional de Saúde (CNS) fosse realizada a cada quatro anos, “com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes, convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde”.

Esta determinação revela o processo ascendente de mobilização verticalizada destes colegiados, a qual inicia as articulações pelos municípios, passando pelas conferências estaduais, até chegar a âmbito federal.

No âmbito nacional há dois fóruns de participação e articulação (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), criados no ano de 1980 e que reúne os Secretários de Saúde dos 26 estados e do Distrito Federal e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), criado em 1988 e ao qual está filiado quase a totalidade dos municípios. Estes colegiados tiveram papel de destaque no movimento pré-constituente, pois constituíram elementos fundamentais na articulação entre as instâncias sociedade-Estado (CONASS, 2011).

No âmbito local se tem os colegiados que funcionam como mecanismos de participação popular no controle social. É o caso da iniciativa popular prevista no artigo 61, § 2º da CF/88 e, especificamente no campo da saúde, o da participação da comunidade inserida no artigo 198, III da CF/88.

Os instrumentos que preveem a participação popular são representados pelos Conselhos e Conferências nacionais, estaduais e municipais de Saúde. Nestes colegiados a sociedade civil tem presença significativa. Os representantes dos usuários ocupam metade dos postos, a outra metade é formada para representação dos provedores de serviços (governo, profissionais de saúde e setor médico-hospitalar privado) (CONASS, 2011).

A criação desses colegiados na saúde fez progressos a partir da Lei n. 8.142/1990 que a regulamentou. Atualmente quase todas as municipalidades contam com este tipo de órgão colegiado.

Segundo CONASS (2011, p. 27):

Os Conselhos de Saúde buscam participar da discussão das políticas de saúde, tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura, e onde se manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades.

Em seu § 2º, a Lei n. 8.142/90 define:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Esta lei prevê ainda que a forma de transferência dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática para municípios, estados e Distrito Federal dependerá da existência: a) Fundo de Saúde; b) Conselho de Saúde; c) Plano de Saúde; d) Relatório de Gestão; e) Contrapartida de recursos para a Saúde no respectivo orçamento e f) Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

O SUS é uma conquista popular em permanente processo de construção e aperfeiçoamento. Essa característica o configura como um sistema avesso a uma visão mercantil, excludente, centrada na cura da doença e afinada com o ideário neoliberal de esvaziamento dos compromissos sociais do Estado. Do ponto de vista da gestão, aprofundou-se o processo de descentralização, fortaleceu a participação popular com os conselhos de saúde presente em todos os 26 estados e 5.564 municípios, bem como no Distrito Federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A importância estratégica dessa participação está diretamente associada à própria natureza político-institucional do SUS, que tem na mobilização popular um de seus elementos

dinâmico-estruturais. Isso significa que, se o SUS conseguiu se estabelecer somente pelos caminhos da luta popular, e, é trilhando esses caminhos que ele terá condições de se consolidar. Este tema será apreciado com mais profundidade no Capítulo 3 deste trabalho.

1.3.4 Política Nacional de Medicamentos - Portaria GM/MS n. 3.916, de 30 de outubro de 1998

Neste tópico, pretende-se expor, ainda que de forma resumida, o modo como está estruturada a Política de Assistência Farmacêutica no SUS. Isto para que seja possível visualizar os contornos desta política pública que é tema do presente estudo.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) é um documento oficial expresso na Portaria Gabinete do Ministério (GM)/Ministério da Saúde (MS) n. 3.916/1998, que delimita o compromisso do governo com a promoção do uso racional e do acesso da maioria da população a medicamentos essenciais de qualidade assegurada e de eficácia e segurança comprovadas. Estabelece também papéis, direitos e obrigações dos diferentes atores envolvidos, sejam do setor público ou privado (BERMUDEZ; OLIVEIRA; LUIZA, 2008, p. 761)

Partindo das prioridades e metas estabelecidas neste documento legal, são desenhados programas que servem de eixos para a implementação da Política de Assistência Farmacêutica. Na atual conjuntura, são três os principais programas: Programa de Atenção Básica, Programa de Medicamentos Especializados e Programa de Medicamentos Estratégicos.

Como se fará uma exposição resumida desta política, o foco estará sobre quem elabora o programa, de onde vêm os recursos para financiá-lo, a quem cabe a sua implementação, quais são os instrumentos administrativos de acesso e, por fim, locais de fornecimento dos medicamentos ao usuário.

O *Programa de Atenção Básica* ou *Programa de Medicamentos Essenciais* se destinam a atender os agravos prevalentes e prioritários da atenção básica à saúde. Ou seja, são os procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade, indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população¹⁹. A título de exemplo têm-se os analgésicos,

¹⁹ A legislação pertinente ao Programa de Atenção Básica: (PORT. GM/MS N° 4.217/10, Plano Estadual de Assistência Farmacêutica (última atualização em 2008), Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, REMUMES (Relação Municipal de Medicamentos), PORT. GM/MS N° 399/06 e PORT. GM/MS N° 204/07).

os antibióticos, os antiparasitários, medicamentos de uso contínuo para o diabetes e hipertensão e para a saúde mental, entre outros.

A elaboração desta política fica a cargo do Ministério da Saúde, que indica um número mínimo de medicamentos e insumos que deverão ser fornecidos na atenção básica²⁰. Após esta pré-seleção, os Estados e Municípios, com apoio das Comissões Intergestores Bipartites (CIB)²¹, e com fundamento no levantamento epidemiológico de cada região indicam outros medicamentos que completam esta lista.

O financiamento do programa é tripartite²² (fundos nacional, estadual e municipais de saúde) em valores *per capita* pactuado na CIB. O Ministério da Saúde apenas repassa os recursos, ficando os gestores municipais e estaduais responsáveis pela execução do programa.

O instrumento administrativo para o acesso ao medicamento é o receituário médico, originado por consulta realizada no SUS, que deverá ser apresentada nas Unidades de Saúde ou ainda, como no Município de Ponta Grossa-PR, na Farmácia Central.

De acordo com o artigo 8º, da Portaria n. 2.981/90²³, o *Componente Especializado da Assistência Farmacêutica* é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade medicamentosa, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado são definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

Ou seja, visa distribuir medicamentos destinados ao tratamento de doenças raras ou crônicas, cujas patologias atingem um número limitado de usuários, os quais, na maioria das vezes, utilizam-nos por períodos prolongados. Entre os usuários estão os transplantados, portadores de insuficiência renal crônica, esclerose múltipla, hepatite viral crônica B e C, epilepsia, esquizofrenia refratária, doenças genéticas como fibrose cística, doença de Gaucher, entre outros²⁴.

O responsável pela elaboração deste programa é o Ministério da Saúde, já que é ele quem define quais são as doenças, que medicamentos serão fornecidos e como deverá ser conduzido o tratamento. Os estados poderão complementar o programa, elaborando protocolos clínicos para outras doenças ou acrescentando medicamentos para tratamento das

²⁰ Este rol está definido na Portaria GM/MS n° 2.084/2005.

²¹ Comissão Intergestores Bipartite/CIB - tem o objetivo de assegurar a gestão compartilhada entre os governos municipais e estadual para evitar a duplicidade ou omissão na execução de ações e criar um espaço administrativo onde gestores do sistema único de saúde possam permanentemente negociar, decidir e firmar pactos.

²² Os três entes da federação devem contribuir anualmente com um valor fixo por habitante: União (no mínimo de R\$ 5,10), aos Estados (R\$ 1,86) e aos Municípios (R\$ 1,86).

²³ Portarias dos Protocolos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (PORT. GM/MS N° 399/06, PORT. GM/MS N° 204/07, PORT. GM/MS N° 2.981/09, PORT. GM/MS N° 3.439/10).

²⁴ (CONASS, 2011, p. 90).

patologias já previstas pelo Ministério da Saúde.

O financiamento do programa é de responsabilidade conjunta do Ministério da Saúde e dos estados. Já a sua execução cabe aos estados, que são os responsáveis tanto pela aquisição quanto pela dispensação dos medicamentos excepcionais.

A relação de documentos para ingressar com pedido administrativo solicitando o medicamento junto à Regional de Saúde do Estado, no caso de municípios do interior, ou na Farmácia Especial se for na capital, são: cartão nacional de saúde²⁵, cópia de documento de identidade, laudo para solicitação do componente especializado, prescrição médica, documentos exigidos nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, recibo de medicamentos, cópia do comprovante de residência e Autorização para Procedimentos de Alto Custo (APAC).

Já o *Programa de Medicamentos Estratégicos*²⁶ são aqueles utilizados em doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades e cuja estratégia de controle se concentra no tratamento de seus portadores. Os medicamentos são destinados a programas específicos por patologia (tuberculose, hanseníase, combate ao tabagismo, alimentação e nutrição), para a síndrome da imunodeficiência adquirida (antirretrovirais) e para o controle de endemias (destinados à doença de chagas, esquistossomose, filariose, malária, peste e tracoma)²⁷.

Esta política contempla também o "Programa Nacional de Imunizações" responsável pelo fornecimento de vacinas e soros utilizados na prevenção e/ou tratamento de doenças que atingem a população de um modo geral.

A elaboração da política de medicamentos estratégicos fica a cargo do Ministério da Saúde, já que há distribuição de medicamentos para programas de saúde de alcance nacional. Da mesma forma, o financiamento e a aquisição dos medicamentos, sendo que a dispensação destes é de responsabilidade dos municípios, por meio das Unidades de Saúde.

O acesso administrativo destes medicamentos ocorre via Secretarias Municipais de Saúde, que solicitam às Regionais de Saúde e estas ao Centro de Medicamentos Básicos do Paraná (CEMEPAR), no caso do Estado do Paraná.

25 O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação (Portal da Saúde: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=944> Acesso em: 01/12/2012).

26 Legislação pertinente ao Programa de Medicamentos Estratégicos: LEI FEDERAL N° 9.313/93 (HIV/AIDS), PORT GM/MS N° 399/96, PORT GM/MS N° 814/00 (hanseníase), PORT GM/MS N° 204/07, PORT GM/MS N° 4.217/10 (combate ao tabagismo, alimentação e nutrição), PORT GM/MS N° 533/12 (vacinas e soros).

27 (CONASS, 2011, p. 64).

Há, ainda, dentro da classificação dos medicamentos estratégicos, devido a sua relevância, um programa específico para o tratamento de diabetes. É de responsabilidade dos três entes da federação a distribuição de medicamentos e insumos para o controle da doença.

A Lei n. 11.347/06 definiu quais seriam os critérios para a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos, essa lei foi regulamentada pela Portaria GM/MS n. 2.583/07, que definiu o elenco de medicamentos e insumos necessários para o tratamento de *diabetes mellitus*²⁸.

Cabe aos entes federados a padronização da insulina, já a sua aquisição é reponsabilidade do Ministério da Saúde.

O pedido administrativo por este tipo de medicamento é feito às Secretarias Municipais de Saúde, que solicitam às Regionais de Saúde e estas ao CEMEPAR, no caso do Estado do Paraná, sendo a dispensação feita pelos Municípios.

Na Política de Assistência Farmacêutica não há um programa próprio para os medicamentos oncológicos, isto porque o SUS prevê um tratamento mais completo para este tipo de doença, o qual vai além do fornecimento de medicamentos.

Com esta intenção a Portaria GM/MS n. 2.439/05 regulamenta as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as demais Secretarias dos Estados e Municípios.

Para a implementação desta política, criou-se os centros especializados²⁹ para tratamento do câncer vinculados ao SUS e cadastrados pelo Ministério da Saúde como UNACONs (Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), CACONs (Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e CRACONs (Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia).

²⁸ No Estado do Paraná foi aprovado pela Deliberação n. 118/2006 da CIB, é destinado ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 1, prevendo a dispensação de Insulinas de Longa Duração (Glargina, e Detemir) e Curta Duração (Lispro e Aspart), assim como os insumos (agulhas para caneta aplicadora de insulina, glicosímetros, tiras reagentes, lancetas e seringas descartáveis com agulha acoplada). As demais insulinas e insumos, bem como os medicamentos orais, estão inseridos na Assistência Farmacêutica Básica.

²⁹ As UNACONs são hospitais que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. As CACONS são hospitais que possuem as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Os CRACONs são CACONs que exercem o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS na condução da Política de Atenção Oncológica. (CONASS, Política nacional de atenção oncológica. Progestores. Nota técnica 26 a. Brasília: 2005, p. 3. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf>. Acesso em: 01 dez 2012.

São, portanto, estes centros os responsáveis por adquirir e dispensar os medicamentos prescritos e padronizados em seus serviços para o tratamento integral do paciente, incluindo aqueles medicamentos usados na quimioterapia ou em tratamentos paliativos.

Para a melhor gestão dos medicamentos previstos na política de assistência farmacêutica, foi instuída no ano de 1975 a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), de acordo com os princípios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cujos medicamentos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Importante, ressaltar, que a dispensação dos medicamentos devem estar integrados às demais etapas da atenção integral. Por isto, para que o paciente tenha direito ao medicamento ele deve estar fazendo o seu tratamento em um dos centros especializados.

Observa-se que a Política Nacional de Medicamentos é bastante ampla e complexa, pois demanda esforços legislativo, financeiro e administrativo dos três entes da federação, da comunidade e de parcerias com o setor privado.

Assim, não é possível afirmar de forma absoluta que os Poderes Legislativo e Executivo, encontram-se inertes ou inativos, ao menos do ponto de vista normativo, no que diz respeito ao fornecimento de medicamentos à população. As prioridades e metas definidas por cada ente deferativo na área da assistência farmacêutica, presume-se, que estão vinculadas às possibilidades financeiras existentes.

No entanto, a questão maior que se impõe parece não estar circunscrita somente à divisão de atribuições de tarefas entre os entes estatais. A simples transferência das atividades públicas para "entidades executoras" aponta para uma visão que parece desconsiderar que a descentralização, o exugamento e a "profissionalização do Estado, características da administração pública gerencial³⁰, não são suficientes para atender aos direitos da cidadania. Isto porque, a excessiva racionalização de práticas pode acabar excluindo das responsabilidades do Estado a administração de problemas como a pobreza e a desigualdade, além de dificultar o acesso do cidadão no processo de formação e concretização do interesse público.

³⁰ O modelo gerencial tem como referência as práticas privadas como suficientes para tornar o Estado eficiente, eficaz, moderno e voltado para o "cidadão-cliente", tal qual acontece nas organizações empresariais. (IDEIAS, 1992, p. 87)

CAPÍTULO II

A TUTELA DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE

2.1 O DIREITO SOCIAL À SAÚDE

Antes de se adentrar neste capítulo é importante deixar claro qual o conceito de direito social assumido neste trabalho, isto porque será ele o pano de fundo do estudo da judicialização da saúde.

Segundo Arendt (2001), os direitos humanos são construídos historicamente, ou seja, são frutos de lutas. Já Bobbio (2004), apresenta a estreita conexão existente entre mudança social e nascimento de outros direitos, já que os direitos humanos são fenômeno social. Reafirma este autor que o aumento significativo dos direitos sociais decorre da rápida e profunda transformação da sociedade, assim, a mudança social está diretamente relacionada com a mudança na teoria e prática dos direitos humanos.

Os direitos sociais surgiram no século XIX, quando o movimento socialista trouxe à tona os problemas criados pelo sistema capitalista de produção a diversos grupos sociais, o que gerou o empobrecimento e a marginalização especialmente da classe operária. Este movimento resultou da mobilização da classe trabalhadora para lutar por melhores condições de vida (ARENDR, 2001).

A ânsia por mudanças acabou refletindo na criação de instrumentos de afirmação de direitos, sendo a Constituição Mexicana de 1917 um importante precedente que elevou os direitos trabalhistas ao *status* de direitos fundamentais, antes mesmo da Constituição Alemã de Weimar, de 1919, documento resultante da dimensão social emergida após a Primeira Guerra Mundial (COMPARATO, 2007).

O Estado de Bem-Estar Social, denominação criada pela Constituição de Weimar, ganhou força após a grande depressão econômica ocorrida no mundo em 1929. A crise financeira exigiu uma intervenção mais ativa do Estado no setor econômico, para a geração de riquezas e redução do desemprego. A partir daí o Estado assumiu papel relevante na realização da justiça social.

Em diversas partes do mundo, os Estados passaram a se valer de instrumentos, como a seguridade social, para garantir a proteção mínima para sua população. Isto ocorre especialmente por políticas públicas destinadas a grupos mais fracos e mais pobres da população, ou seja, os mais vulneráveis (COMPARATO, 2007).

No entanto, apesar da concepção contemporânea dos direitos humanos em que coloca no mesmo patamar de importância o conjunto de direitos civis e políticos e os direitos econômicos, sociais e culturais, ainda assim, muitos Estados ainda tratam esses como se fossem menos importantes que aqueles, pois não seriam plenamente exigíveis, por conjugarem mais diretivas do que verdadeiros direitos.

Neste viés, importante entender a natureza dos direitos sociais e qual o conteúdo mínimo previsto por estes direitos que são passíveis de serem exigidos do Estado e protegidos pelo Poder Judiciário.

2.1.1 A natureza dos direitos sociais

A doutrina jurídica brasileira não apresenta muitas divergências quando se esta a tratar do direito à saúde como um bem fundamental. Mas, quanto ao fato de receber o mesmo tratamento jurídico dos direitos fundamentais daí surgem algumas controvérsias.

Inicialmente é preciso estabelecer alguns acordos conceituais para então se chegar a um posicionamento sobre este ponto. A discussão que se trava na doutrina é a distinção entre o que se tem designado de direitos humanos e direitos fundamentais.

Segundo Sarlet (2007), os direitos humanos são aqueles assegurados no plano de direito internacional (portanto, assegurados a qualquer pessoa independente de seu vínculo com determinado Estado, além de oponíveis ao próprio Estado perante as instâncias supranacionais de tutela) e os direitos fundamentais são aqueles consagrados no plano de direito constitucional de cada Estado.

O que se observa, numa breve leitura da CF/88, é que esta reconheceu um conjunto heterogêneo e abrangente de direitos (fundamentais) sociais, o que por consequência acaba por gerar a relevante compreensão de que os direitos sociais são direitos fundamentais.

Verifica-se também, nesse viés, que os direitos sociais alcançam tanto direitos a prestações (positivas) quanto a direitos de defesa (ações ou direitos negativos). Leva-se em conta que os direitos negativos apresentam uma dimensão positiva (já que sua efetivação reclama uma atuação positiva do Estado e da sociedade), ao passo que as prestações positivas fundamentam também posições subjetivas "negativas", notadamente quando se cuida de sua proteção contra ingerências indevidas por órgãos estatais, de entidades sociais e também de particulares (SARLET, 2007).

A título de exemplo tem-se o direito à moradia, que pode ser negativo quando não permite ações do Estado ou de particulares que lhe são contrárias, como no caso da vedação da penhora e, positivo, quando exige a atuação do Estado no sentido de assegurar mediante determinadas prestações jurídicas ou materiais o acesso a uma moradia, o que também se aplica à saúde como se verá mais adiante.

Como previsto na CF/88 o qualificativo social não está exclusivamente vinculado a uma atuação positiva do Estado (direitos a prestações)³¹ na implementação e garantia da segurança social. Mas, também como instrumento de compensação de desigualdades fáticas manifestas e o modo de assegurar um patamar pelo menos mínimo de condições para uma vida digna, o que segundo Sarlet e Figueiredo (2008), remetem ao problema do conteúdo dos direitos sociais e de sua própria fundamentalidade.

Em síntese, todos os direitos sociais são fundamentais, tenham sido eles expressa ou implicitamente positivados, estejam eles situados no Título II da CF/88 (dos direitos e garantias fundamentais) ou dispersos pelo diploma constitucional, ou ainda que localizados nos tratados internacionais firmados e incorporados pelo Brasil.

O que se esta a defender é o tratamento aos direitos sociais como fundamentais, e por conta disso, há de se outorgar a aplicabilidade imediata, no âmbito de um processo em que deve se levar em conta a necessária otimização do conjunto de princípios e direitos fundamentais.

Assim, segundo Sarlet (2008, p. 258):

Uma presunção em favor da aplicabilidade imediata das normas definidoras de direitos e garantias fundamentais, de tal sorte que eventual recusa de sua aplicação, em virtude de ato concretizador, deverá (por ser excepcional) ser necessariamente fundamentada e justificada. Tal fundamentação e justificação estão circunscritas ao caso concreto e devem atender aos postulados de uma interpretação tópico-sistemática.

Nesse sentido, é preciso ratificar que uma concepção satisfatória dos direitos fundamentais somente pode ser obtida a partir de uma ordem constitucional concreta, porque o que é relevante para uma sociedade pode não ser para outra. O que por certo, não afasta a possibilidade de se ter categorias universais como é o caso da vida. Mais ainda assim, estes valores necessitam de uma adequada contextualização, especialmente quando se procura transformá-los em realidade.

³¹ Segundo Alexy, "correspondem aos direitos a prestações em sentido estrito, sob o aspecto de direitos subjetivos a prestações materiais vinculados aos deveres estatais do Estado na condição de Estado Social de Direito." (ALEXY, 1997, p. 395).

É, pois, justamente considerando a fundamentalidade dos direitos sociais, no caso em estudo, do direito à vida e a dignidade da pessoa humana, que na sequência se estará a examinar o designado mínimo existencial e sua relação com o princípio da reserva do possível.

2.1.2 O conteúdo mínimo dos direitos sociais e o princípio da reserva do possível

Ao se tratar do mínimo existencial, parte-se da premissa da fundamentalidade dos direitos sociais, como estabelecido na CF/88, em que referidos direitos, além de reconhecidos, tiveram garantida sua implementação mediante comando constitucional, conforme disposto no artigo 5º, §1º: "As normas definidoras dos direitos fundamentais têm aplicação imediata".

Desta mesma determinação legal é possível inferir que estão dotados os Direitos Fundamentais de aplicabilidade direta, portanto, exigível, dentro os quais se inclui o direito à saúde.

Este também é o entendimento do constitucionalista José Joaquim Gomes Canotilho (1999, p. 544):

O reconhecimento e garantia de direitos econômicos, sociais e culturais, a nível constitucional, é, pois, uma resposta à tese da impossibilidade de codificação de valores sociais fundamentais (*Soziale Grundrechte*) na Constituição e à tese do princípio da democracia social como simples linha da actividade do Estado. Por outro lado, não se trata de reconhecer apenas o direito a um *standard* mínimo de vida ou de afirmar tão-somente um dimensão subjectiva quanto a direitos a prestações de natureza derivativa (*derivative Teihaberechte*), isto é, os direitos sociais que radicam em garantias já existentes (ex: direito à reforma, ao subsídio de desemprego, pressupões, de forma inequívoca, o direito a prestações sociais originárias como saúde, habitação, ensino - *originäre Leistungsanprüchen*).

Nesta direção infere-se que os Direitos Fundamentais estabelecidos constitucionalmente, dotados de aplicabilidade imediata e direta, estão em conformidade com a dignidade da pessoa humana, devendo ser garantidos a partir da aferição do interesse público por meio da realização de políticas públicas com efetiva participação popular, ainda que se argumente que como normas programáticas³² não são por si só suficientes para sua efetivação, sendo que, no caso concreto sua aplicabilidade é plena.

³² Defende Luis Roberto Barroso, "[...] com fulcro no princípio da efetividade máxima da Constituição, afastando a ideia de que os direitos sociais são normas programáticas que dependem do legislador e do administrador público para sua implementação, destacando que o fato de uma regra constitucional contemplar determinado direito cujo exercício dependa da legislação integradora não a torna, só por isso, programática." (BARROSO, 2001. p. 120).

