

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ- UNIVALI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, POLÍTICAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE MESTRADO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

ALEXANDRA CRISPIM BOING

**Política e Constituição: a judicialização do acesso a medicamentos em
Santa Catarina**

ITAJAÍ
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ALEXANDRA CRISPIM BOING

**Política e Constituição: a judicialização do acesso a medicamentos em
Santa Catarina.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas do Vale do Itajaí - UNIVALI, para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas.

Orientador: Profa. Dra. Neusa Maria Sens Bloemer.

Co-orientadora: Profa. Dra. Claudia Rossler.

ITAJAÍ
2008

BOING, ALEXANDRA CRISPIM

Política e Constituição: a judicialização do acesso a medicamentos em Santa Catarina. Itajaí, 2008. 127p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Programa de Pós-graduação em Ciências Jurídicas.

ALEXANDRA CRISPIM

**Política e Constituição: a judicialização do acesso a medicamentos em
Santa Catarina.**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção de título de Mestre e aprovada pelo Programa de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí.

Área de Concentração: Políticas Públicas

Itajaí, 08 de fevereiro de 2008.

BANCA EXAMINADORA:

**Profa Dra Neusa Sens Bloemer - Presidente
UNIVALI**

**Profa Dra Marení Rocha Farias- Membro
CIF/CCS/UFSC**

**Profa Dro Guilherme Alfredo Johnson - Membro
UNIVALI**

**Profa Dra Adriana Marques Rosseto - Suplente
UNIVALI**

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Sueli e Joaquim, por serem grandes exemplos para mim e por não medirem esforços para a minha formação e serem meus grandes incentivadores. Amo vocês.

Aos meus irmãos Artur e Gláucia por todos esses anos de convivência e por fazerem a minha vida especial. Amo vocês.

Ao Antonio, amor da minha vida, pessoa especial que alegra e torna os meus dias únicos. Obrigada pelas alegrias, sorrisos, abraços, por dividir comigo sonhos e ideais, por construir uma vida ao meu lado e claro por sua enorme paciência. Eu te amo.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Neusa Bloemer, pela confiança permanente, apoio e incentivo. Obrigada pelos momentos agradáveis de convivência, pelas conversas e debates acadêmicos. Levo os ensinamentos e as certezas de que a amizade permanecerá após essa etapa e de que nossos caminhos se encontrarão outras vezes.

À minha co-orientadora, Profa. Dra. Cláudia Roesler, pela importante colaboração no desenvolvimento dessa pesquisa, por contribuir em meus estudos na área jurídica e pelos enriquecedores debates no Grupo de Pesquisa.

Ao Prof. Dr. Guilherme Johnson, pela disponibilidade em sempre contribuir academicamente e pelas valorosas análises na qualificação do projeto de pesquisa.

À Marení e à Rosana, cujos exemplos profissionais representam fundamental parâmetro em minha carreira acadêmica. Obrigada pelo estímulo e pelas orientações desde a graduação, que continuam até hoje e, es0439(u)-0.295585(n06571(e)3.7e)3.74(1)-238448(O)-0.217136599

“ A neutralidade frente ao mundo, frente ao histórico, frente aos valores, reflete apenas o modo que se tem de revelar o compromisso. Este modo quase sempre resulta de um compromisso contra os homens e contra sua humanização, por parte dos que se dizem neutros. Estão comprometidos consigo mesmos, com seus interesses ou com os interesses dos grupos aos quais pertencem .

Paulo Freire

“ A miséria é de quem a sofre; a responsabilidade, porém, cabe a todos nós .

Florestan Fernandes

RESUMO

ABSTRACT

BOING, Alexandra Crispim. **Policy and Constitution: the judicialization of the access to medication in Santa Catarina. 2008. 128 f. Dissertação. (Mestre Profissionalizante em Gestão de Políticas Públicas). Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Itajaí, 2008.**

Introduction: to enable access to the medication recommended by healthcare professionals, many people have turned to legal channels, filing lawsuits against the national, state or municipal governments to obtain the medication. This phenomenon presents a major challenge to the public sector structure of health policies and the organization of services. This study therefore seeks to contribute to the discussion on this subject, through the analysis of quantitative and qualitative data on the dimensions that surround it. **Objective:** to analyze quantitative variables concerning the court orders granted in response to requests for medication, filed against the State of Santa Catarina between 2000 and 2006, and the discourse of the judges who tried those cases. **Method:**

the information was gathered from the Judicial Medication program (MEJUDI) of the Pharmaceutical Assistance Administration of the State of Santa Catarina. A database was created

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-------------|--|-----------|
| Figura 1 - | Distribuição dos municípios catarinenses segundo o tipo de gestão em saúde no ano de 2003. | Página 34 |
| Figura 2 - | Mortalidade proporcional segundo grupos de causas selecionadas. Capitais brasileiras, 1930 a 1999. | Página 35 |
| Figura 3 - | Pirâmides etárias brasileiras, 1980, 1991 e 2000. | Página 37 |
| Figura 4 - | Proporção da renda familiar utilizada com saúde, por classes selecionadas de rendimento familiar, segundo região e tipo de despesa. Brasil, 2002-2003. | Página 40 |
| Figura 5 - | Modelo teórico do acesso aos medicamentos. | Página 42 |
| Figura 6 - | Ciclo da Assistência Farmacêutica. | Página 65 |
| Figura 7 - | Pirâmides Etárias de Santa Catarina, 1980 e 2000. | Página 81 |
| Figura 8 - | Série histórica do total de mandados judiciais deferidos requerendo a provisão de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e do total de medicamentos solicitados, 2000-2006. | Página 85 |
| Figura 9 - | Total de medicamentos solicitados e de recursos gastos no atendimento aos mandados judiciais deferidos requerendo a provisão de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, segundo a Classificação Anatômica Terapêutica Química, 2000-2006. | Página 89 |
| Figura 10 - | Distribuição espacial dos municípios catarinenses segundo os quartis da distribuição da relação entre as ações deferidas e 100.000 habitantes, 2000-2006. | Página 96 |
| Figura 11 - | Incidência das Idéias Centrais contidas nas ações judiciais encaminhadas a SES. Santa Catarina, 2000-2006. | Página 99 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------|--|-----------|
| Tabela 1 - | Indicadores de investimento em saúde, 2003. | Página 38 |
| Tabela 2 - | Primeiro Nível do <i>Anatomical Therapeutic Chemical</i> (ATC). | Página 76 |
| Tabela 3 - | Número absoluto e frequência relativa de mortes segundo os principais grupos de causas em Santa Catarina, 2005. | Página 82 |
| Tabela 4 - | Relação dos vinte medicamentos mais solicitados em mandados judiciais deferidos requerendo a provisão de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2000-2006. | Página 91 |
| Tabela 5 - | Matriz de Correlação de Spearman: correlação entre o número de ações per capita e indicadores socioeconômicos. Santa Catarina, 2000-2006. | Página 98 |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 OBJETIVOS | 18 |
| 2.1 Objetivo Geral | 18 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 18 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 20 |
| 3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SUS | 20 |
| 3.1.1 Modelos Assistenciais Brasileiros | 20 |
| 3.1.2 Constituição de 1988 e a garantia do Direito à Saúde | 25 |
| 3.1.3 Prerrogativas do Sistema Único de Saúde | 27 |
| 3.1.4 Norma Operacional Básica (NOB) e Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS) | 29 |
| 3.2 DOENÇAS, IMPACTO SÓCIOECONÔMICO E ACESSO A MEDICAMENTOS | 34 |
| 3.2.1 Doenças e o impacto socioeconômico | 34 |
| 3.2.2 Acesso aos medicamentos | 41 |
| 3.3 APORTES TEÓRICOS | 48 |
| 3.3.1 Saúde e definições | 48 |
| 3.3.2 Medicalização | 55 |
| 3.3.3 Ações Judiciais | 57 |
| 3.4 ATRIBUIÇÕES DO SETOR FARMACÊUTICO | 61 |
| 3.4.1 Política Nacional de Medicamentos | 61 |
| 4 METODOLOGIA | 75 |
| 4.1 Discurso do Sujeito Coletivo | 78 |
| 4.2 População de Santa Catarina | 80 |
| 5 RESULTADO E DISCUSSÃO | 84 |
| 5.1 Discurso do Sujeito Coletivo | 98 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 113 |
| 7 CONCLUSÃO | 115 |
| 7 REFERÊNCIAS | 118 |

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil passaram por profundas alterações a partir da década de 1980, com destaque para a VIII Conferência Nacional de Saúde, um marco na estruturação do setor saúde no país por fortalecer as discussões sobre a responsabilidade do Estado quanto à saúde da população e por balizar a Constituição de 1988.