Assim, é a partir da vinculação entre os direitos fundamentais e o princípio da dignidade humana, e, por conseguinte, seu alcance ao patamar das necessidades essenciais de todo e qualquer indivíduo, para que se estabeleça o que se denomina de mínimo existencial.

A concepção de mínimo existencial³³ adotada pela doutrina brasileira não admite uma redução a um mínimo apenas fisiológico ou vital. A interpretação do conceito de saúde e do próprio mínimo existencial deverá levar em consideração sempre o contexto e as circunstâncias pessoais do titular de direito.

Corroborando sobre o significado do mínimo existencial ora exposto, Torres (2003, p. 101) dispõe que, "o direito às condições mínimas de existência humana digna, que não pode ser objeto de intervenção do Estado que ainda exige prestações estatais positivas, inclui-se no rol dos direitos fundamentais ou direitos de liberdade".

Destaca, ainda, este autor que o mínimo existencial não está submetido aos ditames absolutos das limitações do orçamento público e também defende a possibilidade do Poder Judiciário deferir a concessão de prestações positivas sobre direitos sociais prestacionais quando provocado no caso concreto.

O autor Ricardo Lobo Torres com sua argumentação apresenta os fundamentos de um dos pontos centrais do presente estudo que é o entendimento da concessão do direito à assistência farmacêutica via Poder Judiciário na Comarca de Ponta Grossa-PR.

Neste viés, importante ratificar o entendimento de que o mínimo existencial estabelece um patamar mínimo para a efetivação dos direitos sociais prestacionais, nesses incluídos diversos Direitos Fundamentais, que garantem condições mínimas de uma vida digna, sem as quais, o indivíduo fica descoberto do manto da dignidade da pessoa humana.

Apoiado nestas arguições, o Judiciário poderá e deverá determinar o fornecimento das prestações da saúde que compõem o mínimo, mas deverá também equacionar toda uma gama de questões atinentes aos limites fáticos e jurídicos à sua plena realização. Entende-se,

³³ Neste sentido, Ana Paula de Barcellos defende que: "O chamado mínimo existencial, formado pelas condições materiais básicas para a existência, corresponde a uma fração nuclear da dignidade da pessoa humana à qual se deve reconhecer a eficácia jurídica positiva ou simétrica (...). É que o mínimo existencial corresponde ao conjunto de situações materiais indispensáveis à existência humana digna; existência aí considerada não apenas como experiência física - a sobrevivência e a manutenção do corpo, mas também, espiritual e intelectual, aspectos fundamentais em um Estado que se pretende, de um lado, democrático, demandando a participação dos indivíduos nas deliberações públicas, e, de outro, liberal, deixando a cargo de cada um seu próprio desenvolvimento. O mínimo existencial que ora se concebe é composto de quatro elementos, três materiais e um instrumental, a saber: a educação fundamental, a saúde básica, a assistência aos desamparados e o acesso à justiça. Como já se fez menção, esses quatro conteúdos do mínimo existencial não correspondem a uma escolha aleatória, ou exclusivamente normativista (considerando-se o texto da Carta de 1988); ao contrário, eles integram uma estrutura lógica de fácil demonstração. Com efeito, a educação e saúde formam um primeiro momento da dignidade humana, no qual se procuram assegurar condições iniciais tais que o indivíduo seja capaz de construir, a partir delas, sua própria dignidade autonomamente." (BARCELLOS, 2002, p. 248).

portanto, que o direito social à saúde, por exemplo, não é um direito absoluto e deve ser levado em consideração com os demais direitos fundamentais e princípios constitucionais envolvidos no caso concreto.

Neste trabalho serão apontados principalmente dois destes limites que o Judiciário deverá observar, o primeiro deles é com relação às variações que o mínimo existencial comporta, conforme a visão subjetiva de quem o elabore ou do modelo de Estado que se adota.

O que se depreende é que o mínimo existencial é um valor e não uma regra pronta e acabada. Esta diferença impõe ao Judiciário no momento da intervenção em questões que digam respeito a direitos sociais proceder à ponderação dos princípios e fatos relevantes, e não a subsunção do fato a uma regra determinada. Assim, os princípios devem ser realizados na maior intensidade possível, à vista dos demais elementos jurídicos e fáticos presentes na hipótese³⁴.

Daí decorre que os direitos neles fundados são direitos *prima facie* – isto é, poderão ser exercidos em princípio e na medida do possível³⁵.

Na área da saúde, por exemplo, dentre o conjunto de prestações mínimas existentes, cada qual possui o seu núcleo mínimo (fornecimento de medicamentos, contratação de médicos, ampliação de leitos, etc) dentre estas variações e possibilidades o Poder Público deve optar por quais necessidades atender, e é bom, e constitucional, que o faça.

Portanto, quando ocorre de um direito fundamental ser sopesado com outros direitos fundamentais ou princípios constitucionais, deverá ser aplicado na maior extensão possível, levando-se em conta os limites fáticos e jurídicos, preservado o seu núcleo essencial (BARROSO, 2007).

³⁴ Segundo Robert Alexy (1997, p. 86): “O ponto decisivo para a distinção entre regras e princípios é que os princípios são normas que ordenam que algo seja realizado na maior medida possível, dentro das possibilidades jurídicas e reais existentes. Portanto, os princípios são mandados de otimização, que estão caracterizados pelo fato de que podem ser cumpridos em diferentes graus e que a medida devida de seu cumprimento depende não apenas das possibilidades reais senão também das possibilidades jurídicas. O âmbito de possibilidades jurídicas é determinado pelos princípios e regras opostos” (tradução livre)

³⁵ As categorias da teoria dos princípios, que envolvem direitos *prima facie* e ponderação com outros direitos, princípios e fatos relevantes, aplicam-se, também, aos direitos sociais, que incluem o direito à saúde básica e, como decorrência, o direito à obtenção de certas categorias de medicamentos. Também aqui avulta a idéia de mínimo existencial para demarcar a fundamentalidade material do direito e sua conseqüente exigibilidade. Para além desse núcleo essencial, os direitos sociais, inclusive o direito à saúde, sujeitam-se à ponderação com outros elementos fáticos e jurídicos, inclusive a reserva do possível e as regras orçamentárias. (BARROSO, 2007, p. 9).

O segundo limite fático e jurídico imposto ao Judiciário é o que a doutrina alemã³⁶ denominou de reserva do possível. A partir do caso alemão, segundo Sarlet (2010), fica evidente que a atuação estatal no atendimento de um interesse ou a execução de uma prestação em benefício do interessado deve estar pautado no princípio da razoabilidade, o que leva a constatar que não há uma imposição absoluta pelo Estado.

Nesta direção foi sedimentando o entendimento que a concretização dos direitos sociais prestacionais encontra-se condicionada (não de forma absoluta) aos limites de recursos materiais do Estado, dependente, portanto, da ação estatal em prestações arcadas pelo erário, bem como com a necessidade de estarem disponíveis juridicamente tais recursos de acordo com o estabelecido na lei orçamentária e aos aspectos principiológicos da proporcionalidade e razoabilidade de cada caso concreto, ou seja, do titular do direito (SARLET, 2010).

Por outras palavras, a reserva do possível não tem caráter absoluto, devendo o Estado-juiz e o legislador ponderarem suas aplicações quando do exercício das suas competências, não podendo, retrocederem ou reduzir os Direitos Fundamentais já devidamente reconhecidos.

Diante do que foi apresentado, entende-se que o Judiciário deve intervir toda vez que um direito tutelado constitucionalmente estiver sendo violado e, principalmente, quando vulnerar o mínimo existencial de qualquer pessoa. Porém, se o legislador e administrador público tiverem feito a melhor escolha com base no sepesamento dos princípios e direitos, deverá o Judiciário respeitar a decisão em homenagem ao princípio democrático.

2.1.3 Os direitos sociais como direitos que se realizam coletivamente

Superado a prolemática do conteúdo mínimo dos direitos sociais e a aplicação do princípio da reserva do possível, outro ponto defendido neste trabalho é que os direitos sociais são direitos que se realizam coletivamente.

Isto significa que estes direitos, reconhecidamente humanos e fundamentais, não são fruíveis ou exequíveis individualmente. No entanto, não quer dizer que não possam ser pleiteados judicialmente por um único indivíduo, como é o caso dos pedidos por

³⁶ Segundo Ingo Wolfgang Sarlet (2010), "a decisão paradigmática que ensejou o surgimento da reserva do possível refere-se ao julgamento do caso BverfG E n° 37, no qual uma atuação judicial então proposta, visava a obter uma decisão que permitisse a um estudante cursar o ensino superior público, com fundamento no disposto na Lei Federal alemã que garantia livre escolha de trabalho, ofício ou profissão, tendo em vista que não havia disponibilidade de vagas em número suficiente para todos os interessados em frequentar as universidades públicas".

medicamentos. Mas, o são porque em regra dependem para a sua efetivação no caso concreto da atuação do Executivo e do Legislativo por terem o caráter de generalidade e publicidade. Como exemplo pode-se citar a educação pública, a saúde pública, os serviços de segurança e justiça, constantes nos artigos 6º e 7º, entre outros espalhados na CF/88.

Neste mesmo sentido aponta Lopes (2002, p. 129) ao dispor que:

Todos temos interesses sobre estes direitos sociais, porém, nenhum de nós tem um direito subjetivo sobre eles em particular pela mesma razão que um condomínio não tem um direito subjetivo exclusivo e excludente sobre uma parte qualquer de um bem condominial *pro indiviso*.

Reitera-se que não é porque o direito à saúde é considerado direito de todos, é que se pode defender a tese de que se é um direito coletivo não poderia ser objeto de dedução individualizada em juízo. Defende-se aqui que há dois equívocos nesta premissa, a uma é que os direitos sociais são em primeira linha direitos coletivos, e a duas, é que não cabem demandas individuais.

O fato dos direitos sociais terem uma dimensão transindividual, com alcance coletivo, não lhes retira a condição de serem direitos fundamentais de cada pessoa, ainda mais quando a própria dignidade é sempre da pessoa concretamente considerada. Pela mesma razão, não se poderia afastar a possibilidade da tutela individual, o que não significa dizer que existem problemas a serem enfrentados e que em muitos casos a tutela judicial mais adequada e efetiva deva ocorrer de modo coletivo (SARLET, 2010).

O direito à saúde é um direito que depende da implementação de políticas públicas que buscam proporcionar a todos os cidadãos³⁷ tratamento igual no atendimento hospitalar, vigilância sanitária, distribuição de medicamentos, entre outras prestações.

Dessa forma, na medida em que o direito social à saúde tem caráter de generalidade e ser gozado coletivamente, não se coaduna com a ideia de individualização. Isto porque, toda vez que se privilegia pedidos individualizados em detrimento da coletividade, há violação do princípio mais caro que sustenta o SUS, que é o da igualdade.

³⁷ Segundo Sarlet, "Mesmo ausente previsão expressa relativamente à titularidade universal, parece elementar que a saúde – à semelhança, aliás, de outros direitos fundamentais –, por sua direta ligação com os direitos à vida e à integridade física e corporal, que, por sua natureza, são direitos de todos (e de qualquer um), não poderia ser compreendida senão de um modo também universal, ou seja, como direito de toda e qualquer pessoa humana, brasileira ou não. Isso não significa, contudo, que as políticas públicas de saúde não possam ser objeto de discussão, notadamente quando se trate de atender a coletividades de estrangeiros e não situações emergenciais que podem envolver estrangeiros que se encontram no Brasil. De qualquer modo, cuida-se de situação bastante delicada em toda a longa zona de fronteira brasileira e que desafia um equacionamento inclusive em termos de relações internacionais." (SARLET, 2010, p. 35).

Na realidade brasileira, esta situação se torna ainda mais preocupante pois as Cortes brasileiras não discutem a implementação dos direitos sociais e econômicos com outros setores envolvidos nas políticas públicas. E, também, observa-se que as demandas judiciais são em sua vasta maioria de cunho individual, e não coletivo (IDEIAIS, 2002).

Mais alarmante é quando estatisticamente se verifica que o Estado do Paraná vem comprometendo, ano após ano, a maior parte do orçamento destinado à política pública de distribuição de medicamentos com gastos com ações judiciais³⁸, e que na sua grande maioria são fruto de pedidos individuais. Isto significa, invariavelmente, que cada vez mais o Estado tem diminuído os investimentos em fármacos visando a coletividade.

Os excessos desta forma de efetivar a política pública de assistência farmacêutica, muitas vezes alimentado por decisões judiciais, põem em risco a própria política pública de saúde, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional de recursos públicos.

Conforme os ensinamentos de Barroso (2007, p. 4):

(...) o casuísmo da jurisprudência brasileira pode impedir que políticas coletivas, dirigidas à promoção da saúde pública, sejam devidamente implementadas. Trata-se de hipótese típica em que o excesso de judicialização das decisões políticas pode levar à não realização prática da Constituição Federal.

E, em muitos casos o que se observa é o fornecimento de medicamentos a alguns cidadãos em detrimento da coletividade que permanecem na dependência de políticas públicas universalistas promovidas pela Administração Pública.

2.2 A EFETIVIDADE DA POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O exame das políticas públicas requer a análise sobre o atual estágio de desenvolvimento das formas de atuação do Estado para a realização dos Direitos Fundamentais albergados pela CF/88.

Como se verá, no Estado Constitucional contemporâneo brasileiro, o Poder Público teve o seu raio de ação ampliado, tendo em vista a responsabilidade que lhe foi outorgada por

³⁸ O governo do Paraná já gastou, em 2012, R\$ 56 milhões para a compra de medicamentos de demandas judiciais. O valor acumulado já é 24,4% maior que em todo o ano anterior, quando foram gastos R\$ 45 milhões (**Compra de remédios devido a ações judiciais chega a R\$ 56 mi no Paraná. Número apresentado nesta quinta-feira (6), em Curitiba se refere ao ano de 2012. Neste ano já foram gastos 24% a mais que em 2011.** Disponível em: <<http://g1.globo.com/parana/noticia/2012/12/compra-de-remedios-devido-aacoes-judiciais-chega-r-56-mi-no-pr.html>>. Acesso em: 8 dez 2012).

lei para a realização de objetivos fundamentais sociais via implementação de políticas públicas.

Logo, ao se ampliar a utilização das políticas públicas, com fundamento em normas constitucionais, por certo se está propagando a atuação do Judiciário.

Sob esta perspectiva, é pertinente o pensamento de Bucci (2002, p. 241):

(...) ao indicar que adotar políticas públicas em direito consiste em aceitar um grau maior de interpenetração entre as esferas jurídicas e política ou, em outras palavras, assumir a comunicação que há entre os dois subsistemas, reconhecendo e tornando públicos os processos dessa comunicação na estrutura burocrática do poder, Estado e Administração Pública.

Acrescenta a autora, isto ocorre quando sejam atribuídos ao direito, critérios de qualificação jurídica das decisões políticas, seja adotando-se no direito uma postura crescentemente substantiva e, portanto, mais informada por elementos da política.

Este entendimento vem ratificar a importância do diálogo entre os sujeitos envolvidos na concretização da política, além dos já citados pela autora, acrescentamos outros espaços democráticos de discussão deste tema, como o Ministério Público, a Defensoria Pública e os Conselhos de Saúde.

2.2.1 Estado Constitucional *versus* Estado de Direito

O reconhecimento da prevalência dos Direitos Fundamentais no ordenamento jurídico brasileiro representa o caminho percorrido na sequência do Estado Liberal para o Social, Democrático, de Direito, para a moderna concepção de Estado Constitucional.

Os Estados contemporâneos - ao contrário dos modelos liberais em que prevaleciam os ideais de inação e não intervenção, uma vez que, sob essa perspectiva não competia ao Estado guiar a sociedade civil para a realização de fins comuns³⁹ - passaram a orientar a sociedade civil para a realização de fins e objetivos comuns pré-determinados pela Constituição e de delinear instrumentos e os meios adequados para a sua consecução.

Desta transformação do Estado, Clève (2003, p. 18) afirma que, "resultaram em duas correntes doutrinárias no direito brasileiro contemporâneo: a primeira que pode ser chamada de dogmática da razão do Estado e a outra denominada de dogmática Constitucional emancipatória".

³⁹ COMPARATO, Fábio Konder. Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade políticas públicas. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/web/cegraf/ri/Pdf/pdf_138/r138-04.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2012.

Segundo o autor, a dogmática da razão do Estado tem por objeto de estudo o direito Constitucional como qualquer outro domínio do direito, prendendo-se, muitas vezes, a conceitos teóricos anteriores à Constituição Federal de 1988 e uma espécie de interpretação retrospectiva da ordem Constitucional que é indiferente e insensível aos institutos que vieram para transformar a nova ordem Constitucional.

Complementa ainda, que tal vertente busca a manutenção do *status quo*, por isto foca sua visão teórica na ideia de Estado, procurando desenvolver mecanismos (qualquer que seja ele) para justificar a legitimidade do Poder Público. Neste contexto, o Estado assume então a centralidade absoluta, sendo o discurso constitucional como meio voltado exclusivamente ao estudo da normatividade desconsiderando a sua relação com a sociedade.

Diferente desta corrente, o professor Clève pontua que a dogmática constitucional emancipatória se apresenta com o objetivo de estudar o texto constitucional à luz da ideia da dignidade da pessoa humana. Isto consiste em uma interpretação do tecido constitucional que não procura conhecer o direito como ele é operado, mas que conhecendo o seu *modus operandi* seja possível contribuir para a mudança da triste condição que acomete a formação social brasileira.

Pode-se perceber que esta dogmática se distingue da primeira, pois não é positivista, na qual a aplicação *ipsis litteris* da lei é o que importa, mas tem como maior preocupação que o direito Constitucional; realiza-se, verdadeiramente, na transformação dos princípios constitucionais, dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil e dos direitos fundamentais em verdadeiros dados inscritos na realidade existencial.

Neste sentido, as políticas públicas representam a modalidade de ação por excelência do modelo de Estado Constitucional: governo por políticas, que contrapõe à forma de atuação do Estado de Direito, caracterizado por governo por leis.

Diversamente dos anteriores, o Estado contemporâneo é plural e democrático. Sendo assim, ele está diretamente vinculado a consecução de uma série de objetivos axiológicos, relacionados à superação das desigualdades sociais, à realização da justiça social e a salvaguarda da democracia⁴⁰, que representam efetivas cláusulas de transformação social.

Como se observa, o modelo proposto pela Constituição ao prever estas metas impõe o alargamento das funções a serem desempenhadas pelo aparato estatal e, igualmente, exige a ampliação dos mecanismos de realização dos fins e dos seus instrumentos jurídicos de controle.

⁴⁰ Estes fins podem ser subsumidos ao disposto no preâmbulo, assim como no artigo 3º da CF/88.

Ocorre que, sem embargo disso, a burocracia estatal permanece estruturada sob a formatação proveniente do ideário do Estado de Direito, a qual delinea uma Administração Pública unitária e dotada de prerrogativas autoritárias, separada da sociedade civil e destinada a ações de finalidades abstratas, como que se subsumem à monolítica fórmula do interesse público (BREUS, 2007).

Com o objetivo de superar o modelo tradicional burocrata e autoritário, o Estado Constitucional apresenta as formas e meios de concretizar os fins do Estado, que são as políticas públicas. Portanto, estas são erigidas como meio essencial de atuação do Estado-governo⁴¹, em face da instauração de uma nova ordem jurídica nacional inaugurada pela CF/88.

Assim a legitimidade do Estado acaba por transcender a expressão legislativa da soberania popular e passa a repousar na satisfação progressiva das necessidades coletivas impostas pela Constituição, a qual depende, necessariamente, de políticas públicas para realizar seus fins.

2.2.2 Políticas Públicas e sua funcionalidade no Estado Constitucional

No Brasil, a adoção de um texto constitucional permeado por normas jurídicas de cunho ético e principiológico, a princípio, surge como um meio encontrado para a realização de um ajuste de contas com o passado e a reconstrução das sociedades fundadas no respeito e na garantia do direito de todos.

No entanto, a elevação dos Direitos Fundamentais ao cume do ordenamento jurídico pátrio não foi suficiente para a imediata realização fática dos elementos normativos. Ao contrário, frente à realidade social absolutamente adversa, o texto constitucional foi taxado de prolixo e ineficaz (BREUS, 2007).

Ainda que a doutrina majoritária nacional busque se apoiar na dogmática constitucional emancipatória, e a maior atuação do Judiciário tenha possibilitado um maior respeito aos direitos sociais, ainda assim, estes dependem das ações prestacionais positivas do Estado (CLÈVE, 2003).

⁴¹ Na acepção de Norberto Bobbio, Nicola Matteucci e Gianfranco Pasquino, Governo é "o conjunto de pessoas que exercem o poder político e que determinam a orientação política de uma determinada sociedade". Ressaltam, além disso, os autores que é preciso "acrescentar que o poder de Governo, sendo habitualmente institucionalizado, sobretudo na sociedade moderna, está normalmente associado à noção de Estado". (BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. Dicionário de Política. Brasília: Ed. UnB, 1998, p. 553).

Sobre este posicionamento Comparato (2003, p. 249) afirma que:

(...) uma das grandes insuficiências da Teoria dos Direitos Humanos é o fato de não se haver ainda percebido que objeto dos direitos econômicos, sociais e culturais é sempre uma política pública. A generalidade dos autores continua a repetir, sem maior aprofundamento, que se trata de direitos a uma prestação estatal positiva, em contraste com o dever de abstenção dos Poderes Públicos, característico das liberdades individuais.

Neste sentido, adota-se aqui um conceito amplo⁴² de políticas públicas, como sendo o principal mecanismo de atuação estatal como meio de realização dos direitos sociais, tendo em vista serem eles os fins do Estado Constitucional.

Ampliando-se as políticas públicas como mecanismos por excelência de ação do Estado, está a se defender um discurso jurídico de efetivação das normas constitucionais, em especial dos Direitos Fundamentais sociais, isto porque encontrarão um meio adequado e abrangente para serem realizados (BREUS, 2007).

Complementando a ideia, Bucci (2002, p. 241) explica que "adotar a concepção das políticas públicas em direito consiste em aceitar um grau maior de interpenetração entre as esferas jurídica e política". Isto significa assumir a comunicação que há entre os sistemas político e jurídico, reconhecendo e tornando públicos os processos dessa comunicação na estrutura burocrática do Estado.

As políticas públicas, dentro desse contexto plural de participação, são indispensáveis para garantir efetividade aos direitos sociais. São elas que vão ordenar os meios à disposição do Estado, bem como as atividades privadas, para a concretude dos direitos sociais.

Na atualidade, porém, observa Comparato (2003), que as políticas públicas não são realizadas de forma convergente, integrada e articulada com o fim de realizar os objetivos sociais da República. Isto porque, é preciso reconhecer que há uma série de carências universalizadas relativas aos direitos sociais que não podem ser resolvidas e combatidas tão somente por políticas setoriais, mas, por políticas públicas tratadas de forma congruente, universal e articuladas.

⁴² Segundo BREUS (2007, p. 151), "o conceito de políticas públicas está vinculado ao conjunto de ações, medidas e procedimentos que representam as diretrizes estatais, regulando e orientando as atividades governamentais relacionadas à tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental, contemplando todas as ações do Estado e variando de acordo com a realidade econômica e política do ente federativo onde serão implementadas, e dos segmentos sociais destinatários." No mesmo sentido BUCCI (2002, p. 241) define que, "políticas públicas como programas de ação governamental visando a coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados."