A partir dos grandes debates do Movimento Sanitário, da VIII Conferência e da Constituinte, em 1990 através das Leis Orgânicas da Saúde - nº 8.080 e nº 8.142 – foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamentadas as determinações da Constituição para a área da saúde. Assim, definiram-se os papéis e as atribuições dos gestores das três esferas de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, que descreve a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Na lei 8.080 também cabe ressaltar o artigo 6º, no qual são arroladas ações que dizem respeito aos campos de atuação do SUS, dentre as quais se podem citar a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, e a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação governamental na sua produção (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Dessa forma, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Assistência Farmacêutica deve articular um conjunto de ações centradas no medicamento que vise garantir o acesso e o uso racional do mesmo pela população. Suas ações dentro do SUS apontam para a prevenção da doença e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde da

população, compreendendo os seus aspectos individuais e coletivos. Tais ações estão baseadas no método epidemiológico, devendo envolver padronização (seleção), prescrição, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, produção, controle de qualidade, educação em saúde, vigilância farmacológica e sanitária, pesquisa e desenvolvimento de medicamentos, imunoterápicos e hemoderivados, o acesso, a informações e o uso racional de medicamentos (OPAS, 2001).

Estudos epidemiológicos com diferentes delineamentos indicam claramente que os medicamentos possuem papel importante na redução das taxas de mortalidade e morbidade das populações. Para que isso ocorra, no entanto, é essencial que as mesmas tenham acesso a esse insumo. O que pode parecer lógico do ponto de vista sanitário - o acesso universal e racional aos medicamentos -, não se concretiza na realidade. A título de ilustração, Callegari (1999) estimou que 40% da população brasileira não têm condições econômicas para adquirir os medicamentos necessários ao tratamento de suas doenças. De modo paradoxal, há no mercado uma elástica gama de produtos farmacêuticos, uma apologia ao uso indiscriminado de medicamentos na mídia leiga, sob os auspícios da indústria farmacêutica, e um conseqüente uso irracional desses produtos (NASCIMENTO, 2005). Diante desse quadro, ressalta-se a relevância de políticas públicas na área da saúde, inclusive farmacêutica, pois apenas a disponibilização de remédios é insuficiente para a alteração deste quadro, sendo necessária uma política no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Apesar dessa importância no contexto nacional, as políticas públicas de saúde ainda não têm viabilizado, seja no mercado privado ou no setor público, o acesso necessário e o uso racional dos medicamentos para grande parte da população brasileira. Avanços recentes, no entanto, foram obtidos e a Política Nacional de Medicamentos de

1998 pode ser citada como tal. Ainda assim, os gastos privados familiares com medicamentos no Brasil são bastante altos, sobretudo para as camadas mais pobres da população (SILVEIRA *et al.*, 2002; ANDRADE *et al.*, 2006), e é notório que uma vasta gama de pessoas, inclusive dentre aquelas cobertas por planos de saúde privados têm o sistema público de saúde como alternativa para viabilizar a terapêutica adequada aos seus problemas de saúde, sobretudo no que se refere aos medicamentos (CONILL, 2007). Dessa maneira, há de se destacar o papel do sistema público de saúde no provimento e na organização dos medicamentos no Brasil.

Em muitos casos, entretanto, não está previsto por parte do ente público a dispensação do medicamento prescrito pelo profissional de saúde e requerido pelo usuário

po7(i)48-0.294974()-70.18a1.22997(e)90.297585(c

problpen8(s)-1.22997(t)-2.1655585(r)-7.20136(e)-6.

de novas tecnologias, podendo, inclusive, o atendimento a essas ações individuais colocar em xeque o sistema de saúde e o planejamento das ações coletivas. Também se reforça a lógica onipotente de que apenas, ou sobretudo, o medicamento é suficiente para se alcançar saúde, desconsiderando a eficiência de outros recursos disponíveis e que impactam decisivamente na qualidade de vida da população e em seus indicadores de saúde. Outro fator importante a ser considerado e que permeia tal debate é a lucratividade da indústria farmacêutica e seus artifícios para garantir alta produção e consumo de medicamentos (MARQUES E DALLARI, 2007).

a revisão de literatura, destacando-se a política de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde, o quadro epidemiológico do país e do estado de Santa Catarina e a Política Nacional de Medicamentos. No capítulo de resultados e discussão encontram-se os achados da pesquisa, bem como o seu debate. No capítulo intitulado de conclusão estão apresentados as conclusões deste trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar variáveis quantitativas referentes aos mandados judiciais deferidos que solicitaram medicamentos e foram impetrados contra o estado de Santa Catarina entre 2000 e 2006 e também o discurso dos juízes que julgaram tais ações no deferimento dos pedidos.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever a série histórica da quantidade de mandados judiciais deferidos que solicitaram medicamentos e foram impetrados contra o estado catarinense solicitando medicamentos e dos gastos da Secretaria do Estado da Saúde ao prover medicamentos por ordem judicial entre os anos 2000 a 2006.

Identificar o sexo e o município de residência das pessoas que tiveram ações judiciais deferidas contra o estado catarinense solicitando medicamentos entre 2000 e 2006.

Identificar os medicamentos mais solicitados nas ações judiciais deferidas que solicitaram medicamentos e foram impetrados contra o estado catarinense entre 2000 e 2006 e sua padronização em programas governamentais.

Testar a associação entre o número de ações judiciais deferidas que solicitaram medicamentos e foram impetrados contra o estado catarinense entre 2000 e 2006 *per*

capita nos municípios catarinenses segundo a residência do solicitante e seus indicadores socioeconômicos.

Identificar os principais argumentos que embasaram as decisões dos juízes que julgaram as ações impetradas contra o estado catarinense solicitando medicamentos entre 2000 e 2006.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SUS

3.1.1 Modelos Assistenciais Brasileiros

Compreender as atuais políticas de saúde no Brasil exige uma análise que transcende as instâncias diretamente relacionadas com a saúde e perpassa por questões que dizem respeito a diferentes governos, momentos históricos e concepções sobre o papel a ser desempenhado pelo Estado. Há a necessidade de se compreender o processo histórico e as forças políticas que culminaram na organização atual dos serviços prestados pelo Estado. Dessa maneira, a análise desse processo permite uma crítica mais apropriada da atualidade e das propostas que hoje são apresentadas para o setor saúde.

O sistema de saúde no Brasil vem sofrendo profundas alterações desde o século XIX, acompanhando as transformações socioculturais, econômicas e políticas da sociedade. Ao longo do tempo, a política de saúde no Brasil passou da simples assistência médica ligada à previdência até ao direito universal à saúde. Assim, fazemos uma explanação das políticas públicas de saúde no Brasil a partir de uma periodização política assim estabelecida: Primeira República (1890-1930), Período Populista (dos anos 1930 aos anos 1950), Período Desenvolvimentista (anos 1950 e 1960), Estado Militar (1964-1984), Nova República (1985-1989) e os Governos Neoliberais (1990-2006). Analisando essa trajetória histórica pode-se constatar como as transformações políticas foram determinantes nas tendências da política de saúde no Brasil.

Na Primeira República a economia esteve baseada na agricultura e o seu principal produto foi o café, destinado preponderantemente à exportação. No tocante à saúde, a Primeira República pode ser definida como um período em que houve hegemonia das políticas de saúde pública do tipo campanhista ou modelo das campanhas sanitárias. Este modelo teve inspiração militar e adotava um estilo repressivo de intervenção médica, na qual se buscava a defesa da renda do setor exportador cafeeiro através da pressão financeira do Estado sobre a circulação monetária, objetivando o controle das contas públicas (LUZ, 1991).

Em 1923 surgiu a assistência previdenciária no país com a Lei Elói Chaves, que criou a caixa de aposentadoria e pensões (CAP) para os ferroviários. Mais tarde, em 1926, os portuários e marítimos passaram a possuir também as CAPs (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1986).

O sanitarismo campanhista foi a principal característica da política de saúde até o Período Populista (década de 1930). Neste momento já começaram a surgir os primeiros embriões do modelo médico assistencial, que se consolidou na década de 1960. Mas com as profundas mudanças que ocorreram no país a partir da quebra da bolsa de Nova York em 1929, da revolução de 1930 - que colocou Getúlio Vargas no poder - e a longa crise do café - que provocou o deslocamento do pólo da economia para os centros urbanos e para os empreendimentos industriais -, surgiu um novo contingente formado por trabalhadores assalariados que necessitavam de assistência de saúde. Nesse período, o Estado se caracterizou por mais uma vez desenvolver um papel fortemente interventor sobre a sociedade. Este Estado antecipou-se aos conflitos que poderiam surgir entre a nascente classe operária urbana e a classe patronal, ao mesmo tempo em que buscou cuidar da força de trabalho fabril. Nesse cenário, em 1933 nasceu uma nova

estrutura de previdência social, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Eles seriam segmentados por categorias de trabalhadores e controlados pelo Estado, tendo como lógica o modelo centrado na atenção à doença (CARVALHO *et al.*, 2001).

No Período Desenvolvimentista, compreendido pelo pós-guerra na década de 1950, houve aumento do desemprego e agravaram-se as condições sociais do Brasil. Com a concepção do “Estado do Bem Estar Social”, a política de saúde foi reorganizada nos moldes da política social internacional, aumentando os gastos do Estado com as ações sociais.