Em outro sentido, a inviabilidade das políticas públicas não depende apenas da sua viabilidade econômica, mas, sobretudo, da sua coerência jurídica e institucional. Isto é mais perceptível no caso das políticas públicas de longo prazo, nas quais se vislumbra melhoras nas condições sociais da população.

Por fim, necessário também que as políticas públicas sejam planejadas e executadas levando sempre em consideração as articulações jurídicas e políticas envolvidas, incluindo nesta última, a participação efetiva da sociedade, seja na formulação, seja no controle dessas ações estatais.

2.2.3 Judicialização de políticas públicas de saúde

Segundo Bobbio (1992, p. 72), "(...) é supérfluo acrescentar que o reconhecimento dos direitos sociais suscita, além do problema da proliferação dos direitos dos homens, problemas bem mais difíceis de resolver (...)". É que a proteção destes últimos requer uma intervenção ativa do Estado, que não é requerida pela proteção dos direitos de liberdade, produzindo aquela organização dos serviços públicos de onde até mesmo nasceu uma forma de Estado, o Estado Social.

Enquanto os direitos de liberdade nascem contra o superpoder do Estado - e, portanto, com o objetivo de limitar o poder - os poderes sociais exigem, para sua realização prática, ou seja, para a passagem da declaração puramente verbal à sua proteção efetiva, precisamente o contrário, isto é, a ampliação dos poderes do Estado.

Diante desta transformação do *modus operandi* do Estado, há a positivação dos direitos nos aparatos jurídicos do Estado. Esses direitos se inserem no sistema jurídico. E, por outro lado, a inserção destes direitos pelos ordenamentos jurídicos, significa que serão estes os paradigmas de atuação do Estado. Dessa forma, influenciando diretamente, ao mesmo tempo, os sistemas: jurídico e político.

É notória, também, a estreita relação entre direitos sociais e políticas públicas, uma vez que são elas que de fato os realizam no caso concreto. Dessa forma, Direito e política passam então a se relacionar para organizar a vida social. Assim, no que diz respeito aos direitos sociais os sistemas: jurídico e político buscam resguardar os direitos considerados fundamentais para a vida em coletividade, como o direito à saúde.

No que diz respeito o controle jurisdicional do direito social à saúde, mais especificamente, na matéria de entrega de medicamentos, tem por fundamento uma norma jurídica, como todo controle jurisdicional. Se uma política pública é determinada de forma

específica pela Constituição, ou por leis infraconstitucionais, a ação administrativa correspondente pode ser objeto de controle jurisdicional como consequência natural do ofício do magistrado de aplicar a lei (BARROSO, 2007).

A delimitação do campo de atuação do sistema jurídico parece não encontrar dificuldade nas hipóteses em que há omissão dos Poderes Públicos ou de ação que contravenha a Constituição. Ou, ainda, de não atendimento do mínimo existencial, pois em todas elas o Judiciário não só pode, mas deve intervir para fazer valer o que preconiza as premissas constitucionais.

Ou seja, a legitimidade judicial tem-se afirmado a partir do movimento dos juristas brasileiros em conceder força normativa e efetividade às normas constitucionais, inclusive para os direitos sociais. Nesta seara o direito à saúde deixou de ser somente uma vontade política para ser uma exigência cobrada por juízes e tribunais. Diante desta nova perspectiva o não atendimento de um direito fundamental passou a ser pleiteado judicialmente.

O Poder Judiciário passa então a determinar à Administração Pública, no caso das políticas públicas de assistência farmacêutica, que esta cumpra com a promessa da universalização e integralidade do acesso. Esse fenômeno ficou denominado como *judicialização da saúde*.

Na concepção positivista, o papel preponderante do Judiciário é dar efetividade à Constituição, ou seja, se há previsão, deve-se cumprir. No entanto, atualmente, há bases doutrinárias conhecidas como pós-positivistas que vão para além da previsão simplesmente legal, pois esta não dá mais conta da realidade. Esta nova tendência leva em consideração a colisão entre normas constitucionais de mesma hierarquia (BARROSO, 2007).

Nestas circunstâncias, diante de decisões da Administração Pública que são válidas diante da colisão de normas de direitos fundamentais, o Judiciário deverá se curvar e respeitar as escolhas feitas. Uma vez que o embate que se levanta não é da concretização ou não do direito, mas, qual deles está mais próximo ao ideal para o caso concreto em análise.

O grande problema que se apresenta na interferência do Poder Judiciário é quando este põe em cheque a própria existência da política pública de saúde, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos escassos recursos públicos (BARROSO, 2007).

Isto acontece porque o sistema político opera com a noção de justiça distributiva (decisões globais), enquanto o Judiciário opera com a noção de justiça comutativa (decisões isoladas). O sistema político persegue a tomada de decisões coletivas e, com base nesta função, estrutura seus programas específicos. O sistema jurídico persegue outra função: dar

garantia às expectativas normativas. E segundo Marques (2005), essa divisão de funções é fundamental para o equilíbrio social e para manutenção da complexidade e da contingência nas sociedades democráticas.

A reportagem da Gazeta do Povo noticiou em 10 de setembro de 2011, que "De 2006 a 2010, o gasto do Ministério da Saúde com remédios via demanda judicial cresceu 1.611%. Saiu de R\$ 7,7 milhões para R\$ 132 milhões". No Paraná, o panorama é parecido: "dos R\$ 61 milhões usados para adquirir medicamentos, 58% ou R\$ 35,7 milhões foram comprados por ordem de um juiz". O mesmo jornal em 6 de dezembro de 2012 publicou que "A compra de remédios devido a ações judiciais chega a R\$ 56 mi no Paraná. Número apresentado nesta quinta-feira (6), em Curitiba se refere ao ano de 2012. Neste ano já foram gastos 24% a mais que em 2011".

Ou seja, o que se verifica é uma grande influência do Poder Judiciário na política pública de distribuição de medicamentos, o que não é diferente no Estado do Paraná.

Ainda que não se possa vislumbrar qual deveria ter sido o limite de atuação do Judiciário nestas demandas, parece notório que o fato do Paraná relocar mais da metade do orçamento destinado à aquisição de medicamentos para a coletividade em ações judiciais individuais compromete a implementações das políticas públicas pelo sistema político e o próprio funcionamento interno do sistema jurídico.

Isto porque, defende Marques (2005, p. 130), "na medida em que o sistema jurídico passa a perseguir função que não é sua função específica, o seu código de comunicação não pode mais oferecer respostas adequadas e o sistema não cumpre mais sua função na sociedade".

Assim, a intervenção do Judiciário pode significar um entrave para que políticas coletivas de promoção à saúde sejam implantadas. Neste sentido, o excesso de judicialização de decisões políticas pode levar a não concretização das normas constitucionais.

O que se observa é que por conta disto alguns poucos privilegiados que se instrumentalizam judicialmente são beneficiários do direito à saúde, enquanto a maioria continua a espera de propostas universalistas pelos Poderes Executivos e Legislativos.

2.3 PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA NA POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Conforme delineado nos capítulos anteriores, no Estado Constitucional é indispensável que decisões sobre alocações de recursos sejam firmadas com a participação e deliberação da sociedade. Ainda mais, quando se está a distribuir recursos escassos, pois significa que alguns irão se apropriar de bens financiados por toda a sociedade, o que reforça a importância da participação democrática na tomada destas decisões.

O processo democrático de participação permite mais do que atender ao cidadão, mas integrá-lo à vida política. Dessa forma, as políticas públicas e sociais são elaboradas não somente para os cidadãos, mas por eles mesmos (IDEIAS, 1998-1999).

Deste viés, reformulam-se inclusive as noções de eficiência e eficácia da gestão pública, a qual ultrapassa o sentido utilitarista das ações para contemplar de forma fundamental as características histórico-culturais dos sujeitos envolvidos e alcançar uma nova cidadania⁴³, que procura reintegrar na vida política todos os que se encontram marginalizados de seus direitos.

Se por um lado as políticas sociais se revelam imprescindíveis para a concretização dos Direitos Fundamentais elencados na CF/88, o mais será se pensadas a partir das demandas da sociedade.

Neste sentido, a gestão participativa surge como uma possibilidade que a formulação das políticas públicas a partir da participação e solidariedade da sociedade, contrapondo-se a uma gestão que simplesmente tem como objetivo o cumprimento de metas estabelecidas pelo Poder Público, com a maior economia possível de tempo e recurso materiais e humanos.

2.3.1 Democracia representativa e democracia participativa

Ao inaugurar-se este subitem faz-se necessário expor qual o modelo de democracia adotado neste trabalho. Afinal de contas, na doutrina sociológica é possível se deparar com muitas correntes, umas mais liberais outras mais sociais. E, a escolha por uma delas faz parte do que chamaria Coutinho (2008) de uma batalha das IDEIAS, ou seja, a disputa ideológica por hegemonia na sociedade.

Dentre as várias concepções tem-se a *democracia representativa ou elitista* defendida por Schumpeter (1984, p. 336), a qual define: "o método democrático é aquele acordo institucional para se chegar a decisões políticas em que os indivíduos adquirem o poder de decisão através de uma luta competitiva pelos votos da população". Para este autor

⁴³ Com mais profundidade sobre o tema cidadania em: (DAGNINO, 1994, p. 103)

há democracia quando existem competição e eleições periódicas, e diferentes setores da elite disputam o poder.

Outro pensador adepto da mesma teoria é Weber que dispõe: "(...) a participação política, como ato do voto, não produz consciência política ou conduz as massas ao poder, mas revela apenas a identificação das massas com o carisma pessoal de um líder político" (DURIGUETTO, 2007, p. 75).

Em outra perspectiva, têm-se os teóricos da linha da *democracia participativa ou direta*: Jean-Jacques Rousseau (2002), Macpherson (1978) e Pateman (1992), que defendem que a democracia seria o resultado da participação de todos na formação do poder. Segundo Rousseau (2002), todos são governantes e governados, pois obedecem as leis criadas por eles mesmos.

Para Macpherson (1978), a democracia participativa enfatiza os movimentos sociais e a ampliação do espaço político pela sociedade civil. Assim, a apatia política da maioria não é algo causal, mas produzida pelo próprio sistema político, quando há desigualdade social. Assim, a liberdade e o desenvolvimento do indivíduo dependem da participação direta plena e contínua na regulação da sociedade e do Estado.

Da mesma forma, segundo Pateman (1992), a democracia participativa é construída com a participação do máximo número de pessoas em todos os níveis para propiciar o desenvolvimento das qualidades psicológicas, não se restringindo às instituições representativas de nível nacional.

Assim, para estes teóricos a participação não se restringe ao sistema de voto, mas assume um peso significativo na construção da vida política do Estado.

Acerca destas duas vertentes tem-se outro teórico da democracia, Robert Dahl⁴⁴, que identifica dois eixos histórico-analíticos de desenvolvimento político da sociedade: o eixo da liberalização (referente ao grau de institucionalização alcançado pelas regras de competição política e acatamento dos seus resultados), e o eixo da participação (referindo-se à proporção da população à qual, direitos e liberdades são garantidos).

Segundo Ideias (2008), o melhor modelo organizativo é o que concilie a representação política e a participação política, ou seja, quando a maior aceitação das regras de competição institucionalizadas também correspondesse à maior participação dos cidadãos.

Tal reinvenção permite a transformação do Estado e de outras instituições políticas a partir da criação de espaços alternativos de participação política (fóruns e conselhos), onde a

⁴⁴ (FLEURY, 1997, p. 31)

sociedade possa interagir com a institucionalidade política.

A possibilidade de se criar um novo formato organizativo, que transforme a gestão pública, está fazendo com que o contato entre sociedade civil e a institucionalidade se transforme em uma nova estratégia para a construção da democracia (IDEIAS, 1998-1999).

Para que este novo modelo de Estado seja construído é imprescindível que os espaços democráticos sejam fortalecidos e ampliados, pois é o que permitirá a concretização dos compromissos firmados em prol da coletividade. Isto, por certo, renovará também os desafios a serem enfrentados, e o modo como serão resolvidos é que determinará o tipo de Estado que será construído.

Neste contexto, a Constituição Federal de 1988 introduziu novos modelos de gestão e organizações nas áreas sociais por meio da garantia da participação da sociedade civil na elaboração e controle das políticas públicas. Entre as formas de participação social têm-se os conselhos gestores de políticas públicas, que surgem como uma nova configuração da relação entre a democracia representativa e a democracia participativa. Isto porque, há mecanismos de participação direta de segmentos da sociedade civil, por meio da eleição e/ou representação (DURIGUETTO, 2007).

2.3.2 Conselhos de Saúde e participação democrática

A participação popular no Brasil tem sido construída ao longo das últimas décadas, com destaque para o período de transição entre o regime autoritário e democrático. É certo que o caminho que se trilha desde então tem alcançado avanços, na medida em que houve a ampliação da atuação dos cidadãos na vida política.

No entanto, é nítido que este movimento sofre recuos, sobretudo por conta da estrutura estatal que é autoritária na sua essência e, portanto, resistente aos impulsos participativos. Por isto, a tensão e os conflitos serão próprios das relações travadas entre o Estado e a sociedade. Segundo Dagnino (2002, p. 280), "o conflito e a tensão serão maiores ou menores dependendo de quanto compartilham – e com que centralidade o fazem - as partes envolvidas".

Quando a autora fala em compartilhamento e centralidade está apontando para alguns fatores que podem influir na participação da sociedade civil e, conseqüentemente, na escolha de projetos mais ou menos democratizantes. Isto porque, o movimento das forças

políticas nas discussões de projetos políticos nem sempre são sociedade civil contra o governo.

Isto demonstra que algumas vezes o que se está a discutir e defender não são posicionamentos (sociedade civil *versus* Estado), mas concepções ou visões diferentes. Isto vem demonstrar que tão importante quanto a participação da sociedade civil no espaço político é o como ela deve proceder para que projetos políticos democratizantes sejam incorporados e sirvam de orientação para as ações do Estado.

Neste sentido, os atores sociais devem estar atentos para não perderem sua autonomia e também para que ocupem efetivamente os espaços conquistados.

Para se evitar isto, (IDEIAS, 1998-1999, p. 280):

Os atores sociais devem preservar suas especificidades na relação com o Estado, pois por um lado, eles são tensionados a ampliar sua visão sobre o conjunto de interesses que perpassam a sociedade para construir a dimensão do interesse público, necessitando sair da posição de apenas reivindicadores de políticas para também assumir responsabilidades no processo de formação destas políticas. Por outro lado, os mesmos também enfrentam um dilema sempre presente nos processos participativos, que é o risco de se tornarem meros instrumentos à disposição do Estado.

Para tanto, a garantia da autonomia na relação com o Estado dependerá se os projetos políticos pleiteados pela sociedade civil se transformem concretamente em ações governamentais.

E, para que isto efetivamente aconteça como dito é preciso superar a estrutura estatal que dificulta a democratização das tomadas de decisões quando impõe de forma desmedida uma série de burocracias, ou quando aliena o processo pela falta de transparência e acesso às informações. Do lado da sociedade civil, os entraves a participação mais igualitária é a falta de qualificação técnica e política das lideranças (IDEIAS, 1998-1999).

Apesar da existência de todas estas dificuldades, a década de noventa foi um campo fértil para o surgimento de vários movimentos sociais que legitimados participaram do processo de elaboração e implementação de políticas públicas, como ocorreu com a criação do Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa-PR por meio da Lei Municipal n. 4.658/1991 e do Conselho Nacional de Saúde por meio da Lei n. 8.142/1990.

Neste sentido, pode-se dizer que a participação destes conselhos é exemplo de que as novas práticas inauguradas pelos movimentos sociais e as questões que eles apresentaram para a sociedade como um todo redefiniram o espaço político. Fazer política tornou-se uma atividade não mais só do Estado, mas de toda a sociedade (IDEIAS, 1998-1999).

Os Conselhos de Saúde são espaços decisórios, de caráter permanente e paritário. A sua composição tem representantes dos trabalhadores de saúde, de gestores, dos prestadores públicos e privados e dos usuários. A participação dos vários segmentos da sociedade democratiza o poder, uma vez que inaugura novas bases da relação Estado-sociedade. Neste sentido, as escolhas políticas apontam para o fortalecimento da esfera pública na medida em que o Estado passa a atuar em função da sociedade.

Assim, os conselhos devem ser entendidos como instrumento para o exercício da democracia. Na visão dos liberais são um mecanismo de colaboração e pela esquerda como um caminho para realizar a transformação social no sentido de democratização das relações de poder (COUTINHO, 2000).

Para Coutinho (2000), os conselhos devem ser entendidos como arena de conflitos onde diferentes projetos estão em disputa. Portanto, as contradições e as relações de forças divergentes existentes naturalmente fazem parte do processo de disputa.

A possibilidade de debater sobre a escolha pelo melhor projeto aponta para o fenômeno da descentralização política. A sociedade passa estar inserida no processo de gestão das políticas sociais públicas, não se resumindo e limitando ao processo de execução.

Como já exposto, a participação social nas decisões políticas não ocorre de forma tranquila e sem oposições. É sabido que a herança autoritária do Estado brasileiro, a desarticulação da sociedade civil na atual conjuntura provocada pelas alterações na forma de produção e gestão de trabalho frente às novas exigências do mercado globalizado, são alguns dos entraves à democratização do espaço público (COUTINHO, 2000).

Nesta perspectiva, os conselhos não podem ser nem super valorizados, nem subvalorizados. Os conselhos são fundamentais para a socialização da informação e formulação de políticas sociais, entretanto, têm que ser visualizados como uma das múltiplas arenas em que se trava a disputa hegemônica no país. Conforme afirma Dagnino (2002), é um equívoco atribuir aos espaços de participação da sociedade o papel de agentes fundamentais na transformação do Estado e da sociedade.

2.3.3 Judiciário e participação democrática na política pública de assistência farmacêutica

Não há o que duvidar que o Judiciário é um espaço onde se discute políticas públicas, principalmente quando é chamado a decidir sobre a aplicação de leis que as regem especificamente. Estes casos, não serão objetos deste estudo. Mas, aqueles que, assevera

Barroso (2008, p. 21), "tratam de princípios constitucionais e direitos fundamentais como a dignidade da pessoa humana, a vida e a saúde."

Destas situações, complementa o autor, resultam duas consequências relevantes. A primeira: como cláusulas gerais que são, comportam uma multiplicidade de sentidos possíveis e podem ser realizados por meio de diferentes atos de concretização. Em segundo lugar, podem eles entrar em rota de colisão entre si.

Nestas hipóteses de intervenção do Judiciário nas políticas públicas, matéria a princípio de competência própria dos Poderes Legislativos e Executivos, sofre severas críticas, que apontam principalmente para: a falta de legitimidade democrática do Judiciário para decidir sobre alocação de recursos escassos; a limitação técnica e de informações sobre a rede de serviços públicos de saúde dos magistrados; as ações judiciais como fator de desorganização da Administração Pública e as ações judiciais como meio privilegiado de acesso a medicamentos aos já favorecidos.

Todos estes argumentos contrários à judicialização da saúde serão cruzados com os resultados da pesquisa empírica realizada nas ações judiciais com pedidos de medicamentos na Comarca de Ponta Grossa- PR, em 2011, e discutidos em momento próprio, no capítulo que trata da metodologia.

O primeiro argumento que se apresenta é a falta de legitimidade democrática do Judiciário para decidir sobre alocação de recursos escassos. O argumento que sustenta esta crítica é que somente o poder legitimado pelo voto popular pode decidir sobre o modo como os recursos públicos podem ser gastos⁴⁵. Ainda mais quando estes são escassos e dependem necessariamente de escolhas, pois de fato, o orçamento apresenta-se, em regra, aquém da demanda social por efetivação de direitos, sejam individuais, sejam sociais⁴⁶. Assim, esta atuação está circunscrita ao âmbito dos Poderes Executivo e a Legislativo.

Outro argumento que defende uma mínima ou nenhuma judicialização da saúde é

⁴⁵ Segundo SARLET (2002, p. 102), "A expressiva maioria dos argumentos contrários ao reconhecimento de um direito subjetivo individual à saúde como prestação (assim como ocorre com os demais direitos sociais prestacionais, tais como educação, assistência social, moradia, etc.) prende-se ao fato de que se cuida de direito que, por sua dimensão econômica, implica alocação de recursos materiais e humanos, encontrando-se, por esta razão, na dependência da efetiva disponibilidade destes recursos, estando, portanto, submetidos a uma reserva do possível. Com base nesta premissa e considerando que se cuida de recursos públicos, argumenta-se, ainda, que é apenas o legislador democraticamente legitimado quem possui competência para decidir sobre a afetação destes recursos, falando-se, neste contexto, de um princípio da reserva parlamentar em matéria orçamentária, diretamente deduzido do princípio democrático e vinculado, por igual, ao princípio da separação de poderes".

⁴⁶ (AMARAL, 2009, p. 71) "Todos os direitos têm custos porque todos pressupõem o custeio de uma estrutura de fiscalização para implementá-los."

com relação à limitação técnica e de informações sobre a rede de serviços públicos de saúde dos magistrados. Inicialmente não teria o juiz condições de analisar no caso concreto se o medicamento pleiteado é realmente a melhor opção levando em consideração o custo e o benefício social da sua aquisição. Da mesma forma, o Judiciário não teria uma visão global tanto dos recursos disponíveis pelo quanto das necessidades a serem supridas. Portanto, a melhor forma de otimizar os custos com a saúde pública é atribuir a competência das decisões ao Poder Executivo (BARROSO, 2008).

O terceiro argumento trata das ações judiciais como fator de desorganização da Administração Pública, isto pode ser observado, por exemplo, quando a Secretaria de Saúde estadual é obrigada acrescentar na lista do RENAME algum medicamento por determinação judicial. Muitas vezes, já há medicamento similar, com um custo menor para a Administração Pública, e, muitas vezes também com menos efeitos colaterais para o paciente. Esta distorção na concessão do medicamento desestrutura toda uma cadeia de decisões que inicia pelo estudo epidemiológico da população, avança com a escolha do melhor tratamento, até alcançar a forma de acesso propriamente dito.

Por fim, a última crítica recai sobre as ações judiciais como meio privilegiado de acesso a medicamentos aos já favorecidos. Os que advogam a favor desta tese argumentam que aqueles que acessam à justiça para ter acesso a medicamentos o fazem porque conhecem os seus direitos e o meio para defendê-los, ou porque podem pagar os custos do processo judicial. Diante disto, a judicialização da saúde beneficiaria pessoas com melhores condições socioeconômicas.

Assim, como exposto, a excessiva intervenção do Judiciário na política pública de assistência farmacêutica acaba reproduzindo desigualdades existentes na sociedade, isto porque contribui para um acesso desigual dos bens públicos, aqui se tratando dos medicamentos.

CAPÍTULO III

CONSIDERAÇÕES SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA COMARCA DE PONTA GROSSA-PR NO ANO DE 2011

3.1 METODOLOGIA

3.1.1 Da pesquisa de campo: os processos judiciais analisados

Segundo Minayo (2004, p. 101), "a exploração de campo contempla as seguintes atividades: a) escolha do espaço da pesquisa; b) escolha do grupo de pesquisa; c) estabelecimento dos critérios de amostragem; d) estabelecimento de estratégia de entrada em campo."