No Estado Militar, que vai do período de 1964 a 1984, se verifica a crise do sistema previdenciário, que se tornou, desde então, deficitário. No final da década de 1970, e o fim do “milagre econômico” o país passou por uma severa crise, gerando insatisfação popular que, aliada à oposição ao sistema político da época, fortaleceu o movimento conhecido como Reforma Sanitária (CARVALHO *et al.*, 2001). Este movimento se caracterizava pela reivindicação de reformas nas políticas de saúde e também como oposição ao governo militar. Durante a década de 1970 vigorou o modelo médico assistencial, voltado apenas para ações curativas. O contexto político da ditadura militar caracterizou-se pela repressão política, iniciando somente no final da década de 1970 a abertura política marcada, principalmente, pela organização de movimentos sociais. Foi neste contexto que se deu por parte de profissionais da saúde, intelectuais e movimentos populares a organização do Movimento Sanitário. Ele também pautou sua atuação na denúncia das condições críticas da saúde da população, que seriam decorrentes do modelo econômico adotado pelo país e da organização do pensar e agir em saúde, que não atendia às demandas sociais. Assim, lutavam não apenas contra o autoritarismo, mas paralelamente pela ampliação dos direitos sociais. Durante vários anos o movimento abarcou inúmeros

adeptos da sociedade e teve seu auge no ano de 1986 com a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Segundo Doimo (1995), o Movimento da Reforma Sanitária é o mais bem-sucedido movimento reivindicativo desta área no que se refere à institucionalização de canais legais de controle e participação em políticas públicas.

Antes disso, ainda na década de 1970, foram adotadas medidas políticas e administrativas com o intuito de contornar alguns problemas do governo militar. As mais marcantes foram a criação de um ministério e algumas entidades, como o Ministério da Previdência, o Instituto Nacional de Previdência Social e a Central de Medicamentos. No entanto, o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, significando que ele era um órgão normativo e não um executor de políticas de saúde. Sobre este período, Luz relata que "[...] a centralização e a concentração do poder do Estado deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização sem precedentes na história do país" (1991, p.4).

A Nova República (1985-1989) se caracterizou pela queda da ditadura militar, seguida da transição democrática no país marcada pelo movimento das Diretas Já. Assim, com a nova ordem jurídico-institucional do país, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, trazendo desdobramentos diretos na política de saúde, entre os quais a inclusão de diversas conclusões da Conferência na Constituição Federal. Esses dois momentos, com a elaboração e a aprovação da Constituição Federal de 1988, foram fundamentais para o processo de construção de uma nova política para o setor saúde (MENDES, 1993).

A Constituição de 1988 alterou o sistema público de saúde, criando relações entre as esferas de governo e dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). E é dentro do Capítulo da Seguridade Social da Carta Magna, nos artigos 196, 197, 198 e

200 que está descrito o sistema de saúde. O artigo 196 aponta a saúde como direito de todos e dever do estado, assim garantindo o acesso universal. No artigo 197 são definidas as ações e os serviços de saúde; no artigo 198 constitui-se o Sistema Único de Saúde; no artigo 199 coloca-se a assistência à saúde livre à iniciativa privada e no artigo 200 descrevem-se as competências do Sistema Único de Saúde.

Os Governos Neoliberais (1990-2007) procuraram rever o papel do Estado, propondo reformas administrativas e buscando o Estado mínimo ampliando o espaço para a regulação pelo capital. Apesar da Constituição de 1988 procurar garantir a saúde como um direito de todos, o aumento na demanda decorrente da universalização proposta pelo SUS não houve acompanhamento condizente no investimento público em saúde. Ainda quanto ao financiamento, o governo editou instrumentos normativos (NOB's)³, para regular as transferências dos recursos financeiros, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços e na quantidade de procedimentos realizados, independente da qualidade e da resolutividade (CARVALHO *et al*, 2001). Este período é caracterizado também pelo aumento dos custos da assistência em saúde e pela implementação de programas focalizados e de reorientação do sistema de saúde com o programa da saúde da família (PSF).

A partir da explanação do contexto político no Brasil e sua relação com as políticas públicas de saúde, sinteticamente pode-se verificar que as mesmas estiveram voltadas até a Nova República para os interesses das elites dominantes, através da passagem da simples atenção médica ao direito da saúde, o modelo campanhista, seguido pelo modelo centrado na doença dos Institutos de Previdência, o INPS e o INAMPS. Mas foi o descontentamento da população e a força do Movimento da Reforma Sanitária

³ A NOB será tratada no item 4.1.4.

que levantaram as demandas sociais, que após grandes discussões foram encaminhadas para diversas entidades⁴. Resultantes dessas ações e da conjuntura política podem ser citadas a VIII Conferência Nacional de Saúde⁵, a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde.

3.1.2 Constituição de 1988 e a garantia do Direito à Saúde

As deliberações da VIII Conferência convergiram para o embate da formação da nova constituição. Durante os dois anos de sua elaboração, as discussões foram acompanhadas pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que assessorou os deputados de tal forma que pela primeira vez a Constituição Brasileira tratou de aspectos referentes à saúde de seus cidadãos (DA ROS, 2006). Assim, os artigos prescrevem:

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197: São de relevância públicas ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

⁴ Entre estes fóruns destacam-se os encontros científicos dos estudantes de medicina, o Encontro Nacional dos Estudantes de Medicina (ENEM) e os encontros do Centro Brasileiro de Saúde (DA ROS, 2006).

⁵ VIII Conferência de Saúde teve como um dos organizadores da conferência Sérgio Arouca, conhecido como um dos principais atores envolvido na Reforma Sanitária (BRASIL, 1987).

III - participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recurso do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199: A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. & 1º s instituições privadas podem participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. & 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. & 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. & 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo o tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Mas para que os artigos da Constituição efetivamente entrassem em vigor foram necessárias a criação de Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080 e nº 8.142)⁶, sendo elas aprovadas somente em 1990, e a definição de Normas Operacionais Básicas (NOB) para o funcionamento do SUS.

3.1.3 Prerrogativas do Sistema Único de Saúde

Como mencionado anteriormente, o Sistema Único de Saúde foi criado no bojo do Movimento Sanitário brasileiro, inspirado pelas proposições da Conferência de Alma-Ata (1978)⁷ - que preconizou “Saúde para todos no ano 2000” - e pelas deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde.

A promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, como mencionado anteriormente, objetivaram efetivar a implantação do SUS e sobre elas é oportuno maior detalhamento. A lei nº 8.080/90 regulamenta e organiza o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo como meta para o mesmo promover a equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, oferecendo serviços com qualidade adequada às suas necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. Esta mesma lei descreve as diretrizes e princípios do SUS:

Universalidade - a garantia de atenção à saúde, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde.

Equidade - assegura ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira

Integralidade - é o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser compartimentalizadas;

⁶ As leis Orgânicas da saúde serão tratadas com mais detalhe no item 1.3.

⁷ A Declaração de Alma-Ata, foi resultante da Conferência Internacional de cuidados primários de saúde e na sua declaração expressa que sejam desenvolvidas ações internacionais e nacionais para que os cuidados de saúde sejam aplicados e desenvolvidos em todo mundo (WHO, 1978).

as unidades prestadoras de serviço e configurando um sistema capaz de prestar assistência integral e o homem deverá ser atendido como um ser integral bio-psico-social.

Regionalização e hierarquização - serviços organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população. O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde.

Resolubilidade - quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente e resolve até o nível da sua competência.

Descentralização – é uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal, o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade estadual; e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal.

Participação dos cidadãos - é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e controle, em todos os níveis.

Complementação do setor privado - quando for necessária a contratação de serviços privados, isso deve se dar sob três condições:

- a. celebração do contrato, conforme as normas do direito público;
- b. instituição privada deverá estar de acordo com os princípios e normas do SUS;
- c. integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

No artigo 6º da Lei 8.080/90 está descrita a execução de ações que fazem parte do campo de atuação do Sistema Único de Saúde e este define no seu primeiro item a execução das ações de (a) vigilância sanitária, (b) vigilância epidemiológica, (c) saúde do trabalhador, e (d) assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, bem como formulação das políticas, ordenação de formação de recursos humanos para a saúde, controle, fiscalização e inspeção de produtos e serviços e incremento no desenvolvimento da ciência e tecnologia (BRASIL, 1990a). A Lei nº 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, criando as instâncias colegiadas das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990b).

Desta forma, o SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação (Vigilância Epidemiológica) são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária.

3.1.4 Norma Operacional Básica (NOB) e Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS)

A Norma Operacional Básica foi criada em 1991 para regulamentar o processo de descentralização do SUS, ou seja, regulamentar as Leis Orgânicas da Saúde. Assim, a NOB instituiu as exigências e os requisitos para a transferência de recursos a estados e municípios, definindo as responsabilidades desses entes e promovendo a consolidação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1997)⁸.

na NOB. Este processo ocorreu devido à necessidade de novas estratégias para o avanço da descentralização da gestão da saúde (BRASIL, 2001c).