Neste caso, o recorte espacial foi delimitado pelos processos judiciais com pedidos por medicamento na Comarca de Ponta Grossa-PR. Pelo tipo de matéria as ações foram intentadas em uma das 4 (quatro) Varas Cíveis da Justiça Estadual ou nas 2 (duas) Varas Cíveis da Justiça Federal existentes nesta Comarca⁴⁷.

Foram selecionados todos os processos com este tipo de pedido no ano legislativo-financeiro de 2011, portanto, a amostragem é composta por 33 processos, os quais foram distribuídos da seguinte forma: 19 processos nas Varas Federais (1ª Vara – 9) e (2ª Vara -10) e 14 processos nas Varas Estaduais (1ª Vara – 4), (2ª Vara – 2), (3ª Vara – 1) e (4ª Vara - 7).

Importante frisar que foram analisadas somente as liminares⁴⁸ destes processos, isto porque, a uma, o que se está a analisar são os argumentos utilizados pelos juízes para o deferimento ou indeferimento dos pedidos por medicamentos nas decisões sumárias, até porque é desde o momento da apreciação das liminares é que já há o fornecimento ou não do

⁴⁷ O SUS é financiado com recursos provenientes da União, dos Estados e dos Municípios, tendo como objetivo primordial, a eficácia do direito a saúde. A Constituição Federal de 1988 estabelece implicitamente a responsabilidade solidária dos entes federativos. A responsabilidade solidária condiz com a possibilidade de se figurar, no pólo passivo da demanda, qualquer ente da federação, ou seja, União, Estado ou Município. Sendo assim, o demandante poderá ingressar com a ação de medicamentos, tanto na Justiça Estadual, como na Justiça Federal.

⁴⁸ As medidas liminares analisadas, como já explicado na nota de rodapé n° 4, advêm de pedidos de antecipação da tutela feita por pacientes ao Judiciário na tentativa de obter a antecipação da decisão judicial, que significa o acesso mais rápido ao medicamento. E neste sentido, o professor Marinoni (2011, p.16) conceitua a liminar como "o provimento administrativo cautelar, pelo qual deve (e não pode) o julgador sempre que verificar a existência de elementos inerentes à urgência, verossimilhança do direito alegado e o perigo na demora, deferir o pleito requerido pela parte autora antes da citação do seu adversário".

fármaco. A duas, no término desta pesquisa, a maioria das ações ainda não haviam sido sentenciadas.

O acesso aos processos da Justiça Federal foi pelo site (www.jfpr.gov.br), no link, processo eletrônico e-proc, em consulta pública. Para isto se exigia o cadastramento prévio junto à Justiça Federal para ter acesso aos processos que não correm em segredo de justiça. Antes desta etapa, entrou-se em contato com as Secretarias da 1ª e 2ª Varas Federais do Juizado Especial Federal de Ponta Grossa, que gentilmente fizeram uma pré-seleção dos processos que tratassem especificamente sobre demandas por medicamentos protocolados no ano de 2011. E a partir daí foram analisados os 19 processos e os dados anotados em ficha individual, no período de 20/04/2012 a 30/05/2012.

Nas Varas Estaduais a pesquisa foi *in loco*, isto porque os processos ainda não são digitalizados, assim a análise foi feita nos processos impressos. O primeiro passo foi conversar com os escrivãos para fazerem a seleção de todos os processos que versassem sobre direito à saúde protocolados no ano de 2011. Neste caso não seria possível saber de imediato quantos seriam os processos sobre demandas por medicamentos, pois estes estariam inseridos em uma categoria maior, a dos processos sobre a saúde. Assim, com o acesso aos processos pode-se fazer esta seleção.

Ressalta-se que a diferença no número de processos entre as Varas Estaduais se deu pelo fato que a distribuição das demandas não se limita a pedidos por medicamentos, inclui também: procedimentos cirúrgicos, vagas em leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), próteses, etc. Assim, pode ocorrer que uma Vara tenha mais processos de medicamentos que outra, porque, provavelmente, outra Vara tenha mais pedidos de outra natureza. Mas, sempre de forma que ao final todas as Varas tenham o mesmo volume de processos distribuídos com o tema saúde.

Selecionados os processos, estes foram analisados na sala de audiência da 1ª Vara Cível, com a autorização do juiz e do escrivão desta vara, no período de 04/06/2012 a 15/06/2012.

Todos os processos pesquisados nas Varas Federais e Estaduais são públicos e não estão sob segredo de justiça. Ademais, em nenhum momento da pesquisa revela-se o nome das partes envolvidas nos processos.

3.1.2 Da metodologia aplicada: Discurso do Sujeito Coletivo

Realizada a pesquisa de campo, os processos receberam a numeração de (1 a 33). Do número (1 ao 19) são processos da Justiça Federal e do (20 ao 33) são da Justiça Estadual. Cada ação recebeu uma ficha de identificação própria⁴⁹ em que foram analisados os seguintes dados: número do processo e vara correspondente, tipo de representação, concessão da gratuidade da justiça, sexo e faixa etária do requerente, doença com a Classificação Internacional de Doenças (CID), medicamento, pedido administrativo prévio, concessão da medida liminar e manutenção da decisão sumária.

Após a etapa quantitativa do processo que foi a catalogação dos dados objetivos, iniciou-se a identificação dos argumentos utilizados pelos juízes nas liminares dos processos. Para isto, todas as liminares foram fotocopiadas ou impressas, no caso das Varas Federais. Com a releitura, os argumentos a favor ao fornecimento de medicamento eram identificados com uma caneta esferográfica verde e os argumentos contra eram grifados com a cor vermelha. Logo em seguida, os principais argumentos foram transcritos na ficha de cada processo.

A sistematização dos argumentos permitiu a re-construção da lógica de pensamento dos juízes utilizada em cada caso concreto. O conjunto argumentativo⁵⁰ coletado revelou o discurso deste ator neste tipo de demanda.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2003, p. 14), toda opinião, pensamento e argumento professado dentro de um processo judicial é sempre um discurso. Sendo assim,

[...] se estará descrevendo muito melhor e mais adequadamente os pensamentos de indivíduos e coletividades quando estes estiverem sendo coletados, processados e apresentados sob a forma de discurso, porque os pensamentos pertencem à família das línguas e linguagens e, portanto, à ordem do discurso ou do texto.

De acordo com Marques (2005, p. 24), "o texto produzido nas peças processuais são a expressão de pensamentos e interesses, elaborados de forma aberta pelos atores, que são condicionados apenas pelos requisitos do devido processo legal". Diria-se mais que isto, que o que se exprimem nestes textos são ideologias que conduzem as escolhas dos atores envolvidos nos processos.

O que se analisará são as escolhas argumentativas feitas pelos juízes para conceder ou negar via judicial medicamentos que foram pleiteados por cidadãos e tiveram o seu pedido

⁴⁹ Apêndice A: Ficha individual.

⁵⁰ Apêndice B e C: Expressões-chave relacionadas a cada idéia central dos juízes no deferimento e no indeferimento das liminares.

negado junto a órgãos administrativos do Estado. Para compreender em escala coletiva os pensamentos, valores e crenças dos atores-juízes, no que diz respeito ao direito à assistência farmacêutica, serão somados os discursos individuais em cada liminar.

A metodologia empregada para construir estes discursos coletivos será o Discurso do Sujeito Coletivo, que é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas que tem depoimentos como matéria prima. Os discursos-síntese são escritos na primeira ou terceira pessoa do singular e visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse a emissora de um discurso (LEFÈVRE, 2003).

Ensina Lefèvre e Lefèvre (2003, p. 16) que esta metodologia destina fazer a coletividade falar diretamente. "Partindo-se do suposto que o pensamento coletivo pode ser visto como um conjunto de discursos sobre um determinado tema, o Discurso do Sujeito Coletivo visa a dar luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social".

Por isto, entende-se que esta metodologia é a melhor para revelar quais são as justificativas políticas, jurídicas e sociais que conduzem o pensamento e as escolhas dos juízes no momento de decidir ações desta natureza e relevância. Ainda, será possível comparar se há coerência e constância nos argumentos utilizados no deferimento e indeferimento do acesso à assistência farmacêutica, e qual tem sido o pano de fundo do debate do direito à saúde no âmbito judicial na Comarca de Ponta Grossa.

Para construir o Discurso do Sujeito Coletivo dos juízes nas liminares foram utilizadas as seguintes figuras metodológicas: a ideia central e as expressões-chave, conforme ensina o professor Fernando Lefèvre em (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

A ideia central "tem a importante função de individualizar um dado discurso ou conjunto de discursos, descrevendo, positivamente, suas especificidades semânticas o que permite distingui-los de outros discursos portadores de outras especificidades semânticas." (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, p. 25). Pode-se entender que são as expressões que descrevem de forma sintética e clara o sentido ou tema de cada conjunto de argumento.

Já as expressões-chave "são elementos do discurso que remetem à ideia central e a coorporificam." (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, p. 26). Portanto, são elas que revelam a essência do conteúdo de uma porção do texto que compõe o discurso.

De posse destes instrumentos, foram selecionados os argumentos dos juízes nas liminares que definiram pelo deferimento ou indeferimento do pedido. Como já exposto, esta separação inicialmente foi realizada com canetas esferográficas de cores diferentes e logo após houve a transcrição literal dos argumentos nas fichas de cada processo. Ultrapassada esta

etapa, os trechos grifados e transcritos foram relidos e identificados como as expressões-chave da pesquisa. As expressões-chave encontradas receberam a numeração de acordo com o respectivo processo.

As expressões-chave homogêneas, aquelas que expressam o mesmo núcleo de sentido foram agrupadas, mas sempre guardando referência com o número do processo de origem. Para Lefèvre e Lefèvre, (2003), o núcleo de sentido é o mesmo que a ideia central. Sendo assim, a ideia central deve representar o sentido mais conciso e claro das expressões-chave homogêneas.

A partir da fala dos juízes nas liminares, identificou-se as expressões-chave de seus argumentos. Com o agrupamento destes argumentos conforme a similaridade de pensamento e sentido foi possível obter as suas ideias centrais. Desta forma, pode-se passar para a próxima etapa da pesquisa que foi a construção do Discurso do Sujeito Coletivo.

O Discurso do Sujeito Coletivo para Lefèvre e Lefèvre, (2003, p. 28), "é um discurso síntese que reúne, em um só discurso, isto é, em um só conjunto, as expressões-chave e as ideias centrais semelhantes, o qual passa a expressar ou a representar a fala do social ou o pensamento coletivo na primeira pessoa do singular". Ou seja, após a reunião das expressões-chave homogêneas e a identificação das respectivas ideias centrais foi composto o discurso coletivo para cada núcleo de sentido.

O discurso comum formado passa então a representar a fala coletiva dos juízes dentro do processo. O mais interessante, é que este discurso o qual foi compartilhado entre os magistrados, embora proferido individualmente, permitiu conceber as representações sociais deste grupo.

Diante disto, foi construído um painel com os Discursos do Sujeito Coletivo representando a linha de argumentação dos juízes nas liminares para o deferimento e indeferimento dos pedidos por medicamentos. Para isto foi elaborada uma tabela com as ideias centrais e as respectivas expressões-chave similares. Este painel, dentro desta metodologia, resgata o imaginário social dos juízes no que diz respeito ao direito à saúde, mais especificamente, à assistência farmacêutica.

De acordo com Lefèvre e Lefèvre, (2003, p. 34), "a quantidade e qualidade são conceitos complementares e não, como muitos acreditam, mutuamente exclusivos". Isto significa que além da apreciação do conteúdo dos discursos presentes nos argumentos dos juízes, foi possível quantificar a incidência que cada ideia central apareceu dentro dos 33 (trinta e três) processos pesquisados. O que por certo, ajuda a revelar de uma forma mais aproximada como o direito fundamental à assistência farmacêutica vem sendo julgado pelos

juízes e quais são as implicações jurídicas, políticas e sociais destas decisões na Comarca de Ponta Grossa. No próximo subcapítulo serão verificados os resultados desta pesquisa.

3.2 RESULTADOS

3.2.1 Da caracterização dos processos judiciais

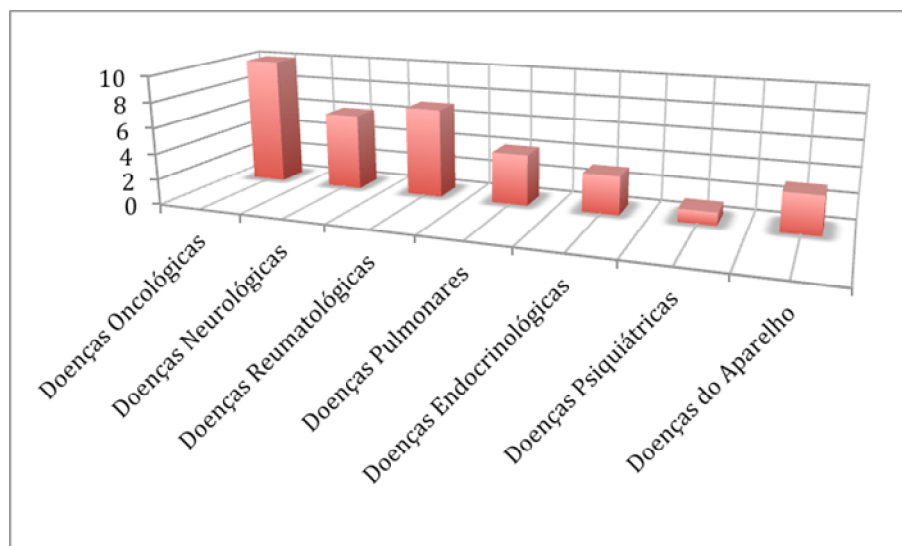
Segue abaixo as descrições objetivas retiradas dos processos judiciais sob análise: doença que acomete a parte autora, medicamentos pleiteados em juízo, parte autora, forma de representação legal, concessão da justiça gratuita e posicionamento dos juízes nas medidas liminares.

3.2.1.1 Doença que acomete a parte autora

Todo pedido de medicamento pleiteado judicialmente está vinculado a uma doença. Para solicitar o fármaco, a parte autora teve que especificar e comprovar qual a doença que a comete.

Na presente pesquisa as doenças foram separadas pela especialidade médica.

Gráfico 1: Doenças que padecem a parte autora



Fonte: Processos judiciais.

3.2.1.2 Medicamentos pleiteados em juízo

A partir dos pedidos dos autores foi possível identificar algumas informações envolvendo o medicamento pleiteado: a doença que os acometiam, o nome comercial e/ou princípio ativo, se recomendado ou não pelo RENAME e, no caso afirmativo, de qual Programa do SUS faz parte e o custo mensal.

A tabela com a discriminação da doença por especialidade e o medicamento solicitado constam no Apêndice D.

3.2.1.3 Parte autora

Nos processos buscou-se identificar quais foram os sujeitos que impulsionaram a máquina burocrática judiciária para ter acesso aos medicamentos. A princípio esperava-se encontrar o *autor coletivo*, que é aquele que representa toda uma coletividade no processo, sem discriminação dos indivíduos, ou ainda, o *autor em litisconsórcio ativo*, no qual mais de um indivíduo, devidamente identificados, pleiteiam no mesmo processo interesses comuns.

No entanto, destaca-se que 100% (cem por cento) das ações estudadas são *autores individuais*, ou seja, que tem como objetivo a defesa de um só indivíduo à assistência farmacêutica.

3.2.1.4 Forma de representação legal

Foram encontradas 3 (três) formas de representação legal: o advogado particular, que são aqueles contratados e pagos diretamente pelos autores da ação; o advogado dativo, que é aquele disponibilizado pelo Poder Judiciário para aqueles que reconhecidamente não têm condições de custear um advogado particular e os Promotores de Justiça Estadual, membros do Ministério Público Estadual que visam representar aos que reconhecidamente não podem contratar diretamente um advogado.

Observa-se nos processos a seguinte situação: quando o cidadão buscou a Justiça Federal para pleitear o medicamento e não tinha condições de arcar com os custos de um advogado, um advogado dativo foi indicado para representá-lo em juízo. Já na Justiça Estadual, o Ministério Público Estadual é que ajuizou a ação.

Assim, foi possível constatar que o acesso ao Poder Judiciário no âmbito Federal foi feito por intermédio de advogados particulares em quase 80% (oitenta por cento) dos casos e enquanto na Estadual, quase 80% (oitenta por cento) das ações foram protocoladas pelo Ministério Público Estadual.

Tabela 1: Representante dos pacientes na Justiça Federal, 100% beneficiários da justiça gratuita

JURISDIÇÃO	PROCURADOR	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Justiça Federal	Advogado Dativo	4	21,05
	Advogado Particular	15	78,95
TOTAL		19	100

Fonte: Processos judiciais

Tabela 2: Representante dos pacientes na Justiça Estadual, 100% beneficiários da justiça gratuita

JURISDIÇÃO	PROCURADOR	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Justiça Estadual	Ministério Público Estadual	11	78,57
	Advogado Particular	3	21,43
TOTAL		14	100

Fonte: Processos judiciais

3.2.1.5 Concessão da justiça gratuita

Foi identificado que independente de quem tenha sido o representante legal (advogado particular, advogado dativo ou promotor de justiça estadual), em 100% (cem por cento) dos processos foram deferidos a gratuidade da justiça. Assim, todo o custo com o processo, incluindo as custas judiciais, as perícias, os advogados dativos (quando for o caso), foram arcadas pelo Estado.

3.2.1.6 Posicionamento dos juízes nas medidas liminares

Nas decisões liminares⁵¹ foi possível identificar duas possibilidades de decisão: o deferimento, ocorre quando o juiz acolhe o pedido do autor concedendo o medicamento antecipadamente antes da decisão final do processo. Para isto a lei prevê 3 (três) requisitos⁵²,

⁵¹ Ressalta-se aqui que não é objeto do presente trabalho fazer distinção entre pedido liminar e antecipação de tutela.

⁵² A expressão “prova inequívoca” parece traduzir, em princípio, prova tão robusta que não permita equívocos ou

quais sejam: existência de prova inequívoca, verossimilhança das alegações e fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação. Quando falta ao autor um destes três elementos, o seu pedido é indeferido até que prove o contrário.

Analisando estas decisões pode-se fazer a seguinte constatação:

Tabela 3: Posicionamento dos juízes federais nas medidas liminares

JUSTIÇA FEDERAL		
DECISÕES	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Deferidas	6	31,57
Indeferidas e logo após deferidas	7	36,84
Indeferidas	5	26,31
Extinta sem julgamento do mérito ⁵³	1	5,26
TOTAL	19	100

Fonte: Processos judiciais

Tabela 4: Posicionamento dos juízes estaduais nas medidas liminares

JUSTIÇA ESTADUAL		
DECISÕES	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Deferidas	14	100
TOTAL	14	100

Fonte: Processos judiciais

3.2.2 Pedido administrativo prévio à ação judicial

quaisquer dúvidas. A verossimilhança das alegações" deve ser entendido como direito vinculado a fatos e situações comprovados de plano, e não a posteriori. A prova é preconstituída. Já o "fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação aparece, no cenário jurídico, como um risco que pode ser considerado palpável, no sentido de que a demora da prestação jurisdicional possa conduzir a uma injustiça, de forma que, não se restabelecendo o equilíbrio, nem fazendo cessar a lesividade, logo que possível e quando necessário, resultaria daí uma decisão inócua, que nada resolveria (MARINONI, 2011).

⁵³ A extinção sem julgamento de mérito ocorreu porque quando a ação foi ajuizada pela parte autora, o medicamento ainda não era fornecido pelo Estado, razão por que havia interesse processual à época. O fato do fármaco posteriormente ter sido disponibilizado na via administrativa implica a perda superviniente do objeto, devendo o feito ser extinto sem julgamento do mérito, a teor do artigo 267, VI, do Código de Processo Civil, em razão do desaparecimento do interesse processual, porque desnecessário o provimento jurisdicional.

Pode-se constatar que antes de ingressar com a ação judicial pleiteando o fornecimento de medicamentos pelo Estado, aproximadamente 61% (sessenta e um por cento) dos demandantes fizeram pedido administrativo junto às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde requerendo o fármaco. Todos tiveram seus pedidos negados.

Gráfico 2: Requerentes que fizeram pedidos administrativos prévio à propositura da ação judicial



Fonte: Processos judiciais

3.2.3 Discurso do Sujeito Coletivo dos juízes

Conforme explicado no item 3.1.2, foi utilizado a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo neste trabalho. Para isto, inicialmente foram identificadas as ideias centrais e as expressões-chave dos argumentos dos juízes nas decisões que deferiram e indeferiram as medidas liminares. Em seguida, foi construído o Discurso do Sujeito Coletivo a partir de cada ideia central.

Abaixo serão apontadas quais foram as ideias centrais encontradas e o Discurso do Sujeito Coletivo a elas vinculada, e a incidência delas no contexto de todos os processos. Haverá nos apêndices B e C tabelas com as expressões-chave identificadas, agrupadas por expressões-chave homogêneas que estão associadas a uma ideia central dos argumentos.

3.2.3.1 Ideias Centrais do discurso dos juízes no deferimento da medida liminar

Tabela 5: Ideias centrais dos argumentos dos juízes no deferimento da medida liminar (continua)

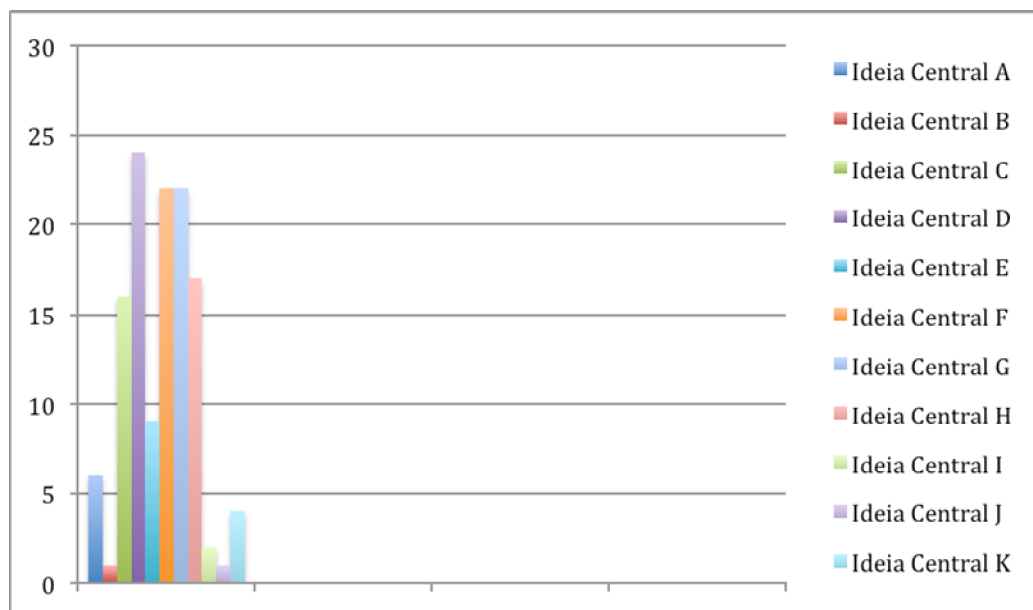
A	A responsabilidade pelo fornecimento de medicamentos é solidária entre os entes da federação.
B	A proteção do direito à vida é função inerente ao Poder Judiciário, o que não fere o princípio da separação dos poderes do Estado.
C	Questões burocráticas e orçamentárias não podem ser um entrave diante do caso concreto do paciente que precisa do medicamento para sobreviver.

conclusão

D	A CF/88 determina que a saúde pública é direito fundamental de todos e dever do Estado.
E	Há prova inequívoca de que o paciente está doente. (Requisito da prova inequívoca).
F	O medicamento pleiteado é a única alternativa de tratamento neste momento e não há tratamento alternativo disponibilizado pelo SUS (Requisito da verossimilhança).
G	Diante da gravidade da doença o paciente necessita de tratamento imediato (Requisito do fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação ou <i>periculum in mora</i>).
H	O paciente é carente e não pode arcar com o custo do medicamento.
I	O medicamento está registrado na ANVISA.
J	O fornecimento do medicamento via judicial não quebra a isonomia entre os beneficiários.
K	Foram seguidos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e a eficácia do medicamento está referendado na comunidade médica nacional e internacional.