A organização estrutural dos serviços dos estados e municípios se estabelece por condições de gestão, conforme definidas pela NOAS. Em nível estadual existem duas modalidades de Gestão: a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual. Desde o ano de 2000 o estado de Santa Catarina, assim como todas as demais unidades federativas, está habilitado na Gestão Plena do Sistema Estadual (SANTA CATARINA, 2006). Em nível municipal existe a Gestão Plena do Sistema Municipal e a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

Os requisitos exigidos para habilitação dos estados para a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual são:

. .4. *Gestão Avançada do Sistema Estadual*

- Apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração;
- Dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população;
- Dispor de 30% do valor do limite financeiro programado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.
- Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso Assistencial Básico/PAB relativos aos municípios não habilitados;
- Transferência de recursos referentes às ações de vigilância sanitária;
- Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

. .4. *Gestão Plena do Sistema Estadual*

- Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração;
- Comprovar a operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação dos serviços ambulatoriais e hospitalares;
- Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população;
- Dispor de 50% do valor do Teto Financeiro da Assistência/TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios;
- Comprovar disponibilidade orçamentária e mecanismos de pagamento aos prestadores públicos e privados, bem como de repasse aos fundos municipais de saúde.
- Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas.
- Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do TFA, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados;
- Transferência regular e automática referente às ações realizadas na área de Vigilância Sanitária;
- Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária;
- Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua gestão, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima;
- Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

Conforme a NOAS/2001 os requisitos exigidos para a habilitação dos municípios na Gestão Plena do Sistema Municipal e Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada são:

. .4. *Gestão Plena do Sistema Municipal*

- Comprovar o funcionamento do CMS;
- Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

- Demonstrar desempenho satisfatório nos indicadores constantes do Pacto da Atenção Básica, de acordo com normatização da SPS;
- Demonstrar desempenho satisfatório na gestão da atenção básica.
- Comprovar a oferta com qualidade e em quantidade suficiente, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PABA e daqueles definidos no Anexo 3 desta Norma, bem como de leitos hospitalares para realização, no mínimo, de parto normal e primeiro atendimento nas clínicas médica e pediátrica;
- Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria de Estado da Saúde;
- Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria/SNA;
- Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem como alocação de recursos expressa na programação;
- Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto ao cadastro, à contratação, ao controle, avaliação, à auditoria e ao pagamento dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios;
- Comprovar, por meio da alimentação do SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;
- Dispor de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor, como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades;
- Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.
- Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS;
- Comprovar a organização do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria e de mecanismos de controle e avaliação;
- Comprovar disponibilidade orçamentária suficiente e mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde;
- Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

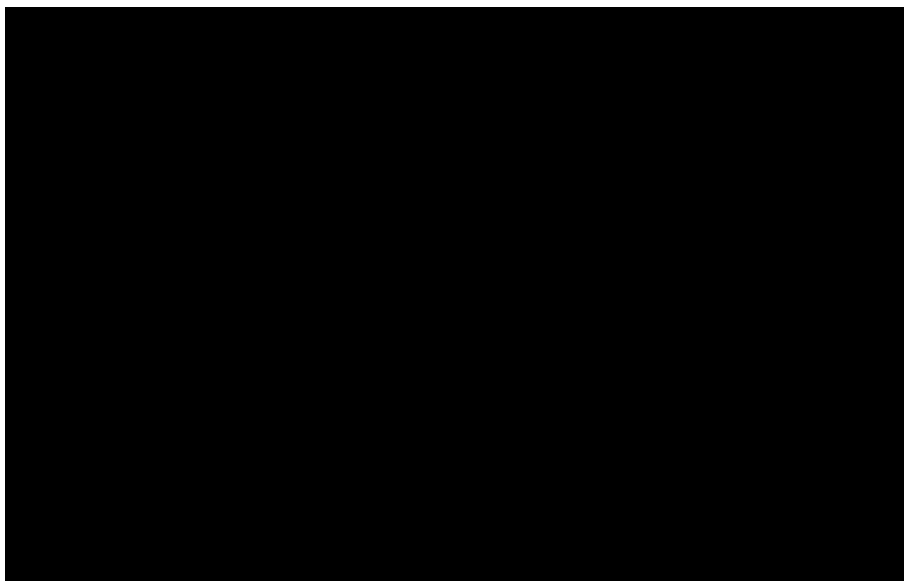
. 4.4 Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

- Comprovar o funcionamento do CMS;
- Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- Apresentar o Plano Municipal de Saúde do período em curso, aprovado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, contendo a

programação física e financeira dos recursos assistenciais destinados ao município;

- Comprovar a disponibilidade de serviços, com qualidade e quantidade suficientes, em seu território, para executar todo o elenco de procedimentos constantes Subitem 6.3 – Item 6 – Capítulo I desta Norma;
- Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle, avaliação e à auditoria dos serviços sob sua gestão;
- Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;
- Dispor de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades;
- Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA;
- Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica;
- Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados;
- Submeter-se à avaliação pela SES em relação à capacidade de oferecer todo o Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado - EPBA e ao estabelecimento do Pacto de AB para o ano 2001 e subsequentes;
- Formalizar, junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

Em relação aos municípios catarinenses, em 2006, dos 293, apenas vinte estavam habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) e duzentos e setenta e três na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB), conforme a Figura 1.



Fonte: Santa Catarina (2002)

(GPSM) Gestão Plena do Sistema Municipal; (GPAB) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

Figura 1 - Distribuição dos municípios catarinenses segundo o tipo de gestão em saúde no ano de 2003.

As regulamentações definidas na NOB/96 e na NOAS/01 são de grande relevância para estados e municípios, pois organizam os serviços de saúde através do financiamento e definem responsabilidades para o funcionamento, aprimoramento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001c). No caso das solicitações de medicamentos através de ações judiciais, servem como aporte para o judiciário atribuir a responsabilidade segundo a normatização do SUS.

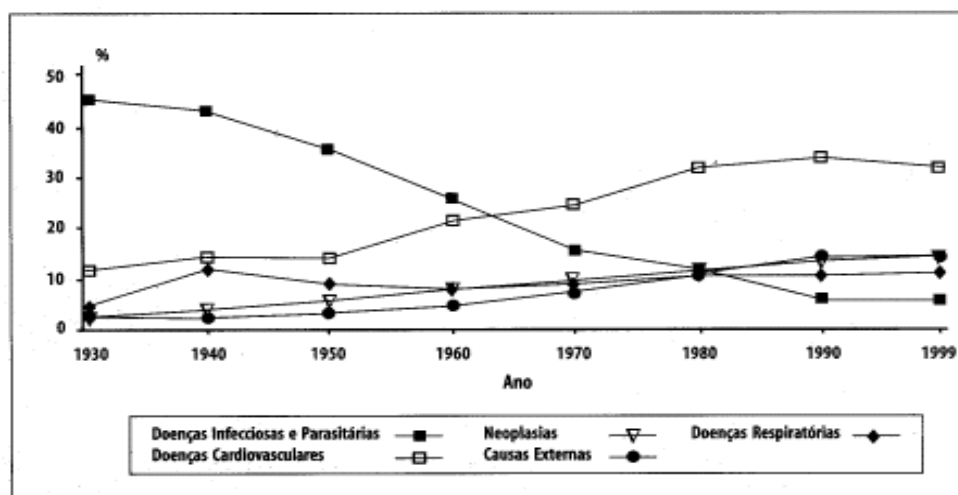
3.2 DOENÇAS, IMPACTO SÓCIOECONÔMICO E ACESSO A MEDICAMENTOS

3.2.1 Doenças e o impacto socioeconômico

No Brasil, a queda de mortalidade geral observada a partir da década de 1940 e a queda nas taxas de fecundidade a partir de 1960, dentre outros fatores, impactaram na

estrutura etária da sociedade, havendo aumento da expectativa de vida e no envelhecimento da população (OPAS, 2002).

Observando-se a transição epidemiológica no Brasil a partir dos anos de 1930 até o início do século XXI (figura 2), constata-se que houve redução na mortalidade proporcional por doenças infecto-parasitárias no decorrer das décadas, ocorrendo o inverso com as doenças crônico-degenerativas. No ano de 2002, dentre as mortes por doenças no Brasil, aquelas originárias no aparelho circulatório encontraram-se entre as principais causas de morte, seguidas das neoplasias, das doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e das afecções perinatais (OPAS, 2002).



Fonte: OPAS (2002)

Figura 2 - Mortalidade proporcional segundo grupos de causas selecionadas. Capitais brasileiras, 1930 a 1999.