Fonte: Processos judiciais

Gráfico 3: Incidência das ideias centrais dos argumentos dos juízes no indeferimento da medida liminar



Fonte: Processos judiciais

3.2.3.2 Ideias Centrais do discurso dos juízes no indeferimento da medida liminar

Tabela 6: Ideias centrais dos argumentos dos juízes no indeferimento da medida liminar (continua)

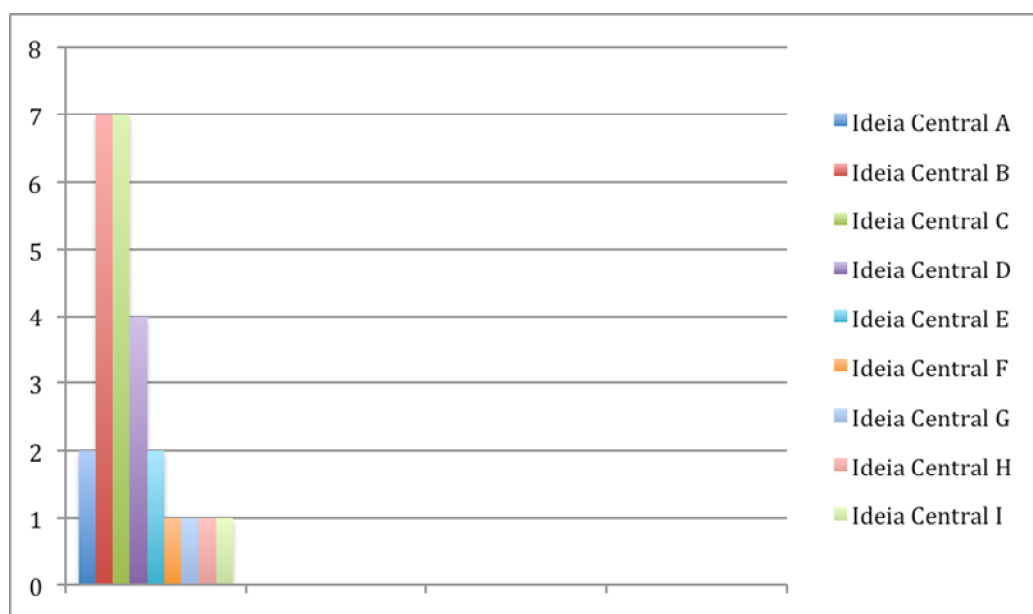
A	Não há prova inequívoca que o requerente está doente (Requisito da prova inequívoca).
B	Não há menção de tratamento alternativo com medicamento fornecido pelo SUS ou eventual ineficácia de tais medicamentos (Requisito da verossimilhança das alegações).
C	Não ficou comprovado o fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação (Requisito do <i>periculum in mora</i>).
D	A medicação pleiteada não foi prescrita por médico conveniado ao SUS.
E	A medicação pleiteada não foi recomendada pelo médico do paciente.

conclusão

F	O medicamento está em fase de experimentação ou é novo no mercado.
G	Não há comprovação que o paciente está inscrito no Programa de Protocolos e Diretrizes Terapêuticas do SUS.
H	O medicamento passou a ser fornecido pelo SUS.
I	Ausência de pedido administrativo prévio.

Fonte: Processos judiciais

Gráfico 4: Incidência das ideias centrais dos argumentos dos juízes no indeferimento da medida liminar



Fonte: Processos judiciais

3.2.3.3 Do Discurso do Sujeito Coletivo dos juízes no deferimento da medida liminar

Ideia Central A- A responsabilidade pelo fornecimento de medicamentos é solidária entre os entes da federação.

Discurso do Sujeito Coletivo:

O direito à saúde têm como sujeito passivo o Estado, porque, na interação entre governantes e governados, foi a coletividade que assumiu a responsabilidade de atendê-lo. E é óbvio que a designação Estado compreende as três esferas do Poder Público, razão por que a legitimidade passiva dos réus é manifesta. Assim, cabe à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, solidariamente, cumprir o desiderato imposto pelo Constituinte ao instituir o Sistema Único de Saúde - SUS.

O Sistema Único de Saúde torna a responsabilidade linear alcançando a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Assim, não há falar em repartição de competências entre os entes da federação em matéria de saúde.

Diante disto, no caso dos autos, quanto à alegada ilegitimidade passiva da União mantenho a posição esposada pela Exma. Ministra Ellen Gracie (SS 3205, Informativo 470-STF), no sentido de que a discussão em relação 'competência para a execução de programas de saúde e de distribuição de medicamentos não pode se sobrepor ao direito à saúde, assegurado pelo art. 196 da Constituição da República, que obriga todas as esferas de Governo a atuarem de forma solidária'. Prescreve o artigo 196 da Constituição Federal, que é obrigação do Estado (União, Estados e Municípios), assegurar a todos o acesso à saúde: 'a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação'.

Ideia Central B - A proteção do direito à vida é função inerente ao Poder Judiciário, o que não fere o princípio da separação dos poderes do Estado.

Discurso do Sujeito Coletivo:

No que tange à separação dos Poderes e aos limites da atuação judicial no controle da atividade administrativa, a decisão judicial que determina a concessão dos medicamentos, num caso como o dos autos, está simplesmente tutelando direito reconhecido pela Carta Política como fundamental, e que deveria, portanto, ser garantido pela própria Administração, evitando-se que o doente tivesse que procurar fazer valer seu direito judicialmente. O Judiciário pode apreciar as demandas de saúde não atendidas pelo Estado, mas também está adstrito a certos

limites, aferíveis no caso concreto. De todo modo, o fato é que essa tutela é função inerente ao Poder Judiciário (CRFB/88, art. 5º, XXXV), diria mais, é sua razão de existir.

Ideia Central C - Questões burocráticas e orçamentárias não podem ser um entrave diante do caso concreto do paciente que precisa do medicamento para sobreviver.

Discurso do Sujeito Coletivo:

Não há comprovação real nos autos de que o fornecimento do medicamento vá comprometer o SUS financeiramente. Ademais, é indiscutível que o Réu integra o sistema único ao qual alude o artigo 198 da Carta Magna, tendo, pois, obrigação de fornecer os recursos reclamados pela parte autora para a conservação da saúde do cidadão, não podendo ser colocados como obstáculos a falta de recursos, a falta de previsão orçamentária, para isso ou outras dificuldades de ordem burocrática, já que, acima dos interesses menores do Estado, está o direito à vida de todo o cidadão. Portanto, é de se rejeitar o argumento trazido pelos réus acerca da reserva do possível em termos de política pública de saúde, principalmente quanto ao fornecimento gratuito de medicação. Ora, não se trata de praticar política pública de saúde de forma irrestrita, mas de se garantir a inviolabilidade do direito à vida (CRFB/88, art. 5º, caput).

Ideia Central D - Há prova inequívoca de que o paciente está doente. (Requisito da prova inequívoca).

Discurso do Sujeito Coletivo:

A Constituição Federal elenca a vida entre os direitos fundamentais do indivíduo (art. 5º), e, depois de enquadrar a saúde entre os direitos sociais (art. 6º), estabelece que ela "é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação(art.196)", determinando que essa garantia seja efetivada mediante ações e serviços públicos, por um sistema único, hierarquizado e regionalizado

(art.198). A propósito mutatis mutandis já decidiu o E. Superior Tribunal de Justiça em Recurso Ordinário em Mandado de Segurança interposto pelo Estado do Paraná que é dever do Estado assegurar a todos os cidadãos indistintamente o direito à saúde, que é fundamental e está consagrado na Constituição da República nos artigos 6° a 196° CF.

Dessa forma, o direito fundamental à saúde encontra-se garantido na Constituição, descabendo as alegações de mera norma programática, de forma a não lhe dar eficácia. A interpretação da norma constitucional há de ter em conta a unidade da Constituição, máxima efetividade dos direitos fundamentais e a concordância prática, que impede, como solução, o sacrifício cabal de um dos direitos em relação aos outros, pois é dever do estado garantir, mediante a implantação de políticas sociais e econômicas, que visem a garantir, a toda população, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar, bem como os serviços e medidas necessárias à sua promoção, proteção e recuperação, conforme artigo (CF/88, artigos 5°, caput, 6° e 196).

Assim, cumpre ao Estado (na concepção ampla do termo), enviaar esforços no sentido de proporcionar os medicamentos necessários às pessoas que deles necessitem. Daí já se vê que há de prevalecer o direito à vida digna, garantia fundamental do Estado Democrático de Direito.

Ideia Central E - Há prova inequívoca de que o paciente está doente. (Requisito da prova inequívoca).

Discurso do Sujeito Coletivo:

No caso dos autos, os atestados médicos e resultados de exames constantes do caderno processual, verifica-se que, de fato, que a parte autora sofre de doença grave. E pela morbidade e mortalidade do caso, a parte autora pode vir a óbito com maior brevidade se não utilizado o medicamento requerido. Assim, há prova inequívoca da doença que acomete a parte autora.

Ideia Central F - O medicamento pleiteado é a única alternativa de tratamento neste momento e não há tratamento alternativo disponibilizado pelo SUS (Requisito da verossimilhança).

Discurso do Sujeito Coletivo:

No caso dos autos, o medicamento tem indicação e é a única alternativa de tratamento neste momento isto porque, pelo tipo de doença e no estágio avançado que padece a parte autora, não há tratamento alternativo disponibilizado pelo SUS. Sendo que, no que respeita à submissão da parte autora aos tratamentos dispensados pelo SUS, foi enfático o perito no sentido de que o medicamento que se busca e que não está disponível para dispensação, juntamente com os demais já fornecidos pelo SUS, embora não cesse por completo os efeitos da doença, diminuiria o número de internamentos, conferindo-lhe melhor qualidade de vida.

*Entende-se também, que o fato da parte autora não ter procurado tratamento médico pelo SUS, não pode, por si só, obstaculizar o fornecimento gratuito de medicação a portador de moléstia gravíssima, degenerativa, incurável e incapacitante, por óbvio, se comprovada a respectiva necessidade e receitada por médico para tanto capacitado, como é o caso dos autos. É que o Sistema Único de Saúde - SUS visa a integralidade da assistência à saúde, seja individual ou coletiva, devendo atender aos que dela necessitem em qualquer grau de complexidade, de modo que, restando comprovado o acometimento do indivíduo ou de um grupo por determinada moléstia, necessitando de determinado medicamento para debelá-la, este deve ser fornecido, de modo a atender ao princípio maior, que é a garantia à vida digna. **A saúde, como de sabença, é direito de todos e dever do Estado.** (REsp 684.646/RS, Rel. Ministro LUIZ FUX, PRIMEIRA TURMA, julgado em 05/05/2005 p.247).*

Ainda assim, fica provada a verossimilhança do alegado, pois não há dúvida de que o Réu (Estado no sentido mais amplo) integra o sistema único de saúde, tendo, nessa condição, a obrigação de adotar as medidas necessárias à preservação da saúde e da vida dos cidadãos. Não resta dúvida, destarte, estarem presentes os requisitos exigidos para a concessão da tutela antecipada, uma vez que o autor demonstrou a verossimilhança de suas alegações.

Ideia Central G - Diante da gravidade da doença o paciente necessita de tratamento imediato (Requisito do fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação ou *periculum in mora*).

Discurso do Sujeito Coletivo:

No caso dos autos, a parte autora já se submeteu a todos os tratamentos alternativos

referentes fornecidos pelo SUS, não obtendo resposta adequada. A aquisição do medicamento é urgente, pois é o único que pode ser consumido pela parte autora. Assim, o tratamento é imprescindível para a paciente. Portanto, há fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação. Considerando os trâmites processuais e a existência do reexame necessário, postergar o fornecimento do medicamento requerido pela autora importaria em negar-lhe a própria efetividade do processo. O periculum in mora dispensa maiores divagações ante o evidente risco de morte do autor em razão de doenças gravíssima.

Ideia Central H - O paciente é carente e não pode arcar com o custo do medicamento.

Discurso do Sujeito Coletivo:

No caso dos autos, os documentos apresentados com a inicial, outrossim, patenteiam a necessidade do cidadão representado pela parte autora de receber os medicamentos pleiteados para o controle de sua doença, que é grave e, se não for tratada adequadamente - e para isso o substituído e a família não dispõem de recursos financeiros para arcar com o custo mensal do fármaco. Se o requerente é hipossuficiente e não pode para adquirir o medicamento essencial à sua saúde, não pode o Estado negar-lhe este direito.

Ideia Central I - O medicamento está registrado na ANVISA.

Discurso do Sujeito Coletivo:

O fármaco encontra-se registrado junto à ANVISA, tanto que se encontra em análise junto à Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC para inclusão da tecnologia no elenco do SUS.

Ideia Central J - O fornecimento do medicamento via judicial não quebra a isonomia entre os beneficiários.

Discurso do Sujeito Coletivo:

No caso dos autos, tenho como ilegítimos os argumentos de que haveria quebra de isonomia entre os beneficiários. Repise-se à exaustão, não se cuida in casu de meras 'necessidades humanas' genéricas, mas da luta pelo direito de se manter vivo,

protegido da possibilidade de adoecer gravemente. Logo, não há que se falar em quebra de isonomia, eis que tal eminente direito é de ser reconhecido e garantido a todos os brasileiros e estrangeiros que estejam, ainda que de passagem, no país.

Ideia Central K - Foram seguidos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e a eficácia do medicamento está referendado na comunidade médica nacional e internacional.

Discurso do Sujeito Coletivo:

No caso dos autos, consoante inferido da análise do prontuário médico da autora ela vem recebendo seu tratamento pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Ainda, verifica-se que o medicamento não está disponível para dispensação através do sistema APAC-ONCO, isto é, procedimento de alto custo oncológico. Ainda, restou esclarecido que foram seguidos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, que o tratamento não é experimental e que a eficácia do medicamento no tratamento da doença está referendado na comunidade médica nacional e internacional.P.5. Embora entendo que, ainda que a parte autora sequer tivesse comprovado sua inscrição ao programa previsto pelo SUS e a consequente negativa no fornecimento dos medicamentos, penso que, o pedido deveria ser deferido até que sobreviesse aos autos tais informações.

3.2.3.4 Do Discurso do Sujeito Coletivo dos juízes no indeferimento da medida liminar

Ideia Central A - Não há prova inequívoca que o requerente está doente (Requisito da prova inequívoca).

Discurso do Sujeito Coletivo:

No caso dos autos, não há prova inequívoca da existência da doença que alegadamente acomete a parte autora. Ademais, a autora, a fim de comprovar a necessidade dos medicamentos solicitados, restringiu-se a anexar receitas médicas, não comprovando a doença e seu estágio mediante a juntada de exames e prontuários médicos. Em relação ao medicamento, simplesmente solicitou a sua inclusão, justificando ser de uso necessário ao tratamento, não anexando qualquer

outro documento que, de fato, comprove sua efetiva necessidade.

Ideia Central B - Não há menção de tratamento alternativo com medicamento fornecido pelo SUS ou eventual ineficácia de tais medicamentos (Requisito da verossimilhança das alegações).

Discurso do Sujeito Coletivo:

No caso dos autos, os documentos colacionados não são aptos a traduzir, em sede de cognição sumária, a verossimilhança das alegações da parte autora, pois em que pese alegar a necessidade do seu uso, não foram juntados outros documentos com o fim de corroborar as alegações das partes, tais como o prontuário médico e hospitalar e uma declaração médica mais detalhada, que poderiam revelar a utilização de tratamento alternativo com medicamentos fornecidos pelo SUS ou eventual eficácia de tais medicamentos. Não há, ao menos, nada que autorize a conclusão de que a parte autora já tenha submetido a outras terapêuticas disponibilizadas pelo SUS para tratamento da doença.

Observa-se também que o médico que acompanha a parte autora não expôs os motivos pelos quais os medicamentos já disponíveis no SUS não foram utilizados, tampouco as razões da escolha do fármaco pretendido. Assim, não fica claro que os medicamentos pleiteados são os únicos capazes de lhe proporcionar um tratamento eficaz. É dizer, há de se provar se os medicamentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde não resultariam em tratamento tão eficiente quanto os prescritos pelos médicos assistentes da parte autora.

O que ficou entendido pelos documentos juntados ao processo é que apesar do medicamento ser indicado para tratamento da doença, ele não é o único indicado, existindo medicamentos alternativos fornecidos pelo SUS, com eficácia semelhante. Portanto, existindo alternativas terapêuticas viáveis ao tratamento da doença, disponíveis na rede pública de saúde, deve a parte autora deles se servir, lhe sendo defeso a transferência do custo de sua opção, conveniência e comodidade ao Estado. Portanto, ausente a verossimilhança das alegações de que o medicamento é necessário e única alternativa para o tratamento da moléstia que acomete a autora, indefiro o requerimento de antecipação de tutela.

Ideia Central C - Não ficou comprovado o fundado receito de dano irreparável ou de difícil reparação (Requisito do *periculum in mora*).

Discurso do Sujeito Coletivo:

Os documentos colacionados não são aptos a traduzir, em sede de cognição sumária o periculum in mora. Além do relatado estado de saúde na petição inicial, nada há nos autos a demonstrar a urgência na aquisição do medicamentos, que poderia ser atestada com exames médicos, fichas de internação ou outros documentos que demonstrassem que a doença da parte autora encontra-se em estado de gravidade suficiente a ensejar a concessão da liminar. Diante de uma análise leiga dos mesmos, portanto, nada há acerca do atual estado de saúde do autor e da premente necessidade do medicamento requerido. Assim, não há segurança jurídica suficiente para analisar nesse momento a efetiva necessidade no tratamento da doença com os medicamentos solicitados.

Ideia Central D - A medicação pleiteada não foi prescrita por médico conveniado ao SUS.

Discurso do Sujeito Coletivo:

Os documentos que instruem a petição inicial não demonstram que a autora foi atendida no âmbito do Sistema Único de Saúde e se submeteu aos tratamentos disponíveis, sem resultados satisfatórios. Sendo assim, a medicação ora pleiteada foi prescrita por médico aparentemente não conveniado ao SUS.

Ideia Central E - A medicação pleiteada não foi recomendada pelo médico do paciente.

Discurso do Sujeito Coletivo:

No caso dos autos, nem mesmo as receitas médicas fornecidas são suficientes, pois em nenhuma delas consta a recomendação dos remédios e equipamentos que constam da inicial. Portanto, conclui-se que não há efetiva indicação terapêutica da droga pleiteada.

Ideia Central F - O medicamento está em fase de experimentação ou é novo no mercado.

Discurso do Sujeito Coletivo:

No caso dos autos, ressalto que é necessária cautela para o uso de medicamentos em fase de experimentação ou novos no mercado, onde não há ainda indicação em bula

ou protocolos clínicos indicando seu uso para o tratamento da doença, pois as consequências podem ser graves. Por isso, de grande ajuda a perícia médica para auxiliar a decisão do fornecimento do medicamento, onde se irá atestar a eficácia do fármaco ao tratamento da doença e a viabilidade par ao caso concreto.

Ideia Central G - Não há comprovação que o paciente está inscrito no Programa de Protocolos e Diretrizes Terapêuticas do SUS.

Discurso do Sujeito Coletivo:

No caso dos autos, a parte autora não demonstrou ter efetuado seu cadastro no Programa de Educação Especial para Diabéticos. Logo, a princípio, não haveria pretensão resistida por parte dos réus.

Ideia Central H - O medicamento passou a ser fornecido pelo SUS.

Discurso do Sujeito Coletivo

No caso dos autos, o medicamento pleiteado passou a ser fornecido pelo SUS. O fato de o fármaco posteriormente ter sido disponibilizado na via administrativa implica a perda superveniente do objeto, devendo o feito ser extinto sem julgamento do mérito, a teor do art. 267, VI, do CPC, em razão do desaparecimento do interesse processual, porque desnecessário o provimento jurisdicional.

Ideia Central I - Ausência de pedido administrativo prévio.

No caso dos autos, sequer há notícia de que a parte autora teria solicitado o fornecimento dos medicamentos ao Estado.

3.3 DISCUSSÃO DO CASO DA JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA COMARCA DE PONTA GROSSA - PR NO ANO DE 2011

De acordo com os resultados da pesquisa de campo desenvolvida no presente trabalho, somado aos dados estatísticos dos gastos com as ações judiciais com pedido de medicamentos levantados junto ao Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde e Tribunal de

Contas do Estado do Paraná, pode-se concluir que o Poder Judiciário vem interferindo no âmbito da tomada de decisões coletivas da política de assistência farmacêutica do Estado do Paraná.

Depreende-se das decisões analisadas que, sem levar em consideração a política pública, editada conforme os parâmetros legais vigentes e destinadas a garantir o direito social à assistência farmacêutica, os juízes veem condenando a Administração Pública, no âmbito municipal, estadual e federal, a fornecerem determinados medicamentos. Estas determinações, muitas vezes, contrariam o que estabelecem esta política.

Como ficou demonstrado, os direitos sociais, e aqui se inclui o direito à assistência farmacêutica, são direitos individuais que se realizam coletivamente por meio da atuação positiva do Estado. Assim, para que estes direitos possam ser efetivados no caso concreto é preciso da implementação de uma política pública.

Nesse viés, é possível perceber a estreita relação entre direitos sociais e políticas públicas, uma vez que são elas que de fato os realizam no caso concreto. Dessa forma, Direito e política passam então a se relacionar para organizar a vida social. Assim, no que diz respeito aos direitos sociais o sistema jurídico e o sistema político buscam resguardar os direitos considerados fundamentais para a vida em coletividade, como o direito à saúde.

No entanto, não é possível olvidar que dentro desta dinâmica estes sistemas assumem papéis e funções específicas para a garantia do direito à assistência farmacêutica. O sistema político, e aqui se insere a participação da comunidade por meio dos Conselhos de Saúde, é responsável pelo planejamento e implementação desta política. Já o sistema jurídico, atua como guardião do ordenamento legal que a regula.

A função do sistema jurídico obedece a lógica-dedutiva, que é aquela que só é capaz de oferecer uma resposta adequada a esta natureza de demanda quando for possível aplicar a lei ao caso concreto, pois esta é a forma natural que este sistema se comunica.

No entanto, esta lógica se mostra insuficiente para dar conta de questões que envolvam direitos sociais, principalmente, no que se refere à vida. Primeiramente, porque a garantia do direito à saúde está vinculado a políticas sociais e econômicas, que exigem a universalidade das prestações dos serviços e a isonomia no atendimento aos cidadãos - independentemente de seu acesso maior ou menor ao Poder Judiciário. Segundo, porque os recursos são insuficientes para atender a todas as demandas sociais, impondo ao sistema político a necessidade de fazer escolhas difíceis, pois investir em um determinado setor significa deixar de investir em outro.