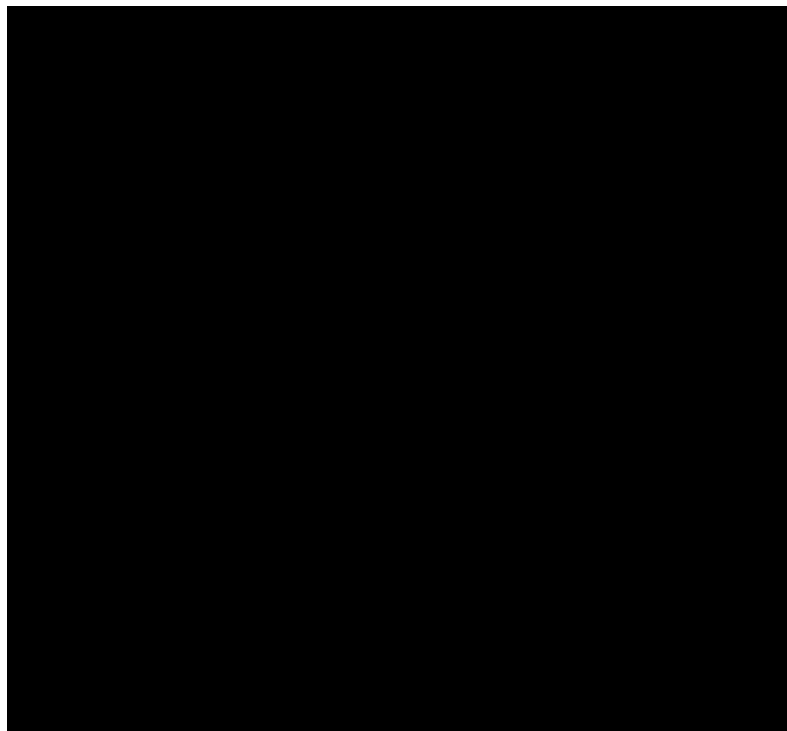
Em relação aos dados de morbidade hospitalar, utilizados usualmente para identificar as necessidades e as demandas dos serviços de saúde, encontramos que a proporção de internações hospitalares referentes aos anos de 1996 a 2000 indicam que, exceto gravidez, parto e puerpério, a primeira causa de internações são as doenças do

aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho geniturinário, causas externas, transtornos mentais e neoplasias (OPAS, 2002).

Constata-se portanto, que ao longo do século XX o Brasil passou por transformações de ordem populacional e no padrão de morbi-mortalidade. Tal fenômeno guarda associação com a diminuição da taxa de natalidade, redução da velocidade do crescimento populacional, urbanização, melhoria nas condições sanitárias, inovações tecnológicas, diminuição da mortalidade geral, aumento da expectativa de vida e a modificação na composição da mortalidade por grupos de causa⁹. Mas é importante ressaltar que a alteração no perfil epidemiológico e demográfico tem ocorrido de maneira heterogênea entre os diferentes estratos sociais e as diferentes regiões brasileiras. Conforme apontam Carmo *et al.* (2003), a transição epidemiológica tem ocorrido no Brasil de maneira heterogênea, sendo prova desse fenômeno a não redução da morbi-mortalidade por doenças infecciosas, parasitárias, perinatais e nutricionais em regiões brasileiras, e inclusive no país como um todo, conforme os padrões observados nos países desenvolvidos, perdurando principalmente nas regiões norte e nordeste.

Esse novo perfil demográfico da população brasileira, indicado nas pirâmides etárias brasileiras de 1940, 1970 e 2000 (Figura 3), está associado às alterações no estilo de vida, nos determinantes socioeconômicos e ambientais. Como já observamos anteriormente, esta alteração demográfica se deu concomitante à configuração de um perfil epidemiológico distinto do observado até então, com aumento proporcional das doenças crônicas e declínio das infecciosas e parasitárias. No que se refere à expectativa de vida, a

alargado e uma base estreita, indicando menor crescimento vegetativo, com redução da natalidade, e aumento da expectativa de vida (IBGE, 2007).



Fonte: IBGE (2007)

Figura 3 – Pirâmides etárias brasileiras, 1980, 1991 e 2000.

Cabe destacar que as mudanças populacionais decorrentes das transições demográfica e epidemiológica trouxeram novas e desafiadoras demandas que se impõem aos sistemas de saúde, exigindo estratégias para a melhoria e a manutenção da vida (OPAS, 2002). Existe outro aspecto central, e também preocupante, a ser considerado nas discussões sobre políticas de saúde. Trata-se do fator econômico de investimento público em saúde, que certamente impacta na prestação de serviços na área, sejam eles assistenciais ou de promoção de saúde, coletivos ou individuais (ZUCCHI et al, 2000). O gasto do Brasil em saúde em 2003 correspondeu a 7,6 % do PIB nacional (tabela 1). Muito

embora esse valor esteja acima da média latino-americana, constata-se que em comparação com os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Humano (OECD), o Brasil possui um investimento menor em saúde (WHO, 2006).

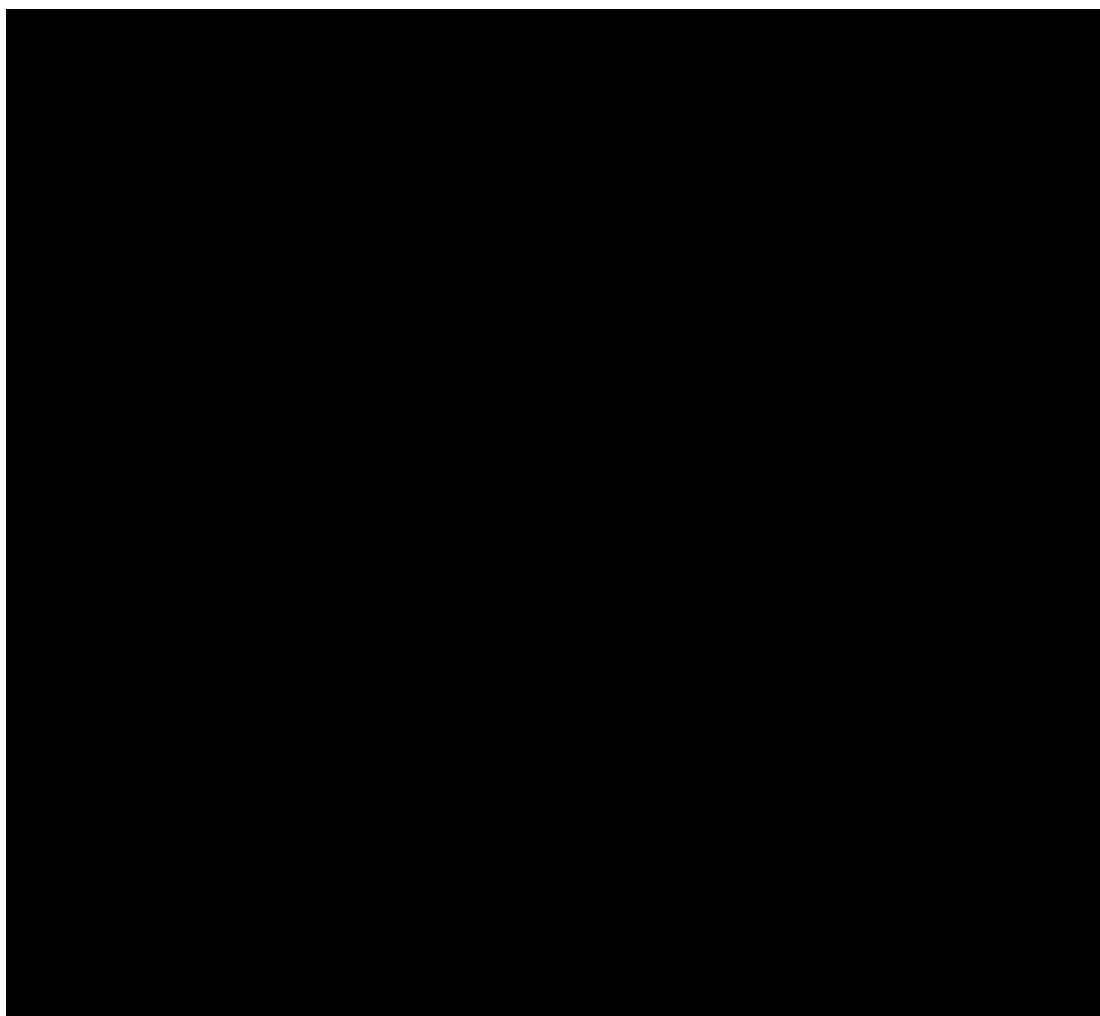
Tabela 1 - Indicadores de investimento em saúde em dólares, 2003.