Desta forma, as decisões judiciais que determinam a compra de medicamentos fora

da lista⁵⁴ prevista pela Política Nacional de Medicamentos, como ocorreu nos processos aqui analisados, devem enfrentar todas as questões jurídicas e práticas envolvidas, sob o risco de comprometer a própria existência desta política.

Explica-se este alarde pelas estatísticas apresentadas pelos órgãos federais e estaduais de saúde que revelam que os gastos⁵⁵ com as ações judiciais no Paraná, com pedidos de medicamentos, têm aumentado significativamente. No ano de 2010 o gasto foi de R\$ 35, 7 milhões, correspondendo 58% (cinquenta e oito por cento) do orçamento destinado à política de assistência farmacêutica. No ano de 2011, este valor aumentou para R\$ 45 milhões, comprometendo 64% (sessenta e quatro por cento) do orçamento, e no ano de 2012, a Secretaria de Saúde acusa um aumento de 21% (vinte e um por cento) em relação ao ano anterior (2011), resultando no gasto de R\$ 56 milhões.

Assim, na área da saúde, a escassez de recursos se torna demasiadamente preocupante, pois não é possível conceder a todos os cidadãos, todas as possibilidades de terapêuticas que venham solicitar. Por isso a alocação de recursos em saúde, de forma a melhor atender as necessidades da população, revela-se indispensável para promover a justiça distributiva e equânime dos serviços. E esta função não é possível de ser cumprida pelo Judiciário, pois este analisa o microsistema, o caso individual e não a repercussão da sua decisão na coletividade.

Esta individualização da prestação coletiva pode levar a favorecimentos individuais, em detrimento de interesses de uma coletividade que não se faz representar em juízo. Assim, a destinação de recursos para atender às ações judiciais individuais prejudica a alocação de recursos e o estabelecimento de prioridades, pelo sistema político, com base em critérios globais. E, desta forma, não alcança aqueles que não têm acesso à informação e não conseguem "chegar" ao Judiciário.

Destaca-se na presente pesquisa que mais da metade dos autores chegaram ao Judiciário por meio de advogados particulares. Ao contrário do que se pensa, estes autores fazem parte de uma minoria da população brasileira que possui condições econômicas e culturais para se fazerem representar por advogados custeados com recursos próprios. Diante disto, se reforça a ideia de que a microjustiça do caso concreto pode levar a tomada de

⁵⁴ Este foi o entendimento da Ministra Ellen Gracie na Suspensão de Segurança nº 3073/ RN, que considerou inadequado fornecer medicamento que não constava da lista do Programa de Dispensação em Caráter Excepcional do Ministério da Saúde. A Ministra enfatizou que o Governo Estadual (Rio Grande do Norte) não estava se negando à prestação dos serviços de saúde e que decisões casuísticas, ao desconsiderarem as políticas públicas definidas pelo Poder Executivo, tendem a desorganizar a atuação administrativa, comprometendo ainda mais as já combatidas políticas de saúde.

⁵⁵ Dados noticiados no Jornal Gazeta do Povo e no site G1, conforme notas de rodapé n. 3.

decisões coletivas com foco em interesses individuais e de determinados grupos organizados.

Analisando os discursos dos juízes nos processos, tanto nas hipóteses de deferimento quanto nas de indeferimento das liminares, observa-se que as decisões proferidas pelos juízes não se deixam informar por elementos políticos que envolvam a política de assistência farmacêutica, quais sejam: as necessidades prioritárias a serem supridas, os recursos disponíveis e os aspectos técnico-médicos envolvidos na eficácia e emprego dos medicamentos.

Isto pode ser exemplificado pela ideia central que mais prevaleceu nos discursos no deferimento das liminares: "A CF/88 determina que a saúde pública é direito fundamental de todos e dever do Estado".

Percebe-se que o Judiciário ao proferir sua decisão com fundamento nesta premissa, tende a "absolutizar" o direito social à assistência farmacêutica, garantindo-o a despeito das questões políticas, inclusive às relacionadas a própria política pública de medicamentos. E, por conta disto, a decisão judicial muitas vezes acaba contrariando a própria tomada de decisões coletivas pelo sistema político, que está resumida nesta política.

Ainda que este não tenha sido o objetivo, as decisões judiciais acabam por "atropelar" a tomada de decisões coletivas em matéria de assistência farmacêutica. Isto porque as decisões proferidas criaram direitos para as partes litigantes com base exclusivamente no aparato legal que envolve o direito à saúde, desconhecendo outros elementos que não os normativos.

Esta observação nas ações analisadas, onde alguns medicamentos pleiteados judicialmente estão previstos no RENAME, mas, a despeito disso, não há nenhum questionamento por parte dos magistrados sobre o motivo pelo qual o fármaco não é fornecido pela Administração Pública.

Verifica-se que a preocupação dos magistrados é com a proteção de um direito analisado "isoladamente", isto porque não há em nenhum momento o processamento interno dos elementos contidos na política pública, que é destinada a garantir concretamente o direito social à assistência farmacêutica.

Foram encontradas nos discursos dos juízes algumas considerações políticas, como: "Questões burocráticas e orçamentárias não podem ser um entrave diante do caso concreto do paciente que precisa do medicamento para sobreviver, e " O fornecimento do medicamento via judicial não quebra a isonomia entre os beneficiários."

No entanto, estas considerações proferidas apareceram como apontamentos genéricos, sem maiores fundamentos que pudessem concretamente entrar no mérito de

questões que fragilizam a política de assistência farmacêutica e que poderiam ser relevadas pelo sistema jurídico na garantia do medicamento.

Por certo que este posicionamento, acaba por revelar, além da desconsideração com a política pública em si, mas o desconhecimento em relação ao próprio funcionamento da administração pública na condução deste serviço, como também do regime das finanças públicas.

Outro dado alarmante é com relação à falta de critérios para a concessão do medicamento via judicial. Verificou-se que na Justiça Estadual o pedido pelo medicamento deve vir acompanhado do atestado médico constatando a enfermidade e a necessidade do uso do medicamento. Este é o critério analisado.

Já o Judiciário Federal se cerca de maiores cuidados na apreciação desta matéria se comparado à Justiça Estadual, pois impõe ao requerente uma série de critérios⁵⁶ para a concessão da liminar.

Estatisticamente, a pesquisa revelou que 100% (cem por cento) dos pedidos de medicamentos feitos à Justiça Estadual tiveram seus pedidos deferidos, enquanto na Justiça Federal, inicialmente somente 31, 57 % (trinta e um vírgula cinquenta e sete por cento) dos processos tiveram êxito, este número aumentou após a comprovação/complementação por parte do paciente de algumas questões requeridas pelos juízes, este índice foi para 68, 41% (sessenta e oito vírgula quarenta e um por cento); ou seja, a diferença entre os percentuais sugere que a Justiça Federal é mais detalhista na apreciação dos pedidos de fornecimento de medicamentos via ação judicial.

Assim, as decisões jurídicas encontradas nos casos analisados privilegiaram elementos "puramente" jurídicos, decorrentes da dedução lógico-formal das leis postas a respeito desta temática. O sistema jurídico não se abriu e não se deixou informar por elementos constantes da política pública de medicamentos.

⁵⁶ Parâmetros adotados pela Justiça Federal, conforme Recurso Especial n.1.176.559 - PR (2010/0009627-4), Relatora Ministra Eliana Calmon: a) eventual concessão da liminar não pode causar danos e prejuízos relevantes ao funcionamento do serviço público de saúde; b) o direito de um paciente individualmente não pode, *a priori*, prevalecer sobre o direito de outros cidadãos igualmente tutelados pelo direito à saúde; c) o direito à saúde não pode ser reconhecido apenas pela via estreita do fornecimento de medicamentos; d) havendo disponível no mercado, deve ser dada preferência aos medicamentos genéricos, porque comprovada sua bioequivalência, resultados práticos idênticos e custo reduzido; e) o fornecimento de medicamentos deve, em regra, observar os protocolos clínicos e a 'medicina das evidências', devendo eventual prova pericial, afastado 'conflito de interesses' em relação ao médico, demonstrar que tais não se aplicam ao caso concreto; f) medicamentos ainda em fase de experimentação, não enquadrados nas listagem ou protocolos clínicos devem ser objeto de especial atenção e verificação, por meio de perícia específica, para comprovação de eficácia em seres humanos e aplicação ao caso concreto como alternativa viável.

Outro ponto a ser analisado é que nos casos pesquisados, todos os processos foram pleiteados por autores individuais, isto quer dizer que o direito tutelado é para a satisfação de um único indivíduo. Esta iniciativa é legítima e o Judiciário como guardião da constituição não pode se furtar de aplicar a lei quando acionado. Tanto é assim, que uma das ideias centrais retiradas do discurso dos juízes para justificar a sua intervenção no *modus operandi* da política pública é o entendimento de que, "A proteção do direito à vida é função inerente ao Poder Judiciário, o que não fere o princípio da separação dos poderes do Estado".

No entanto, observa-se que nos processos pesquisados traduziu-se em uma prestação individual por parte do Estado desvinculada da política pública já estabelecida para garantir a efetividade do direito à saúde por meio de uma prestação de âmbito coletivo. Fazendo isto o Judiciário acabou por individualizar este direito e sobrepor às decisões jurídicas, voltadas para atender os direitos e necessidades individuais, às decisões políticas construídas para atender o direito à assistência farmacêutica de toda a coletividade.

De acordo com o coordenador do Comitê Executivo da Saúde do Conselho Nacional de Justiça⁵⁷ (CNJ), juiz federal Gebran Neto, em pouco mais de 10 anos o Paraná gastou quase R\$ 200 milhões para atender as demandas judiciais, beneficiando sete mil pacientes. Esse é um dos pontos negativos da judicialização. Apesar de atender necessidades específicas de alguns cidadãos, são destinados muitos recursos para poucos, em detrimento das políticas institucionais⁵⁸.

Isto pode ser comprovado pelos processos aqui estudados, os medicamentos pleiteados (Apêndice D), principalmente os oncológicos tem um custo altíssimo. Além dos gastos públicos com o fornecimento do medicamento, há outros encargos fruto da movimentação da máquina burocrática judicial. Todos os requerentes nas ações analisadas são beneficiários da justiça gratuita, assim, todas as despesas com o processo (custas judiciais, honorários dos peritos e honorários sucumbenciais pagos ao advogado particular e o dativo - no caso do Poder Público ser condenado a prestação do medicamento) são também arcadas pelo Estado. Por isto, os valores apresentados acima, com o gasto anual do Estado com medicamentos, podem ser bem superiores se fosse levado em consideração os custos operacionais gerados por estes processos.

⁵⁷ O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) é uma instituição pública que visa aperfeiçoar o trabalho do sistema judiciário brasileiro, principalmente no que diz respeito ao controle e à transparência administrativa e processual.

⁵⁸ **Compra de remédios devido a ações judiciais chega a R\$ 56 mi no Paraná. Número apresentado nesta quinta-feira (6), em Curitiba se refere ao ano de 2012. Neste ano já foram gastos 24% a mais que em 2011.** Disponível em: <<http://g1.globo.com/parana/noticia/2012/12/compra-de-remedios-devido-acoes-judiciais-chega-r-56-mi-no-pr.html>>. Acesso em: 8 dez. 2012.

Como já exposto, quando o sistema jurídico desconsidera a política pública de medicamentos das suas decisões, desorganiza a tomada de decisões coletivas pelo sistema político, e, assim, acaba influir em um âmbito que não é seu especificamente, ocasionando o problema da judicialização da política pública de medicamentos, com prejuízos para a própria manutenção da democracia.

Além do mais, o Judiciário não está aparelhado tecnicamente para tomar decisões coletivas, função própria do sistema político. Isto porque o sistema jurídico atua no âmbito da microjustiça do caso concreto, enquanto o sistema político atua no âmbito da justiça distributiva, com base em critérios globais.

Portanto, é o sistema político que tem as ferramentas mais apropriadas para fazer as melhores escolhas, alocando os recursos públicos de forma mais adequada, para garantir o direito à assistência farmacêutica à coletividade.

Dessa forma, para a manutenção e equilíbrio desta política e, por via reflexa, do direito à assistência farmacêutica, é preciso que o sistema jurídico reconheça que não possui instrumentos técnicos e administrativos - até porque não é sua função específica - e, portanto, não tem capacidade de dar conta sozinho da efetivação deste direito.

Não foi em outro sentido a Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010, proferida pelo CNJ, a qual dispõe: "Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde".

E, a Resolução n. 107 de 6 de abril de 2010, pelo mesmo órgão, instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Isto se deu, ao elevado número e a ampla diversidade dos litígios referentes ao direito à saúde, bem como o forte impacto dos dispêndios decorrentes sobre os orçamentos públicos.

A partir dessas orientações, no Estado do Paraná, iniciaram-se alguns movimentos de abertura do sistema jurídico com o intuito de dialogar com outros setores sobre o fornecimento de medicamentos e procedimento de saúde no âmbito do SUS.

O Comitê Executivo da Saúde no Paraná foi instalado, no dia 8 de abril de 2011, com a finalidade de subsidiar os magistrados e demais operadores do Direito nas questões envolvendo o direito à saúde e assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais correlatas. O comitê é formado por representantes de diferentes órgãos (Justiça Federal, Justiça Estadual, Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, Ordem dos Advogados do Brasil – Seção Paraná, Secretário da Saúde do Estado do Paraná, Defensor Público da União, Procuradoria do Estado do Paraná, Advocacia Geral da União, Conselho

Regional de Medicina do Paraná, Hospital de Clínica da Universidade Federal do Paraná, Tribunal de Contas do Estado do Paraná e Associação dos Municípios do Estado do Paraná).

Para o Secretário da Saúde, Michele Caputo Neto, a participação do Estado no comitê é um grande avanço na relação entre os poderes. “Buscar a justiça é um direito de todo cidadão em qualquer área, inclusive na saúde. O que precisamos é evitar que um poder desafie o outro. Cada um deve fazer o seu papel em benefício da população”⁵⁹.

O resultado desse diálogo é a inclusão por parte da Secretaria de Saúde de medicamentos que são objeto de recorrentes demandas judiciais. Caputo Neto citou dois exemplos recentes de inclusão: o *palivizumabe*, para tratamento de recém-natos, e o *trastuzumabe*, para o câncer de mama. “Com a compra desses medicamentos feita pelo governo federal, o Paraná economiza mais de R\$ 11 milhões por ano, que serão destinados à compra de outros produtos.”⁶⁰

Segundo a representante do Tribunal de Justiça do Paraná no comitê, a Juíza de Direito em Segundo Grau, Denise Antunes, o objetivo principal é apoiar os juízes em suas decisões sobre o assunto, diminuindo assim a grande quantidade de demandas judiciais ligadas à saúde. Neste sentido, assevera ela, “Em janeiro será implantado no Paraná o Núcleo de Apoio Técnico (NAT), com a participação de advogados, gestores e médicos para dar apoio à decisão judicial.”⁶¹

A experiência de outros estados tem mostrado que a aproximação dos agentes envolvidos no processo de judicialização da saúde tem sido um caminho para que se promova uma justiça distributiva e equitativa de cuidados com a saúde.

Um exemplo desta atuação é o Município de Tubarão em Santa Catarina, onde se tornou um dos primeiros a regulamentar a concessão de medicamentos não constantes na Farmácia Básica e a criar uma forma legal para que cidadãos com cardiopatias graves ou que sofrem de doenças como câncer, Aids, entre outras constantes na lei, possam solicitar administrativamente medicações de alto custo, sem recorrer à justiça. Esta prática diminuiu o número de ações judiciais nesta região e os gastos do município no cumprimento de sentença⁶².

⁵⁹ Conforme o site da Secretaria de Saúde do Paraná. Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=2730>>. Acesso em: 10 de dez. 2012.

⁶⁰ Conforme o site do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná - PR. Disponível em: <http://www.tjpr.jus.br/noticias/-/asset_publisher/9jZB/content/id/187452>. Acesso em: 10 dez. 2012.

⁶¹ *Idem, Ibidem*, 2012.

⁶² Conforme noticiado no site da Prefeitura de Tubarão - SC. Disponível em: <<http://www.tubarao.sc.gov.br/secretarias/governo/comunicacao-social/noticias/judicializacao-da-saude-e-discutida-em-tubarao>>. Acesso em: 10 de dez. 2012.

A intenção da nova Lei Municipal de n. 3.740/12 é facilitar o acesso aos medicamentos principalmente a quem mais necessita, mas não tem condições financeiras para comprar. Segundo a Procuradoria Jurídica da prefeitura de Tubarão, após dois meses de vigência da nova lei o número de ações judiciais diminuiu cerca de 80%. Além disso, o diálogo entre juízes, administração pública, comunidade, tem feito os magistrados desta localidade adotarem um análise pormenorizada das ações que ainda chegam ao Fórum e à Justiça Federal, demonstrando cuidado nas suas decisões⁶³.

Em lugar de um processo judicial, um procedimento administrativo. Esta pode ser uma alternativa aos malefícios da judicialização excessiva da saúde, e o Estado do Paraná acena para este sentido quando cria o NAT. Isto porque, com a ajuda deste núcleo, conforme a experiência catarinense resultará em economia para os cofres públicos, pois não haveria mais os custos do processo judicial; não haverá o desarranjo da política pública de assistência farmacêutica, pois a tomada de decisão ainda estaria sob responsabilidade da Administração Pública; e, a princípio, o medicamento será fornecido aos cidadãos com mais eficiência e eficácia, porque estes estarão acompanhados por uma equipe multidisciplinar na apreciação do seu pedido.

Interessante anotar que nas ações pesquisadas 60% (sessenta por cento) fizeram pedido administrativo prévio à instauração do processo judicial. Caso tivessem seus pedidos solucionados neste âmbito, ter-se-ia uma redução significativa do número de processos e dos gastos públicos, além de desafogar o Judiciário com menos estas demandas.

No entanto, não se pode perder de vista outro fator, tão importante quanto, para a efetividade dos direitos sociais por meio das políticas públicas, que é a participação efetiva da sociedade, seja na formulação, seja no controle dessas ações estatais.

A CF/88 marca um novo direcionamento social e político brasileiro a partir do momento que democratiza o Estado e expande as condições para o exercício da cidadania. No campo da saúde, no âmbito federal, este tema foi regulamentada pela Lei n. 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

Cabe frisar que a participação, antes de ser um produto do texto constitucional, foi um fator muito importante para a própria constitucionalização do direito à saúde e de um sistema universal de saúde, uma conquista dos movimentos sociais de base e do movimento sanitarista.

⁶³ *Idem* 59.

A própria CF/88 e a Lei n. 8.142/90 fizeram a opção por uma democracia que, além do sistema de representação por meio de eleições periódicas, busca-se ampliar por meio da criação de espaços onde a participação e deliberação possam ocorrer mais efetivamente nas políticas de saúde. Lembrando, assim, que a Administração Pública não é o *locus* privilegiado de discussão das políticas públicas.

Para institucionalizar a participação democrática nas políticas públicas de saúde no Brasil, foram criados os Conselhos de Saúde pela Lei n. 8.142/90, com o objetivo de democratizar as decisões neste setor por, idealmente, permitir que o cidadão comum, sem formação técnica e a um baixo custo, pudesse participar das decisões sobre as políticas públicas de saúde. Segundo o artigo 1º, § 2º desta lei, a função dos conselhos é formular estratégias e controlar a execução das políticas de saúde, além de ser um apoio consultivo que traz propostas da população aos governos.

A participação vislumbrada pela Constituição é aquela que se dedica a compartilhar decisões governamentais, a garantir direitos, a interferir na elaboração orçamentária e fornecer sustentabilidade para certas diretrizes, esta é a verdadeira participação democrática. (NOGUEIRA, 2004).

No entanto, alerta este autor, um dos requisitos para se ter sucesso em uma gestão participativa é que a comunidade tenha uma cultura ético-política forte e em constante revitalização. E, isto depende de uma educação para a cidadania, é uma questão de consciência política. (NOGUEIRA, 2004). Pois, só assim, é possível pensar participação como compartilhamento do poder decisório com o Estado, sobretudo, em relação a questões que digam respeito ao interesse público.

Nesse sentido, o canal próprio da gestão participativa na área da saúde são os conselhos. Eles surgem, conforme Duriguetto (2007), como a expressão contemporânea da democracia por permitirem que segmentos da sociedade civil exerçam uma forma de controle sobre o Poder Executivo.

No contexto da judicialização da política de assistência farmacêutica em Ponta Grossa - PR, o Conselho Municipal de Saúde assume o papel relevantíssimo perante os demais setores, pois responde pelo controle, fiscalização e promoção desta política, mas, principalmente, porque são os representantes genuínos dos menos favorecidos. No entanto, este conselho não tem uma comissão que trate especificamente da assistência farmacêutica e

nem sequer a problemática da judicialização da assistência farmacêutica foi tratada nas reuniões dos anos de 2010, 2011 e 2012⁶⁴.

Portanto, na Comarca de Ponta Grossa - PR, principalmente, no que se refere ao ano de 2011, o Conselho Municipal de Saúde não interferiu na gestão e na organização da política de assistência farmacêutica. No entanto, a criação de um Núcleo Técnico de Apoio pelo Comitê Executivo da Saúde no Paraná para atender aos pedidos de medicamentos no âmbito administrativo, pode marcar um novo direcionamento das relações entre o Estado e a sociedade civil, esta aqui representada pelos Conselhos de Saúde.

⁶⁴ O acesso às atas do Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa - PR, dos anos de 2010, 2011 e 2012, foi conseguido por meio de um ofício dirigido a este órgão. Foram 21 atas no ano de 2010, 22 atas no ano de 2011 e 18 atas no ano de 2012. Todas elas foram encaminhadas via email.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CF/88, em seu artigo 196, inovou o ordenamento jurídico brasileiro quando elevou a saúde à categoria de direito fundamental social. A confirmação do direito à saúde como um direito de todo cidadão e dever do Estado é resultado da conquista dos movimentos sociais de base e do movimento sanitarista.

Este direito como albergado pelo Estado Constitucional contemporâneo brasileiro, ampliou o raio de atuação do Poder Público, tendo em vista a reponsabilidade que lhe foi outorgada por lei para a realização de objetivos fundamentais sociais via implementação de políticas públicas.

Portanto, o direito à saúde é um direito que depende para a sua efetivação da implementação de políticas públicas sociais e econômicas que buscam proporcionar a todos os cidadãos tratamento igual no atendimento hospitalar, vigilância sanitária, distribuição de medicamentos, entre outras prestações.

Dessa forma, na medida em que o direito social à saúde tem caráter distributivo, deve ser gozado coletivamente. Isto porque, toda vez que se privilegia pedidos individualizados em detrimento da coletividade, compromete-se toda uma rede de serviços públicos de saúde pensados previamente para alcançar a comunidade.

A CF/88 ao recepcionar o direito social à saúde nos aparatos jurídicos do Estado, inserem-os no sistema jurídico. A positivação destes direitos pelo ordenamento jurídico pátrio significa que eles serão os paradigmas de atuação do Estado, dessa forma, influenciando diretamente, ao mesmo tempo, os sistemas jurídico e político.

Inevitável, portanto, a judicialização das relações políticas envolvendo a prestação de medicamentos por parte do Estado, já que as políticas públicas são compostas por um corpo de direitos positivados, os quais dependem para a sua realização no caso concreto da atuação de instituições estatais.

Se a função do sistema político (e aqui se inclui os Conselhos de Saúde) é de planejamento, execução e controle das políticas públicas, a função do sistema jurídico é a proteção do ordenamento jurídico.

Assim, no que diz respeito o controle jurisdicional do direito social à saúde, mais especificamente, na matéria de entrega de medicamentos, tem por fundamento uma norma jurídica, como todo controle jurisdicional. Se uma política pública é determinada de forma específica pela Constituição, ou por leis infraconstitucionais, a ação administrativa

correspondente pode ser objeto de controle jurisdicional como consequência natural do ofício do magistrado de aplicar a lei.

A delimitação do campo de atuação do sistema jurídico parece não encontrar dificuldade nas hipóteses em que há omissão dos Poderes Públicos ou de ação que contravenha a Constituição. Ou, ainda, de não atendimento do mínimo existencial, pois em todas elas o Judiciário não só pode, mas deve intervir para fazer valer o que preconiza as premissas constitucionais.

O problema emerge quando o Judiciário atua de forma a desconsiderar a política pública de assistência farmacêutica como meio, por excelência, para a efetivação do direito ao medicamento. Isto ocorre quando o sistema jurídico extrapola o seu campo de atuação e invade a tomada de decisões coletivas das políticas públicas. Por exemplo, no caso do fornecimento das prestações da saúde que compõem o mínimo existencial, o Judiciário deverá também equacionar toda uma gama de questões atinentes aos limites fáticos e jurídicos à sua plena realização. Entende-se, que o direito social à saúde, por exemplo, não é um direito absoluto e deve ser levado em consideração com os demais direitos fundamentais e princípios constitucionais envolvidos no caso concreto.

Em outro sentido, a inviabilidade das políticas públicas não depende apenas da sua viabilidade econômica, mas, sobretudo, da sua coerência jurídica e institucional. Perceptível, sobretudo, no caso das políticas públicas de longo prazo, nas quais se vislumbra melhoras nas condições sociais da população.

No entanto, quando o sistema jurídico desconsidera todas essas nuances da operacionalização das políticas públicas e determina uma atuação administrativa, as decisões judiciais acabam por influir na própria tomada de decisões coletivas pelo sistema político, indicando quem atender, quais medicamentos específicos fornecerem e em que tempo. Neste sentido, a atuação judicial passa perseguir finalidades políticas, evidenciando o problema da judicialização da assistência farmacêutica.

Na Comarca de Ponta Grossa - PR este fenômeno tem os mesmos contornos que a problemática assume em nível nacional. Observa-se que o Judiciário nos casos analisados nesta pesquisa não entra no mérito das fragilidades da política pública de assistência farmacêutica neste município, portanto, desconsideram as peculiaridades políticas envolvidas nas prestações dos serviços de saúde. Por conta deste desconhecimento, não há critérios claros para a concessão dos medicamentos, sobretudo, na Justiça Estadual, que exige somente o atestado médico confirmando o diagnóstico da doença e a necessidade do uso do medicamento.

Este posicionamento hermético e positivista por parte do Judiciário tem impulsionado a tomar decisões extravagantes e totalmente desconexas com a realidade - possível - das políticas públicas, resultando em uma excessiva e nociva intervenção nas tomadas de decisões coletivas em matéria de assistência farmacêutica.

Um reflexo claro do excesso da judicialização da política de assistência farmacêutica é revelado pelos órgãos administrativos estaduais paranaenses, ao constar que bem mais da metade do orçamento destinado ao fornecimento de medicamentos pelo Estado está comprometido com a compra de fármacos via determinação judicial.

Isto comprova que o Judiciário no Estado no Paraná, o que não é diferente na no Município de Ponta Grossa, influi drasticamente na política pública de assistência farmacêutica a ponto de deslocar a prioridade de atendimento do coletivo para o individual.

Nesse viés, a preocupação com o estrangulamento da política pública de assistência farmacêutica tem reverberado para além dos muros da Administração Pública, alcançando inclusive o próprio Judiciário, que por meio de recomendações do Supremo Tribunal Federal, tem investido no diálogo com outros agentes envolvidos no processo de judicialização da saúde, entendendo, assim, que não consegue sozinho dar conta da efetivação plena do direito à assistência farmacêutica.

Outro problema comum aos demais municípios brasileiros é a baixa participação da sociedade na implementação da política de assistência farmacêutica. No Município de Ponta Grossa não tem sido diferente. Não há registro nas atas do Conselho Municipal de discussões que versem sobre a temática do fornecimento de medicamentos via SUS. Inclusive, não há uma comissão própria para debater este assunto tão sério para a população, principalmente os mais carentes.

Os conselhos são a expressão contemporânea da participação democrática participativa, pois além das eleições periódicas, o cidadão comum pode estar inserido no processo decisório do Estado, representando diretamente as demandas da população.

Portanto, é imprescindível que o Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa ocupe este espaço de participação de discussão das políticas públicas de assistência farmacêutica de forma efetiva e, mais, com consciência política, pois são nestes espaços não-governamentais que os interesses coletivos são transformados em direitos, contribuindo, assim, para o aprofundamento da democracia.

É notório que o tema aqui discutido é bastante novo, pois a judicialização da saúde, nos moldes como se apresenta na atualidade, só pode ser considerada a partir da constitucionalização do direito à saúde em 1988. Dentro da história jurídico-política

brasileira, esta conquista ainda é recente, ainda mais, que para sua efetivação demanda uma complexa rede de serviços públicos engendrada entre as três esferas de poder.

Isto pode ser observado, inclusive, pela recomendação do Supremo Tribunal Federal sobre a abertura do Judiciário para decidir questões sobre a judicialização da saúde, que data do ano de 2010. A própria instalação do Comitê Executivo da Saúde no Paraná, ocorreu somente no dia 8 de abril de 2011. E, mais recente ainda, é a previsão de criação do Núcleo de Apoio Técnico, previsto para janeiro de 2012.

Neste sentido, é possível delinear que a efetivação dos direitos sociais, será tanto mais próxima dos ideais previstos pela Carta Magna, se houver diálogo transparente entre os agentes envolvidos no processo da judicialização. Só assim, o Judiciário conseguiria, ao mesmo tempo, pensar os direitos sociais de forma global, respeitar as políticas públicas planejadas pelos poderes públicos, não fazer realocação irracional individualista de recursos escassos, e, sobretudo realizar com mais eficiência os direitos sociais (SILVA, 2008).

REFERÊNCIAS

- ALEXY, R. **Teoria de los Derechos Fundamentales**. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1997.
- AMARAL, G. **Escassez e escolha: Em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Iuris, 2009.
- ANDRADE, L. O. M. de. **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- ARANHA, I. A. (Org.). **Direito sanitário e saúde pública** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- ARENDT, H. **A condição humana**. Tradução de Roberto Raposo. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.
- BARROSO, L. R. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.
- BARROSO, L. R. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Revista Jurídica UNIJUS / Universidade de Uberaba, Ministério Público do Estado de Minas Gerais. v. 1, n.1. Uberaba: UNIUBE, 2007.
- BERMUDEZ, J. A. Z. **Os determinantes e condicionantes de uma política de medicamentos: aspectos relevantes no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- BERMUDEZ, J. A. Z; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.
- BOBBIO, N. **Estado, governo, sociedade: por uma teoria geral da política**. Tradução Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BOURGUIGNON, J. A. **A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social**. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Serviço Social, PUC/São Paulo, 2005.
- BOURGUIGNON, J. A. (Org.). **Pesquisa Social: reflexões teóricas e metodológicas**. Ponta Grossa, PR. Todapalavra, 2009.

BRASIL. CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, mar. 17-21, 1986, Brasília. Anais da 8ª **Conferência Nacional de Saúde**. Relatório. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. DATASUS (Departamento de Informática do Sistema único de Saúde), 2011. Informações de Saúde. Informações demográficas e Sócio-econômicas. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppr.def>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

BRASIL. DECRETO Nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, DOU de 28/01/1923, Lei Eloy Chaves. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>>. Acesso em 15 jun. 2012.

BRASIL. FUNASA. 100 anos de Saúde Pública. Ministério da Saúde. Brasília: FUNASA, 2004. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/site/100-anos-de-saude-publica/>>. Acesso em: 17 jun. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=360>. Acesso em 17 jun. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caminhos do Direito à Saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BREUS, T. L. **Políticas Públicas no Estado Constitucional**: problemática da concretização dos Direitos Fundamentais pela Administração Pública contemporânea. Belo Horizonte: Fórum, 2007.

BUSS, P. M. **Medicamentos na Reforma do Setor Saúde**: em Busca da Equidade na América Latina. São Paulo: Hucitec, 2000.

CLÈVE, C. M. **A eficácia dos direitos fundamentais sociais**. Boletim Científico. Escola Superior do Ministério Público da União, ano II, n. 8. jul./set. 2003.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Constituição dirigente e vinculação do legislador**: contributo para a compreensão das normas constitucionais programáticas. 2. ed. Coimbra: Coimbra, 2001.

COSTA, L. C. da (Org.). **Estado e Democracia**: pluralidade de questões. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2008.

COUTINHO, C. N. Sociedade Civil e Democracia no pensamento liberal e marxista. **Rev. Libertas**. v.8, n.2, p.70 – 82, jul./dez. 2008.

DA ROS, M. A. **Estilos de pensamento em saúde pública**: um estudo da produção da FSP/USP e Ensp/Fiocruz, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. Tese

(Doutorado em Educação)–Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

DAGNINO, Evelina (Org.). **Anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DAGNINO, E. e TATAGIBA, L. (Orgs.). **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapecó: Argos, 2007.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DURIGHETTO, M. L. **Sociedade civil e democracia: um debate necessário**. São Paulo: Cortez, 2007.

DWORKIN, R. **A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. **As origens da reforma sanitária e do SUS**. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FIGUEIREDO, M. F. **Objecções possíveis e parâmetros mínimos à eficácia dos direitos fundamentais sociais a partir do direito à saúde**. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FIORAVANTI, M. **Stato e Costituzione: Materiali per una Storia delle Dottrine Costituzionalli**. G. Giappichelli: Torino, 1993.

FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia - A Luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GERSCHMAN, S. **A Democracia Inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GOHN, M. da G. **História dos Movimentos Sociais: a construção da cidadania dos brasileiros**. São Paulo: Edições Loyola: 1995.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere: Maquiavel, notas sobre o Estado e a política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000b. v. 3.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA. **Sociedade Civil e Democracia: reflexões sobre a realidade brasileira**. IDEIAS: Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, 1999.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA. **Desafios e Possibilidades da Participação da Sociedade na Construção de uma Gestão Pública**

Democrática. IDEIAS: **Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas**, UNICAMP, 1999.

HOCHMAN, G. (Org). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

HELD, D. **Modelos de Democracia**. Tradução de Alexandre Sobreira Martins. Belo Horizonte: Paidéia Ltda, 1987.

IDEIAS. Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP. 1998/1999. **Dossiê: os movimentos sociais e a construção democrática. Desafios e Possibilidades da participação da sociedade civil na construção de uma gestão pública democrática.**

LUIZ, D. E. C. (Org.). **Sociedade civil e democracia: expressões contemporâneas**. São Paulo: Veras Editora, 2010.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

MACEDO, E. I. de.; LOPES, L. C.; BARBERATO FILHO, S.; Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p.706-713, ago. 2011.

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

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARINONI, L. G.. **A Antecipação da Tutela**. 12. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

MARQUES, S.B. **A relação do sistema jurídico e do sistema político na garantia do direito social à assistência farmacêutica: o caso do Estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2005.

MARTINS, I. G. da S; MENDES, G. F.; TAVARES, A. R. (Org.). **O Direito Brasileiro e os Desafios da Economia Globalizada**. São Paulo: Saraiva, 2005.

MARX, K. e E. **A ideologia Alemã**. 1845/1846.

MEDEIROS, F. J. M. **O ativismo judicial e o direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

MONTÃO, C. **Estado, Classe e Movimento Social**. São Paulo: Cortez, 2010.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco, 1994.

NOGUEIRA, M. A. **Um Estado para a Sociedade Civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. São Paulo: Cortez, 2004.

OTERO, P. A crise do "Estado de Direitos Fundamentais". In: MARTINS, Ives Granda da Silva; MENDES, Gilmar Ferreira; TAVARES, André Ramos (Org.). **Lições de Direito Constitucional em Homenagem ao Jurista Celso Bastos**. São Paulo: Saraiva, 2005.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-PR, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=6>>. Acesso em: 17 jun. 2012.

PARANÁ. TRIBUNAL DE CONTAS-PR, 2011. Disponível em: <http://www.tce.pr.gov.br/servicos_contasgovernador.aspx>. Acesso em: 17 jun. 2012.

PATEMAN, C. **Participação e Teoria Democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PIOVESAN, F. Justiciabilidade dos direitos sociais e econômicos: desafios e perspectivas. **Rev. da Defensoria Pública**. p. 161- 178. jul./dez. 2008.

RAICHELIS, R. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social**: caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 1998.

ROCHA, C. L. A. Ação afirmativa. O conteúdo democrático do princípio da igualdade jurídica. **Revista de Informação Legislativa**, n.131, p. 283-295, jul./set.1996.

ROXO, M. C. N. B. **Avaliação participativa de programas sociais**. São Paulo: Veras Editora, 2000.

ROUSSEAU, J. J. **O contrato social**: princípios de direito político. Ed Ridendo Castigat Mores, 2002. Disponível em: <<http://www.cfh.ufsc.br/~wfil/contrato.polif>>. Acesso em: 05 set. 2012.

SARLET, I. W. e FIGUEIREDO, M. F. **Reserva do Possível, mínimo existencial e direito a saúde: algumas aproximações**. In SARLET. Ingo Wolfgang e TIM, Luciano Benetti. Direitos Fundamentais orçamento e “reserva do possível”. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SARLET, I. W. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**, 8. ed. rev. atual. ampli. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010.

SCHUMPETER, J.A. **Capitalismo, Socialismo e Democracia**. Tradução de Sérgio Góes de Paula. Rio de Janeiro: Zahar, 1984. 534 p.

SILVA, J. A. da. O Judiciário e as políticas públicas: entre transformação social e obstáculo à realização dos direitos sociais. In: **Direitos sociais**: fundamentação, judicialização e direitos sociais em espécies, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008: 587-599.

SILVA, R. A. D. da. **Direito fundamental à saúde**: o dilema entre o mínimo existencial e a reserva do possível. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

TATAGIBA, L. Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (org.). **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

THEODORO JÚNIOR, H. **Curso de Direito Processual Civil**. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

VIEIRA, Fabiola Sulpino and Zucchi, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n.2, abr. 2007.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, abr. 2008

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. Os sujeitos sociais em questão. **Revista Quadrimestral de Serviço Social**, Ano XIII, n. 40, dez. 2002. São Paulo: Cortez, 1992.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Ficha individual

Justiça Estadual	Vara: 2v	Número:	
Protocolo	Início: Última:	Última movimentação:	
Justiça Gratuita	Sim	Advogado Público: 1. Defensor Público 2. MP 3. Advogado Dativo	Advogado Particular:
	Não		
Perfil do Requerente	Sexo:	Idade:	
Doença CID:			
Medicamento			
Gasto Mensal com o medicamento			
Medicamento registrado na ANVISA	Sim	Não	
Pedido Administrativo	Sim	Não	
Consta na Lista do SUS	Sim	Programa de Atenção Básica ou Programa de Medicamentos Essenciais: analgésicos, antibióticos, antiparasitários, medicamentos de uso contínuo para diabetes, hipertensão e saúde mental	
		Programa de Medicamentos Estratégicos: hanseníase, tuberculose, leishmaniose, meningite, tracoma, cólera, malária, DST/AIDS, Lupus Eritematoso, Diabetes Mellitus	
		Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional: transplantados, portadores de insuficiência renal crônica, esclerose múltipla, hepatite viral crônica B e C, epilepsia, esquizofrenia refratária, doenças genéticas como fibrose cística, doença Gaucher, etc.	
	Não	Se estivesse seria de qual programa?	
		Motivo de não estar inserido na lista do SUS: 1. estudos Em fase de 2. legal a sua dispensação no Brasil Vedação 3. aprovado pela ANVISA Não 4. legislativa ou administrativa Omissão 5. administrativa de não fornecê-la Decisão 6.	
Liminar	Deferido	Principal argumento:	
	Indeferido	Principal argumento:	
Manutenção da liminar	Sim	Principal argumento:	
	Não	Principal argumento:	
Perito Judicial			
Recurso	Paciente:		
	Administração Pública:		
Ação	Transitado em julgado:		
	Não transitado em julgado:		

APÊNDICE B

Expressões-chave relacionadas a cada ideia central dos juízes no deferimento da liminar

Ideias Centrais	Expressões-Chave
Ideia Central A-A responsabilidade pelo fornecimento de medicamentos é solidária entre os entes da federação.	P. F. 3. Quanto à alegada ilegitimidade passiva da União (...) mantenho a posição esposada pela Exma. Ministra Ellen Gracie (SS 3205, Informativo 470-STF), no sentido de que a discussão em relação <i>`competência para a execução de programas de saúde e de distribuição de medicamentos não pode se sobrepor ao direito à saúde, assegurado pelo art. 196 da Constituição da República, que obriga todas as esferas de Governo a atuarem de forma solidária'</i>. Prescreve o artigo 196 da Constituição Federal, que é obrigação do Estado (União, Estados e Municípios), assegurar a todos o acesso à saúde: <i>'a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação'</i>. P.5. Incumbe ao Estado proporcionar meios visando o alcance do direito à saúde. O Sistema Único de Saúde torna a responsabilidade linear alcançando a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Assim, não há falar em repartição de competências entre os entes da federação em matéria de saúde. P. F. 6. O direito à saúde (...) têm como sujeito passivo o Estado, porque, na interação entre governantes e governados, foi a coletividade que assumiu a responsabilidade de atendê-lo. P. F. 13. É óbvio que a designação Estado compreende as três esferas do Poder Público, razão por que a legitimidade passiva dos réus é manifesta. P. F. 16. O direito à saúde (...) constitui-se obrigação do Estado, nas três esferas de Poder. P. F. 19. Cabe à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, solidariamente, cumprir o desiderato imposto pelo Constituinte ao instituir o Sistema Único de Saúde - SUS.
Ideia Central B-A proteção do direito à vida é função inerente ao Poder Judiciário, o que não fere o princípio da separação dos poderes do Estado.	P. F. 16. No que tange à separação dos Poderes e aos limites da atuação judicial no controle da atividade administrativa, a decisão judicial que determina a concessão dos medicamentos, num caso como o dos autos (...), está simplesmente tutelando direito reconhecido pela Carta Política como fundamental, e que deveria, portanto, ser garantido pela própria Administração, evitando-se que o doente tivesse que procurar fazer valer seu direito judicialmente. De todo modo, o fato é que essa tutela é função inerente ao Poder Judiciário (CRFB/88, art. 5º, XXXV), diria mais, é sua razão de existir.
Ideia Central C-Questões burocráticas e orçamentárias não podem ser	P. F. 4. Não há comprovação real nos autos de que o fornecimento do medicamento vá comprometer o SUS financeiramente. P. F. 16. É de se rejeitar o argumento trazido pelos réus acerca da reserva do possível em termos de política pública de saúde,

um entrave diante do caso concreto do paciente que precisa do medicamento para sobreviver.	principalmente quanto ao fornecimento gratuito de medicação. Ora, não se trata de praticar política pública de saúde de forma irrestrita, mas de se garantir a inviolabilidade do direito à vida (CRFB/88, art. 5º, <i>caput</i>). P. E. 20 a 33. É indiscutível que o Réu integra o sistema único ao qual alude o artigo 198 da Carta Magna, tendo, pois, obrigação de fornecer os recursos reclamados pelo Autor para a conservação da saúde do cidadão, não podendo ser colocados como obstáculos a falta de recursos, a falta de previsão orçamentária, para isso ou outras dificuldades de ordem burocrática, já que, acima dos interesses menores do Estado, está o direito à vida de todo o cidadão.
Ideia Central D-A CF/88 determina que a saúde pública é direito fundamental de todos e dever do Estado.	P. F. 1. O direito à saúde é revelado como direito fundamental no ordenamento jurídico brasileiro e, no caso em tela, tem-se, em verdade, a necessidade de se tutelar o direito à vida (CRFB/88, art. 5º, <i>caput</i>), do qual o direito à saúde é corolário (...). P. F. 3. O direito fundamental à saúde encontra-se garantido na Constituição, descabendo as alegações de mera norma programática, de forma a não lhe dar eficácia. A interpretação da norma constitucional há de ter em conta a unidade da Constituição, máxima efetividade dos direitos fundamentais e a concordância prática, que impede, como solução, o sacrifício cabal de um dos direitos em relação aos outros. (...) pois é dever do estado garantir, mediante a implantação de políticas sociais e econômicas, o acesso universal e igualitário à saúde, bom como os serviços e medidas necessárias à sua promoção, proteção e recuperação, conforme artigo 196 da CF. P. F. 5. O direito à saúde, além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas, representa consequência constitucional indissociável do próprio direito à vida. É dever constitucional do Poder Público (CF/88, artigos 5º, <i>caput</i>, 6º e 196) zelar pela integridade desse direito, mediante políticas sociais e econômicas que visem a garantir, a toda população, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. O preceito do artigo 196 da Constituição Federal assegura aos necessitados o fornecimento, pelo Estado (gênero), dos medicamentos indispensáveis ao restabelecimento da saúde. O direito à saúde é um direito subjetivo individual. E tal direito deve ser proporcionado pelo Estado de forma integral, conforme preceitua a Constituição. P. F. 9. A saúde é um direito de todos. Também é um dever do Estado estabelecer as políticas públicas de saúde. O Judiciário pode apreciar as demandas de saúde não atendidas pelo Estado, mas também está adstrito a certos limites, aferíveis no caso concreto. P. F. 10. E o Poder Público é obrigado a fornecer esse alimento, em virtude de todos os dispositivos constitucionais que garantem o direito à vida. Daí já se vê que há de prevalecer o direito à vida digna, garantia fundamental do Estado Democrático de Direito. P. F. 12. O direito à saúde é revelado como direito fundamental

	no ordenamento jurídico brasileiro e, no caso em tela, tem-se, em verdade, a necessidade de se tutelar o direito à vida (CRFB/88, art. 5º, <i>caput</i>), do qual o direito à saúde é corolário, direito que ganha aqui contorno, infelizmente, mais dramático, haja vista a gravidade da doença que acomete a parte autora. P. F. 13. A Constituição Federal é impositiva ao afirmar (art. 196) que o direito de todos à saúde tem, como contrapartida, o dever do Estado de assegurá-lo. P. F. 14. O direito à saúde é revelado como direito fundamental no ordenamento jurídico brasileiro e, no caso em tela, tem-se, em verdade, a necessidade de se tutelar o direito à vida (CRFB/88, art. 5º, <i>caput</i>), do qual o direito à saúde é corolário, direito que ganha aqui contorno, infelizmente, mais dramático, haja vista a gravidade da doença de que acomete a parte autora. P. F. 16. O direito à saúde é revelado como direito fundamental em nosso ordenamento jurídico e, no caso em tela, em verdade, a necessidade de se tutelar o direito à vida (CRFB/88, art. 5º, <i>caput</i>), do qual o direito à saúde é corolário, direito que ganha aqui contorno, infelizmente, mais dramático, haja vista a gravidade da doença que acomete o pequeno autor. P. F. 19. Estabelece o artigo 196 da Constituição Federal que o direito à saúde como direito subjetivo individual inalienável. Cumpre, assim, ao Estado (na concepção ampla do termo), envia esforços no sentido de proporcionar os medicamentos necessários às pessoas que deles necessitem. P. E. 20 a 33. A Constituição Federal elenca a vida entre os direitos fundamentais do indivíduo (art. 5º), e, de pois de enquadrar a saúde entre os direitos sociais (art. 6º), estabelece que ela <i>"é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"</i> (art.196), determinando que essa garantia seja efetivada mediante ações e serviços públicos, por um sistema único, hierarquizado e regionalizado (art.198). A propósito <i>mutatis mutandis</i> já decidiu o E. Superior Tribunal de Justiça em Recurso Ordinário em Mandado de Segurança interposto pelo Estado do Paraná que é dever do Estado assegurar a todos os cidadãos indistintamente o direito à saúde, que é fundamental e está consagrado na Constituição da República nos artigos 6º a 196º CF.
Ideia Central E- Há prova inequívoca de que o paciente está doente. (Requisito da prova inequívoca)	P. F. 1. Pela gravidade da doença (...) e pela morbidade e mortalidade (...) podem levar o paciente a óbito com maior brevidade se não utilizado o medicamento requerido, resta configurado o perigo na demora da concessão da tutela jurisdicional. P. F. 4. Há comprovação cabal nos autos de que o paciente sofre da doença. P. F. 10. Verifica-se que há prova da existência da doença que acomete a parte autora. A patologia está referida nos prontuários/exames médicos.