| Países | % do Produto Interno Bruto investido em saúde pelo governo | % de investimento público dentre o volume total de gasto em saúde no país | Valor investido em saúde pelo setor público <i>per capita</i> |
|-------------------|--|---|---|
| Brasil | 7,6 | 45,3 | 597 |
| Argentina | 8,9 | 48,6 | 1.067 |
| Chile | 6,1 | 48,8 | 707 |
| Colômbia | 7,6 | 84,1 | 522 |
| México | 6,2 | 46,4 | 582 |
| Venezuela | 4,5 | 44,3 | 231 |
| Média AL | 6,7 | 54,4 | 622 |
| Alemanha | 11,1 | 78,2 | 3.001 |
| Canadá | 9,9 | 69,9 | 2.989 |
| Holanda | 9,8 | 62,4 | 2.987 |
| Reino Unido | 8 | 85,7 | 2.389 |
| Estados Unidos | 15,2 | 44,6 | 5.711 |
| Média OECD | 10,8 | 68,2 | 3.415 |

AL: América Latina; OCDE: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
 Fonte: WHO (2006)

Em relação aos gastos da população em saúde constata-se que o comprometimento da renda familiar com saúde aumenta percentualmente na medida em que diminui a renda familiar (SILVEIRA et al. 2002, ANDRADE et al., 2006). Além disso, significativa parte dos gastos em saúde referem-se aos medicamentos, correspondendo a uma média de 5,41% da renda das famílias com renda menor que R\$400,00 (Figura 4). Analisando-se as famílias de menor rendimento segundo as regiões brasileiras, o IBGE verificou que as residentes no centro-oeste tiveram o maior percentual de renda comprometida com gastos em medicamentos (7,76%), seguidas pelas do sudeste (6,74%), sul (5,95%), norte (5,20%) e nordeste (4,29%). Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IBGE, 2004), tal comprometimento de renda, associado à não previsão desse gasto devido à falta de provisão pelo Sistema Único de Saúde, pode levar as

famílias a riscos de saúde ainda maiores, como por exemplo reduzir a compra de alimentos e torná-las mais susceptíveis a problemas de saúde, ou, pela ordem econômica, tornar as famílias mais pobres ou até mesmo indigentes. Na região sul do país o gasto com assistência em saúde diminui conforme aumenta o rendimento familiar, seguindo a mesma regra com os gastos com medicamentos e outros gastos com saúde. No que se refere aos planos de saúde, entretanto, as classes de rendimento de R\$ 400,00 até R\$ 3.000,00 apresentam maior investimento em planos de seguro de saúde, enquanto que a classe de rendimento superior a R\$ 6.000,00 investe proporcionalmente menos em planos de seguro de saúde do que classe de renda anterior, mas segue o padrão de investimento supracitado, ou seja, tem como maior comprometimento os planos de seguro de saúde conforme aumenta a renda. Este diferencial no comprometimento na renda familiar demonstra a existência de desigualdade social entre a população brasileira. Os fatores sociais e econômicos possuem uma relação determinante na saúde da população, estando desta forma a população menos abastada exposta a mais riscos (BLACK et al., 1982; BARATA et al., 1997).



Fonte: IBGE (2004).

Figura 4 - Proporção da renda familiar utilizada com saúde, por classes seleccionadas de rendimento familiar, segundo região e tipo de despesa. Brasil, 2002-2003.

O Brasil apresenta, ainda, severa iniquidade¹⁰ na distribuição de riqueza, vivendo grande parte da população em condição de pobreza e sem acesso a condições mínimas de saúde, conforme relatam Bus e Pellegrini Filho (2006):

“Além da renda dos 20% mais ricos ser 26 vezes maior que a renda dos 20% mais pobres, 24% da população economicamente ativa possui rendimentos menores que 2 dólares por dia. O tema da pobreza também

¹⁰ WHITEHEAD (1992) pontua que *inequality* (iniquidade) em saúde é usado para indicar diferenças sistemáticas evitáveis. Tratam-se de ações e programas que evitam tratamento desiguais através da disponibilização de recursos humanos e tecnologia.

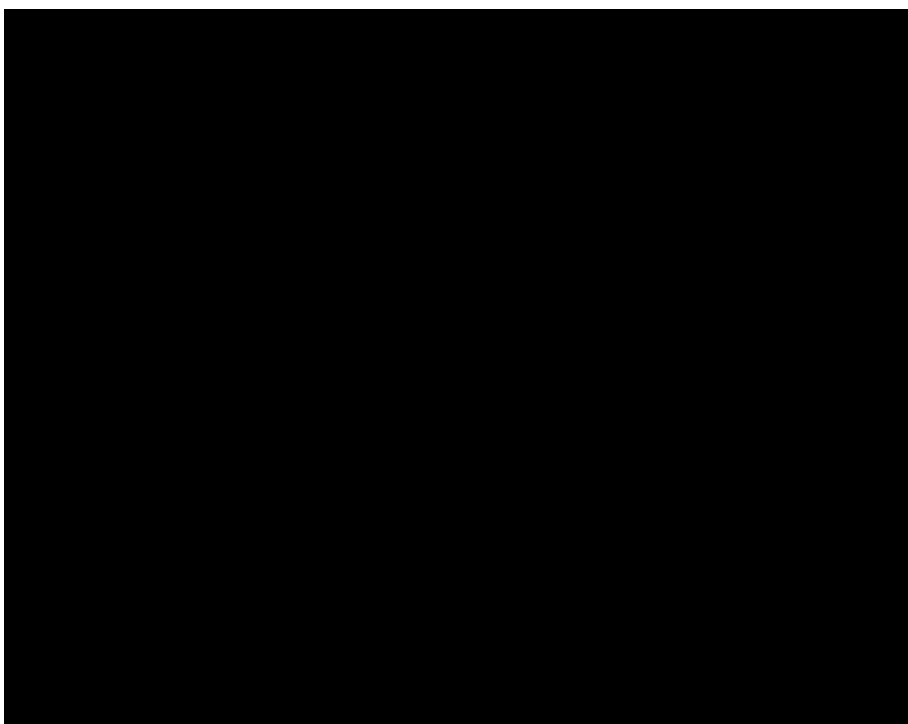
vem chamando a atenção de muitos autores, o que vem gerando uma mudança na maneira como a entendemos e nas formas para combatê-la. Para esses autores, a pobreza não é somente a falta de acesso a bens materiais, mas é também a falta de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas. Pobreza é também a falta de voz frente às instituições do Estado e da sociedade e uma grande vulnerabilidade frente a imprevistos. Nessa situação, a capacidade dos pobres de atuar em favor de sua saúde e da coletividade está bastante diminuída” (BUS E PELLEGRINI, 2006, p.4).

3.2.2 Acesso aos medicamentos

O acesso ao medicamento é definido como o recebimento por parte do usuário de medicamentos específico para a sua patologia na dose e período apropriado com menor custo para ele e para a sua comunidade (MARIN, 2003)¹¹. Bermudez *et al.* (2004), apresentaram definição complementar, onde expõem que o acesso ao medicamento é a ligação entre a necessidade, a oferta dos medicamentos e o espaço com informação adequada para o uso dos medicamentos pelo usuário e com garantia de qualidade do produto utilizado. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de um terço da população mundial não tem acesso regular aos medicamentos (WHO, 2001). Tal fenômeno não difere significativamente da realidade brasileira, conforme aponta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003): “[...] as camadas de maior poder aquisitivo apresentam padrões de consumo similares aos dos países desenvolvidos, enquanto as mais pobres possuem dificuldade de acesso mesmo aos medicamentos básicos” (BRASIL, 2003, p.6).

¹¹ Segundo OMS não existe uma definição operacional acabada de acesso a medicamentos e nem um modelo de avaliação acabado. O termo mais utilizado é o *acesso*. Mas alguns autores utilizam outros termos como: Frenk (1992) *apud* Bermudez *ei al.*, 2004, que emprega *acessibilidade* e Penchansky & Thomas (1981) *apud* Bermudez *et al.*, 2004, sugerem uma proposta taxonômica: uma das cinco dimensões do acesso.

Considerando que os medicamentos possuem papel fundamental na redução das taxas de mortalidade e morbidade da população, é importante que a mesma tenha acesso não só ao medicamento, mas a uma rede de assistência de serviços de saúde, inclusive farmacêutica. Seguindo esta abordagem, o modelo teórico do acesso a medicamentos leva em consideração a disponibilidade, a capacidade aquisitiva, a acessibilidade geográfica e a aceitabilidade, resultando no uso racional e na satisfação dos usuários (figura 5).



Fonte: OMS adaptada por Bermudez *et al.* (2004, p. 52).

Figura 5- Modelo teórico do acesso aos medicamentos

As diferenças na disponibilidade de medicamentos entre os países estão relacionadas a questões políticas referentes aos medicamentos essenciais e aos medicamentos que possuem sua dispensação em caráter excepcional, assim como às suas situações sócio-econômicas. Em pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde

com 104 países em desenvolvimento, constatou que em 24 deles menos de 30% da população tinha acesso regular aos medicamentos essenciais; em 33 países o acesso oscilou entre 30% e 60% da população e em 47 países mais de 60% da população tinha acesso regular aos medicamentos (WHO, 1988). Observa-se, portanto, que a necessidade da maioria da população em relação aos medicamentos ainda não é atendida de forma satisfatória.

No sentido de ampliar o acesso aos medicamentos, na 28ª Assembléia Mundial de Saúde em 1975, deliberou-se sobre uma política de medicamentos que relacionava a pesquisa de fármacos, produtos e distribuição com as necessidades da saúde. No ano seguinte ocorreu o 1º Encontro da OMS sobre Política de Medicamentos, que teve como produto a primeira Lista Modelo de Medicamentos, publicada em 1977 (OPAS, 2006).

Em 1981 a OMS implantou o Programa de Ação de Medicamentos Essenciais e através dele colaborou com os países na formulação de políticas e programas para assegurar a disponibilidade de medicamentos essenciais (FEFER, 1993). Em 1985, na Conferência Mundial sobre Uso Racional de Medicamentos em Nairobi, definiu-se o conceito do Uso Racional de Medicamentos e subsidiou-se a elaboração de uma estratégia para a promoção do acesso aos medicamentos. Assim, com o conceito claro e padronizações bem definidas, foi adotada em 1986, pela 39ª Assembléia Mundial da Saúde, a publicação e a atualização dos critérios éticos para a promoção do acesso aos medicamentos (OPAS, 2006).

Outro marco para o acesso aos medicamentos foi a Conferência Latino-americana sobre Aspectos Econômicos e Financeiros dos Medicamentos Essenciais, realizada na Venezuela em março de 1992. Durante o evento foi reiterada a política de medicamentos essenciais como um dos componentes básicos da política de saúde, ao

mesmo tempo em que se atribuiu maior importância aos mecanismos de mercado. O ponto central da estratégia de uma política de medicamentos essenciais é a adoção de programas de medicamentos genéricos, entendendo assim a comercialização de produtos rotulados exclusivamente de acordo com a Denominação Comum Internacional (DCI), com vistas a facilitar a comunicação entre todos os países, e com características de intercambialidade com os produtos de marca (OMS, 1992). A análise procedida durante a referida conferência foi de que a adoção de programas de medicamentos genéricos nos países da América Latina viria a otimizar o mercado, rompendo com a exclusividade das marcas comerciais, oferecendo alternativas à população, reduzindo os preços e racionalizando os gastos dos sistemas públicos de compra e abastecimento. Em 1997 realizou-se a 1ª Conferência Internacional para a Melhoria do Uso dos Medicamentos, com intuito de ampliar o acesso aos medicamentos.

Na estratégia da OMS para 2000-2003 (WHO, 2001), estabeleceu-se que fossem reforçados os programas farmacêuticos nacionais, fomentando o uso seguro, eficaz e racional dos medicamentos e o acesso das populações aos ditos essenciais. A estratégia da OMS do período 2004-2007 (WHO, 2004), instituiu a promoção do uso racional de medicamentos tendo como objetivo principal, com metas específicas para a definição, difusão e promoção de informações sobre medicamentos independentes e confiáveis e o fomento da publicidade ética e responsável de medicamentos dirigida para profissionais de saúde e consumidores. Nos seus documentos mais recentes, a questão dos medicamentos genéricos vem sendo cada vez mais enfatizada no sentido de representar uma alternativa para assegurar a disponibilidade de medicamentos a preços mais baixos.

Além das questões de padronizações e apoio internacional, outra discussão importante no campo do acesso foi o acordo *Trade-Related Aspects of Intellectual*

Property Rights (TRIPS), que estabeleceu padrões mínimos de propriedade intelectual. No campo dos medicamentos, definiu proteção patentária de 20 anos aos medicamentos inovadores. Esta exigência traz como consequência a elevação dos preços dos medicamentos, decorrente da falta de competitividade com outros produtos e inclusive o produto genérico, a fragilização da indústria local e a dependência tecnológica, diminuindo em muito o acesso da população a este insumo, que é tratado como qualquer outra mercadoria (BERMUDEZ, 2004).

No Brasil, cita-se como marco importante sobre o acesso aos medicamentos o Decreto 53.612, de 26 de fevereiro de 1964, que estabeleceu a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias de Uso Farmacêutico Humano e Veterinário (BRASIL, 1964). Essa lista foi desenvolvida antes da recomendação da Organização Mundial da Saúde, que aconteceu em 1977 e foi atualizada algumas vezes até a criação mais recente da política nacional de medicamentos (BERMUDEZ, *et al.*, 1995). Com o objetivo de promover a definição, gestão e execução da política nacional de medicamentos, em 1971, pelo Decreto 68.806, foi criada no Brasil a Central de Medicamentos (CEME) que visava organizar a assistência farmacêutica através das suas funções de regulação, produção e distribuição dos medicamentos produzidos nos laboratórios farmacêuticos vinculados ao Ministério da Saúde. No ano seguinte, a CEME distribuiu o primeiro Memento Terapêutico, livro terapêutico destinado aos profissionais de saúde com informações técnico-científicas para o uso racional de medicamentos. Em 1973 foi criado o plano diretor que estabeleceu formalmente a Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), e, em 1975, pela portaria 233, ela foi instituída como ferramenta para Política Nacional de Medicamentos. Segundo Pepe e Veras (1995), o fornecimento dos medicamentos por parte do governo para as unidades de saúde pode ser classificado como deficiente, mas ainda

assim a RENAME “simboliza um esforço na direção de uma assistência farmacêutica mais eficaz e de melhor qualidade”. (PEPE e VERAS, 1995, p. 19).

No ano de 1987 a CEME lançou o programa Farmácia Básica, que possuía uma seleção de 40 itens de medicamentos, constantes na RENAME, destinados ao uso ambulatorial, distribuídos para os municípios em quantidades relacionadas ao número de habitantes dos mesmos. Em 1989 foi criada a Rede Internacional para o Uso Racional de Medicamentos e no ano de 1990, com a institucionalização do SUS, se fez necessário formular uma política de medicamentos consoante com a nova estrutura dos serviços de saúde do país. Conforme definido na Constituição, o SUS é responsável em definir e formular as políticas de saúde segundo suas diretrizes e princípios, tornando, assim, necessário uma estrutura de assistência farmacêutica e a criação da política nacional de medicamentos para nortear as ações referentes à questão farmacêutica no país.

No final do ano de 1992, uma crise no setor de medicamentos no Brasil agravou-se devido ao aumento dos seus preços ocorridos em decorrência do fim do controle do valor de venda por parte do governo (BERMUDEZ, 1994). Estudos realizados durante o período de abril de 1992 a abril de 1993 mostraram que, frente a uma inflação estimada em 1.608%, os preços de alguns medicamentos aumentaram em 2.600% na tentativa de recuperar a margem de lucro perdida durante o período no qual houvera o controle governamental. Tal evento dificultou ainda mais o acesso da população aos medicamentos (Bermudez e Possas, 1995). Como avaliou Bermudez (1994, p. 370) :

“Em que pese as diversas iniciativas de implementação de ações concretas na política de medicamentos no Brasil, os indicadores econômicos revelam o pouco investimento que está sendo realizado em saúde e em pesquisa e desenvolvimento, podendo agravar o quadro concentrador. [...]O percentual de gastos públicos com saúde na maioria desses países oscila em torno de 1 a 2% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto que nos países industrializados esse percentual é muito maior. Os dados do Banco Mundial (1993) mostram que em 1990, o Brasil investiu 4,2% do PIB em saúde, enquanto que os Estados Unidos

investiram 12,7%. Da mesma maneira, os dispêndios com pesquisa e desenvolvimento em vários países mostram uma relação direta entre esses gastos e a capacidade de inovação tecnológica. Segundo Martinez & Gonçalves (1990), enquanto os Estados Unidos investem 2,94% do seu PIB em pesquisa e desenvolvimento, este investimento no Brasil se situa em apenas 0,4%” (BERMUDEZ, 1994, p.370).

Até 1996 a CEME continuou a exercer suas atividades, quando, após alguns problemas organizacionais, foi extinta. Pouco depois, com o objetivo de garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos com menor custo, bem como promover o uso racional dos medicamentos, foi instituída pela Portaria 3916 em 1998, a Política Nacional de Medicamentos.

Outros marcos importantes no setor foram a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Lei 9.782/99, e a Normatização dos Genéricos, através da Lei 9.787. A partir desse momento, a ANVISA assumiu o papel de fiscalização, controle e regulação dos produtos e serviços que envolvem risco à saúde pública, contribuindo para fortalecer a Política Nacional de Medicamentos. Quanto à Lei dos Genéricos¹², pode-se afirmar que contribuiu para que a população tivesse maior acesso aos medicamentos através das prescrições pelo nome da substância ativa do medicamento e menor custo dos produtos devido à concorrência, contribuindo também para o maior acesso e o uso racional dos medicamentos (BERMUDEZ, *et al.*, 2004). É importante lembrar que a instituição do medicamento genérico foi realizada em 1993, pelo Decreto 793, mas pelo contexto político não favorável daquela época o Decreto não foi implantado integralmente. Assim a Lei 9.787 foi instituída e o Decreto 793 revogado. A Política dos

¹² A Lei dos medicamentos Genéricos introduzida no Brasil a partir de 1999, criou o medicamento genérico e dispôs sobre a utilização do nome genérico nos produtos farmacêuticos. Segundo a Anvisa os medicamentos genéricos são em torno de 40% mais baratos que os medicamentos de referência, o que gerou uma expansão do mercado e uma evolução na produção que passou de 2,7 milhões em 2000, para 200 milhões em 2007. Mas é importante lembrar que a redução dos preços e a expansão do consumo podem ter pouco impacto na melhoria das condições de saúde se houver ausência de critérios de avaliação.