	P. F. 11. Há prova inequívoca da doença que acomete a parte autora, trazidos pelo parecer médico e pelos exames médicos juntados aos autos. P. F. 12. Há prova inequívoca da doença que acomete a parte autora, trazidos pelo parecer médico de renomada instituição de tratamento de câncer. P. F. 14. Há prova inequívoca da doença que acomete a parte autora trazidos pelo parecer médico. P. F. 15. Inequívoca a prova da doença que acomete a autora. P. F. 16. Inequívoca a prova da doença que acomete a autora. P. F. 19. Dos atestados médicos e resultados de exames constantes do caderno processual, verifica-se que, de fato, a parte autora sofre de doença grave e que necessita de remédio postulado para evitar o agravamento da doença.
Ideia Central F- O medicamento pleiteado é a única alternativa de tratamento neste momento e não há tratamento alternativo disponibilizado pelo SUS (Requisito da verossimilhança).	P. F. 1. (...) não existe tratamento alternativo no SUS para a doença e é o único disponibilizado no momento. P. F. 3. O fato do autor não ter procurado tratamento médico pelo SUS, não pode, por si só, obstaculizar o fornecimento gratuito de medicação a portador de moléstia gravíssima, degenerativa, incurável e incapacitante, como é o caso de artrite reumatóide grave, por óbvio, se comprovada a respectiva necessidade e receitada por médico para tanto capacitado, como é o caso dos autos. É que o Sistema Único de Saúde - SUS visa a integralidade da assistência à saúde, seja individual ou coletiva, devendo atender aos que dela necessitem em qualquer grau de complexidade, de modo que, restando comprovado o acometimento do indivíduo ou de um grupo por determinada moléstia, necessitando de determinado medicamento para debelá-la, este deve ser fornecido, de modo a atender ao princípio maior, que é a garantia à vida digna. A saúde, como de sabença, é direito de todos e dever do Estado. (REsp 684.646/RS, Rel. Ministro LUIZ FUX, PRIMEIRA TURMA, julgado em 05/05/2005 p.247). P. F. 6. (...) no que respeita à submissão do autor aos tratamentos dispensados pelo SUS, foi enfático o perito no sentido de que o medicamento requerido, juntamente com os demais já fornecidos pelo SUS, embora não cesse por completo os efeitos da doença, diminuiria o número de internamentos, conferindo-lhe melhor qualidade de vida. P. F. 12. O medicamento tem indicação e é a única alternativa de tratamento neste momento e que não há tratamento alternativo disponibilizado pelo SUS. P. F. 13. Pelo tipo de doença e em estágio avançado que padece a autora, os medicamentos fornecidos pelos SUS não respondem mais às necessidades da paciente. P. F. 14. Não há tratamento alternativo para a doença que acomete a autora (...), que é, reitera, a melhor opção de tratamento de primeira linha para pacientes jovens (...). O medicamento (...) é a única alternativa de tratamento neste momento e que não há tratamento alternativo disponibilizado

	pelo SUS. P. F. 15. Verifica-se que o medicamento que se busca não está disponível para dispensação. P. F. 16. Indica que não há medicamento alternativo (...) para dispensação à autora, que não é fornecido pelo SUS, ressaltando que faz parte do protocolo de tratamento, com consagração mundial (...). P. E. 20 a 33. Enfim, está provada a verossimilhança do alegado, pois não há dúvida de que o Réu integra o sistema único de saúde, tendo, nessa condição, a obrigação de adotar as medidas necessárias à preservação da saúde e da vida dos cidadãos. Não resta dúvida, destarte, estarem presentes os requisitos exigidos para a concessão da tutela antecipada, uma vez que o autor demonstrou a verossimilhança de suas alegações.
Ideia Central G- Diante da gravidade da doença o paciente necessita de tratamento imediatos (Requisito do fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação ou <i>periculum in mora</i>).	P. F. 4. O paciente necessita do medicamento para tratamento da sua saúde e não há tratamento alternativo fornecido pelo SUS. P. F. 5. A autora já se submeteu a todos os tratamentos referentes a diversos tipos de insulina, fornecidos pelo SUS, não obtendo resposta adequada. O tratamento é imprescindível para a paciente. P. F. 6. Há, portanto, irrefutavelmente, fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação. P. F. 7. Há também fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação. Considerando os trâmites processuais e a existência do reexame necessário, postergar o fornecimento do medicamento requerido pela autora importaria em negar-lhe a própria efetividade do processo. P. F. 10. A aquisição do medicamento é urgente, pois o Nutren 1.0 é o ÚNICO ALIMENTO que pode ser consumido pelo autor. P. F. 12. Pela gravidade da doença que possui e pela morbidade e mortalidade desta, que podem lhe levar ao óbito com maior brevidade se não utilizado o medicamento requerido, resta configurado o perigo na demora da concessão da tutela jurisdicional. P. F. 14. Pela gravidade da doença que possui e pela morbidade e mortalidade desta, que podem lhe levar a óbito com maior brevidade se não utilizado o medicamento requerido, resta configurado o perigo na demora da concessão da tutela jurisdicional. P. F. 19. Há também fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação. Considerando os trâmites processuais e a existência do reexame necessário, postergar o fornecimento do medicamento requerido pela autora importaria em negar-lhe a própria efetividade do processo. P. E. 20 a 33. (...) O <i>periculum in mora</i> dispensa maiores divagações ante o evidente risco de morte do autor em razão de doenças gravíssima.
Ideia Central H- O paciente é carente e não pode arcar com o	P. F. 4. O paciente é hipossuficiente, não tendo condições de arcar com o custo mensal do medicamento. P. F. 6. O paciente recebe um salário mínimo de aposentadoria e não tem condições financeiras para arcar com o custo do

custo do medicamento.	medicamento. P. F. 10. Sua família não tem condições financeiras de arcar com os custos da alimentação especial, uma vez que seu pai é aposentado por invalidez pelo INSS. Além disso, a família arca com as despesas diversas, como a aquisição de fraldas descartáveis e de alguns medicamentos para pneumonia crônica que não são fornecidas pelo SUS. P. E. 20 a 33. Os documentos apresentados com a inicial, outrossim, patenteiam a necessidade do cidadão representado pelo Autor de receber os medicamentos pleiteados para o controle de sua doença, que é grave e, se não for tratada adequadamente - e para isso o substituído e a família não dispõem de recursos - lhe trará grande sofrimento, a despeito da garantia constitucional a uma vida digna. Se o requerente não tem recursos para adquirir o medicamento essencial à sua saúde não pode o Estado negar-lhe.
Ideia Central I-O medicamento está registrado na ANVISA.	P. F. 12. O fármaco (...) encontra-se registrado junto à ANVISA, tanto que se encontra em análise junto à Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC para inclusão da tecnologia no elenco do SUS. P. F. 14. O fármaco (...) encontra-se registrado junto à ANVISA.
Ideia Central J-O fornecimento do medicamento via judicial não quebra a isonomia entre os beneficiários.	P. F. 16. Tenho como ilegítimos os argumentos de que haveria quebra de isonomia entre os beneficiários. Repise-se à exaustão, não se cuida <i>in casu</i> de meras 'necessidades humanas' genéricas, mas da luta pelo direito de se manter vivo, protegido da possibilidade de adoecer gravemente. Logo, não há que se falar em quebra de isonomia, eis que tal eminente direito é de ser reconhecido e garantido a todos os brasileiros e estrangeiros que estejam, ainda que de passagem, no país.
Ideia Central K-Foram seguidos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e a eficácia do medicamento está referendado na comunidade médica nacional e internacional.	P. F. 1. Restou esclarecido que foram seguidos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e que a eficácia do medicamento no tratamento da doença está referendado na comunidade médica nacional e internacional. P. F. 5. Embora a autora sequer tenha comprovado sua inscrição ao programa previsto pela Lei nº 11.347/2006 e a consequente negativa no fornecimento dos medicamentos (...), entendo que, o pedido deve ser deferido até que sobrevenham aos autos tais informações. P. F. 12. O autor vem recebendo tratamento pelo Sistema Único de Saúde - SUS e que o medicamento (...) não está disponível para dispensação através do sistema APAC-ONCO, isto é, procedimento de alto custo oncológico. P. F. 14. Consoante inferido da análise do prontuário médico da autora ela vem recebendo seu tratamento pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Ainda, verifica-se que o medicamento (...) não está disponível para dispensação através do sistema APAC-ONCO, isto é, procedimento de alto custo oncológico (...). Ainda, restou esclarecido que foram seguidos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, que o tratamento não é experimental e que a eficácia do medicamento no tratamento da doença está referendado na comunidade médica nacional e internacional.

APÊNDICE C
Expressões-chave relacionadas a cada ideia central dos juízes
no indeferimento da liminar

Ideias Centrais	Expressões-Chave
Ideia Central A- Não há prova inequívoca que o requerente está doente (Requisito da prova inequívoca).	P. F. 5. Ademais, a autora, a fim de comprovar a necessidade dos medicamentos solicitados, restringiu-se a anexar receitas médicas, não comprovando a doença e seu estágio mediante a juntada de exames e prontuários médicos. Em relação ao medicamento (...) simplesmente solicitou a sua inclusão, justificando ser de uso necessário ao tratamento, não anexando qualquer outro documento que, de fato, comprove sua efetiva necessidade. P. F. 16. Não há prova inequívoca da existência da doença que alegadamente acomete a autora.
Ideia Central B- Não há menção de tratamento alternativo com medicamento fornecido pelo SUS ou eventual ineficácia de tais medicamentos (Requisito da verossimilhança das alegações).	P. F. 1. Os documentos colacionados não são aptos a traduzir, em sede de cognição sumária, a verossimilhança das alegações da parte autora. Não há qualquer indicação de tratamento alternativo com medicamentos fornecidos pelo SUS ou eventual eficácia de tais medicamentos. Não há nos autos nada que autorize a conclusão de que a parte autora já tenha submetido a outras terapêuticas disponibilizadas pelo SUS para tratamento da doença. P. F. 5. Não tendo o médico prescrito exposto os motivos pelos quais os medicamentos já disponíveis no SUS não foram utilizados, tampouco as razões da escolha do fármaco pretendido. (...) conclui-se que a autora sequer procurou se submeter aos programas financiados pelo SUS para a obtenção dos medicamentos para tratamento da doença. (...) não justificou os motivos pelos quais tal medicamento não poderia ser substituído por outro disponibilizado pelo SUS (...). P. F. 6. (...) nada que autorize a conclusão de que a parte autora já tenha se submetido a outras terapêuticas disponibilizadas pelo SUS para tratamento da doença (...). P. F. 7. (...) em que pese o autor indicar a necessidade do seu uso (conforme prescrição do seu médico particular), não foram juntados nos autos os históricos clínicos que poderiam revelar a utilização de outros medicamentos, disponíveis no âmbito do SUS, tampouco constam dados ou informações relativas à ineficiência desse tratamento. P. F. 8. (...) conforme a prescrição do seu médico particular, não foram juntados aos autos os históricos clínicos que poderiam revelar a utilização de outros medicamentos ou tratamentos realizados pela autora, tampouco constam dados ou informações relativas a sua ineficiência dos anteriores tratamentos da doença da autora. P. F. 11. Ademais, há que se deixar claro que poderiam ter sido juntados outros documentos com o fim de corroborar as alegações das partes, tais como o prontuário médico e hospitalar e uma declaração médica mais detalhada, até mesmo com a

	finalidade de verificar seu atendimento pelo SUS, seus tratamentos, a gravidade e seu atual estado de saúde, acaso permaneça internada. Apesar do medicamento (...) ser indicado para tratamento da doença, ele não é o único indicado, existindo medicamentos alternativos fornecidos pelo SUS, com eficácia semelhante. Portanto, existindo alternativas terapêuticas viáveis ao tratamento da doença da autora, disponíveis na rede pública de saúde, deve a autora deles se servir, lhe sendo defeso a transferência do custo de sua opção, conveniência e comodidade ao Estado. Portanto, ausente a verossimilhança das alegações de que o medicamento é necessário e única alternativa para o tratamento da moléstia que acomete a autora, deve ser indeferido o requerimento de antecipação de tutela. P. F. 17. (...) é preciso saber se os remédios (...) são os únicos capazes de lhe proporcionar um tratamento eficaz. É dizer, há de se provar se os medicamentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde não resultariam em tratamento tão eficiente quanto os prescritos pelos médicos assistentes da autora.
Ideia Central C- Não ficou comprovado o fundado receito de dano irreparável ou de difícil reparação (Requisito do <i>periculum in mora</i>).	P. F. 1. Os documentos colacionados não são aptos a traduzir, em sede de cognição sumária o <i>periculum in mora</i>. (...) bem como não há nos autos demonstração na urgência na aquisição dos medicamentos, que poderiam ser atestadas com exames médicos, fichas de internação ou outros documentos que demonstrassem que a doença da parte autora encontra-se em estado de gravidade suficiente a ensejar a concessão da liminar. P. F. 6. (...) além do relatado estado de saúde na petição inicial, nada há nos autos a demonstrar a urgência na aquisição do medicamentos, que poderia ser atestada com exames médicos, fichas de internação ou outros documentos que demonstrassem que a doença da parte autora encontra-se em estado de gravidade suficiente a ensejar a concessão da liminar. P. F. 9. Não restou comprovada a necessidade de utilização dos medicamentos. P. F. 12. A urgência na aquisição do medicamento não restou demonstrada por intermédio dos documentos juntados aos autos. Diante de uma análise leiga dos mesmos, nada há acerca do atual estado de saúde do autor e da premente necessidade do medicamento requerido. Ainda, não foram juntados exames médicos pertinentes que comprovem a evolução da doença e necessidade do medicamento. P. F. 14. A urgência na aquisição do medicamento não restou demonstrada por intermédio dos documentos juntados aos autos. P. F. 15. A urgência na aquisição do medicamento não restou demonstrada por intermédio dos documentos juntados aos autos. Diante de uma análise leiga deles, nada há acerca do atual estado de saúde da autora e da premente necessidade do medicamento requerido. P. F. 18. A urgência na aquisição dos medicamentos não restou demonstrada por intermédio dos documentos juntados no processo. Assim, não há segurança jurídica suficiente para

	analisar nesse momento a efetiva necessidade no tratamento da doença com os medicamentos solicitados.
Ideia Central D-A A medicação pleiteada não foi prescrita por médico conveniado ao SUS.	P. F. 1. A medicação ora pleiteada foi prescrita por médico aparentemente não conveniado ao SUS. P. F. 5. (...) a medicação ora pleiteada foi prescrita por médico aparentemente não conveniado ao SUS. P. F. 6. (...) por sua vez, foi prescrita por médico aparentemente não conveniado ao SUS, sem qualquer indicação de tratamento alternativo com medicamentos fornecidos pelo SUS ou eventual ineficácia de tais medicamentos, o que afasta o primeiro requisito para a concessão da tutela antecipada. P. F. 9. Os documentos que instruem a petição inicial não demonstram que a autora foi atendida no âmbito do Sistema Único de Saúde e se submeteu aos tratamentos disponíveis, sem resultados satisfatórios.
Ideia Central E-A A medicação pleiteada não foi recomendada pelo médico do paciente.	P. F. 5. Aliás, (...) nem mesmo as receitas fornecidas são suficientes, pois em nenhuma delas consta a recomendação dos remédios e equipamentos que constam da inicial. P. F. 16. Não há efetiva indicação terapêutica da droga pleiteada.
Ideia Central F-O O medicamento está em fase de experimentação ou é novo no mercado.	P. F. 11. Outrossim ressalto que é necessária cautela para o uso de medicamentos em fase de experimentação ou novos no mercado, onde não há ainda indicação em bula ou protocolos clínicos indicando seu uso para o tratamento da doença, pois as consequências podem ser graves. Por isso, de grande ajuda a perícia médica para auxiliar a decisão do fornecimento do medicamento, onde se irá atestar a eficácia do fármaco ao tratamento da doença e a viabilidade par ao caso concreto.
Ideia Central G-Não há comprovação que o paciente está inscrito no Programa de Protocolos e Diretrizes Terapêuticas do SUS.	P. F. 5. Não demonstrou ter efetuado seu cadastro no Programa de Educação Especial para Diabéticos. Logo, a princípio, não haveria pretensão resistida por parte dos réus.
Ideia Central H-O O medicamento passou a ser fornecido pelo SUS.	P. F. 2. O medicamento pleiteado passou a ser fornecido pelo SUS. O fato de o fármaco posteriormente ter sido disponibilizado na via administrativa implica a perda superveniente do objeto, devendo o feito ser extinto sem julgamento do mérito, a teor do art. 267, VI, do CPC, em razão do desaparecimento do interesse processual, porque desnecessário o provimento jurisdicional.
Ideia Central I-Ausência de pedido administrativo prévio.	P. F. 9. Sequer há notícia de que a autora teria solicitado o fornecimento dos medicamentos ao Estado.

APÊNDICE D
Doença discriminada por especialidade e medicamentos solicitados

(continua)

PATOLOGIA	MEDICAMENTO (nome comercial e/ou insumo)	RENAME	PROGRAMA DO SUS	CUSTO MÊS
NEOPLASIA MALIGNA DE PRÓSTATA	Acetato de ciproterona 50 mg	Não	-	Não consta
	ZOLADEX® (Acetato de goserelina 3,6mg)	Não	-	
	FINASTIL® (finasterida 5mg)	Não	-	
	MESIDOX® (mesilato de doxazosina)	Não	-	
	Glibenclamida 5mg	Sim	Medicamento oncológico	
	TENAVIT® (ácido fólico + cloridrato de piridoxina + cianocobalamina)	Não	-	
NEOPLASIA MALIGNA DO RIM	Malato de sunitinibe 25mg	Não	-	R\$ 12.000,00
	AFINITOR® (everolim)	Não	-	
	NEXAVAR® (tosilato de sorafenibe)	Não	-	
NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA	HERCEPTIN® (trantuzumab)	Não	-	R\$ 12.000,00
NEOPLASIA CEREBRAL	TEMODAL® (temozolomida)	Não	-	R\$ 33.000,00 + 6 ciclos de quimioterapia que custa aproximadamente R\$ 10.000,00 o ciclo
NEOPLASIA DO SISTEMA DIGESTIVO	SUTENT® (malato de sunitinibe)	Não	-	R\$ 20.000,00
	ERBITUX® (cetuximabe 950mg)	Não	-	
LINFOMA FOLICULAR	MABTHERA® (rituximabe)	Não	-	R\$ 7.000,00
PARAPLEGIA	OXIBUTININA® (cloridrato de oxibutinina de 5mg)	Não	-	Não consta
	(mesilato de doxazosina 2mg)	Não	-	
	(cloridrato de imipramina 75 mg)	Não	-	
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	NUTREN 1.0	Não	-	R\$ 960,00
EPILEPSIA	VALIUM® (diazepam)	Não	-	Não consta
	ROHYDORM®	Não	-	

	(flunitrazepam)			
	(cloridrato de venlafaxina)	Não	-	
	NEURAL ® (lamotrigina)	Não	-	
	HYDANTAL ® (fenitoia)	Não	-	
	NEOZINE ® (maleato de levomepromazina)	Não	-	
MICROCEFALIA	NUTREN 1.0	Não	-	R\$ 1.260,00
TRAUMATISMO CRANIACO	(risperidona 1mg)	Sim	Programa de Atenção Básica	Não consta
	(cloridrato de sertralina 50mg)	Não	-	Não consta
	(ultracet)	Não	-	Não consta
POLIRRADICULONEURITE CRÔNICA INFLAMATÓRIA DESMIELINIZANTE	(imunoglobulina humana)	Não	-	R\$ 1.000,00
	(azatioprina)	Sim	Programa de Atenção Básica	
GONARTROSE BILATERAL	CONDROFLEX ® (sulfato de glicosamida + sulfato de condroitina)	Não	-	Não consta
	SYNVISIC ®	Não	-	
ARTRITE REUMATÓIDE GRAVE	MANTHERA ® (rituximab 500mg)	Não	-	Não consta
ESCLERODERMIA COM FENÔMENO DE RAYNAUD	(bosentana 62,5 e 125 mg)	Não	-	R\$ 16.700,00
	SANDOSTATIN ® (acetato de octreotida)	Não	-	
	SILDENAFIL ® (citrato de sildenafil 50mg)	Não	-	
DOENÇA DE BEHCET	(rituximabe)	Não	-	Não consta
SÍNDROME DE SJOGREN	(rituximabe)	Não	-	Não consta
SÍNDROME DE LÚPUS NEONATAL	(imunoglobulina humana)	Não	-	R\$ 30.000,00
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA GRAVE	SPIRIVA RESPIMAT ® (brometo de tiotropio)	Não	-	Não consta
CARDIOPATIA CONGÊNITA CIANÓTICA E HIPERTENSÃO PULMONAR SEVERA	(bosentana 125mg)	Não	-	Não consta
RETINOPATIA DIABÉTICA	LUCENTIS ® (ranibizumabe)	Não	-	Não consta
DIABETES MELLITUS TIPO	HUMALOG ®	Não	-	Não consta

1	(insulina lispro)			
DIABETES MELLITUS TIPO 2	(insulina glargina)	Não	-	Não consta
	(insulina aspart)	Não	-	
	NOVORAPID ® (insulinas análogas)	Não	-	
TRANSTORNO BIPOLAR	(olanzapina 10mg)	Não	-	Não consta
DOENÇA DE CROHN	HUMIRA ® (adalimumabe 40mg)	Não	-	Não consta
CIRROSE HEPÁTICA, PROBLEMAS NA COLUNA, VESÍCULA E GRATRITE	CIPROFLOXACINO ® (cloridrato de ciprofloxacino)	Não	-	R\$ 1.921,11
	DUPHALAC	Não	-	
	OMEPRAZOL	Sim	Programa de Atenção Básica	
	ESPIRONOLACTONA	Sim	Programa de Atenção Básica	
	FUROSEMIDA	Sim	Programa de Atenção Básica	
	INDERAL	Não	-	

ANEXO

Gastos com as demandas judiciais por pedidos por medicamentos dos anos de 2003 a 2009 e o impacto financeiro sobre a política pública de medicamentos no Estado do Paraná