Medicamentos Genéricos representa tendência que se observa tanto em países desenvolvidos quanto é indicada pela OMS aos países em desenvolvimento. Acreditamos que, para o mercado brasileiro, os medicamentos genéricos também representam uma alternativa concreta, desde que conceitos e procedimentos sejam definidos e implementados pelos diferentes atores envolvidos no processo.

No ano de 2000, a ANVISA aprovou a resolução da diretoria colegiada (RDC) 102, que regulamentou propagandas, mensagens publicitárias e promocionais e outras práticas cujo objeto seja a divulgação, promoção ou comercialização de medicamentos de produção nacional ou importados. Tal regulamentação vale a quaisquer que sejam as formas e meios de veiculação da propaganda, incluindo as transmitidas no decorrer da programação normal das emissoras de rádio e televisão. Esta RDC foi importante para a promoção do uso racional de medicamentos, pois proibiu a veiculação de propagandas de medicamentos que exigem prescrição médica, além da necessidade de alertar sobre os efeitos adversos dos produtos que possuem a venda liberada (ANVISA, 2000).

A influência da automedicação ainda é muito grande, sobretudo em virtude de propagandas e outros artifícios de venda que não informam riscos aos usuários e sim prometem a resolução de todos os problemas através de uma cápsula (LEFEVRE, 1991).

3.3 APORTES TEÓRICOS

3.3.1 Saúde e definições

Ao trabalharmos o conceito de saúde temos que lembrar das concepções do processo saúde e doença, pois a saúde está ligada intrinsecamente a este processo. Estas concepções variaram no decorrer dos séculos e passaram desde o pensamento mágico,

religioso, sobrenatural, teoria miasmática e unicausal até a multicausalidade e as concepções sociais. Lembramos que estas concepções estavam ligadas ao contexto econômico-político para regular a ordem estabelecida, ou seja, a teoria social de medicina que apareceu inicialmente entre os revolucionários de movimentos políticos do final do século XVIII e início do século XIX, pois a teoria miasmática era hegemônica. Com as descobertas bacteriológicas, as concepções sociais ficaram em um segundo plano ao longo parte do século XX. Assim, somente com a insuficiência da formulação unicausal nas explicações do fenômenos de saúde e doença nas décadas iniciais do século XX é que as concepções multicausais retornaram à pauta sanitária e epidemiológica com maior vigor (GUTIERREZ & OBERDIEK 2001).

O conceito de saúde faz parte de um dos pontos cegos paradigmáticos da ciência epidemiológica (Almeida, 2000). O conceito definido por Helman (1994, p.105) diz que a saúde é variante entre a população: “as definições de saúde e doença variam entre indivíduos, grupos culturais e classes sociais; na maioria dos casos a saúde significa mais do que apenas a ausência de sintomas desagradáveis”. De maneira convergente, o conceito de saúde definido pela WHO em 1947 (1947, p. 1) declarou que “saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”. No Brasil, este entendimento de saúde foi ampliado pela VIII Conferência Nacional de Saúde como sendo “resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviço de saúde” e normatizado pela Constituição através dos artigos 196 e 198 (BRASIL, 1987).

Além do conceito ampliado de saúde, a VIII Conferência propôs o conceito

dignas de vida e de acesso universal e igualitário a serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando o desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (1990, p. 4)”.

Laurell (1997) reforça o sentido ampliado da definição de saúde ao indicar que ela:

[...] é necessidade humana essencial, porque sem saúde não há possibilidade de desenvolver capacidades e potencialidades produtivas e sociais; sem saúde, não é possível participar plenamente da vida social como integrante da coletividade e como indivíduo, sem saúde, não há liberdade nem cidadania plena [...]. (LAURELL, 1997, p. 86).

Em relação aos conceitos de saúde e os artigos da Constituição, Dallari (1995) aponta que a interpretação jurídica do conceito de saúde na Constituição deve considerar a garantia do direito à saúde em condições de igualdade e seguindo as exigências organizacionais do SUS. Em um país como o Brasil onde as desigualdades sociais e econômicas são abruptas, o direito social, conjuntamente com os textos constitucionais, nos remete a sensação que os direitos são muitos e o acesso facilitado, parecendo que vivemos na Europa Nórdica, mas os direitos previstos na Constituição ficam inviabilizadas por falta de recursos econômicos (DEMO, 1995).

Além do conhecimento a respeito da Constituição e do significado de saúde, os atores envolvidos na tomada de decisão da gestão dos serviços de saúde da população, ou seja, o executivo, o legislativo e agora o Judiciário devem conhecer alguns termos técnicos utilizados na área, além dos programas governamentais vigentes, para pautar seus pareceres, as suas decisões.

No campo da saúde temos definições importantes que são determinadas pela Lei n ° 5.991, que dispõe sobre o comércio sanitário de drogas, de medicamentos, insumos

farmacêuticos e correlatos, além de outras providências. São adotados os seguintes termos técnicos e entendimentos(BRASIL, 1973):

Droga: substância ou matéria-prima que tenha finalidade medicamentosa sanitária.

Medicamento: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

Medicamento de Referência/Inovador¹³: produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no país, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro.

Medicamento Genérico: medicamento similar a um produto de referência inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na ausência pela DCI.

Produto Farmacêutico Intercambiável: equivalente terapêutico de um medicamento de referência, comprovados, essencialmente, os mesmos efeitos de eficácia e segurança.

Insumo Farmacêutico: é a droga ou matéria-prima aditiva ou complementar de qualquer natureza, destinada a emprego em medicamentos, quando for o caso, e seus recipientes.

Correlato: é a substância, produto, aparelho ou acessórios, cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou a fins de diagnóstico e analíticos.

Denominação Comum Brasileira (DCB): denominação do fármaco ou do princípio farmacologicamente ativo aprovado pelo órgão federal responsável e pela vigilância sanitária.

Denominação Comum Internacional (DCI): denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Registro do Produto: Ato privativo do órgão competente do Ministério da Saúde destinado a comprovar o direito de fabricação de produto submetido ao regime da Lei no. 6.360, de 23 de setembro de 1976.

Nome: designação do produto, para distingui-lo de outros, ainda que do mesmo fabricante ou da mesma espécie, qualidade ou natureza.

Marca: elemento que identifica uma série de produtos de um mesmo fabricante ou que destinga dos produtos de outros fabricantes, segundo legislação de propriedade industrial.

Estes termos são importantes para análise, por exemplo, das ações judiciais que solicitam um medicamento X e que o define pelo nome comercial, ou seja, exige uma

¹³ O termo “Inovador” foi inserido pela autora para explicação do termo técnico que pode ser conhecido como medicamento de referência e/ou medicamento inovador.

marca específica, não possibilitando a substituição por um medicamento genérico. Esta substituição seria possível se na solicitação fosse apresentada a Denominação Comum Brasileira. Vale destacar também que as solicitações por marcas específicas também são muito questionáveis por poderem acobertar pressões da indústria farmacêutica (WANAZA, 2000).

Além das definições citadas na Lei 5.991 existem outros conceitos e termos empregados na literatura sobre o tema e, como serão debatidos ao longo do presente trabalho, devem ser explicados. O primeiro refere-se aos medicamentos essenciais, entendidos como medicamentos que satisfazem às necessidades básicas para a saúde da população e estão contidos na Relação Nacional de Medicamentos e fornecidos para a população através das unidades de atendimentos do SUS, fazendo parte dessa relação medicamentos como analgésicos, antibióticos, antiinflamatórios, aqueles usados para distúrbios mentais, entre outros (BRASIL, 2003). O segundo conceito refere-se aos medicamentos excepcionais, que são destinados às doenças que acometem um número restrito de pessoas, ou seja, que têm baixa prevalência, e são fornecidos através do programa de medicamentos excepcionais, fazendo parte deste programa medicamentos utilizados em transplantados, com hepatite viral crônica, com doenças genéticas, entre outras (BRASIL, 2003).

Por ser necessário à assistência em saúde, o medicamento faz parte da atenção integral à saúde, sendo um direito social legalmente instituído ao cidadão, assim como podem ser citadas as garantias previdenciárias, os direitos trabalhistas, as oportunidades de trabalho e de acesso à moradia, ao lazer e à educação. Quanto aos direitos sociais, Kuntz (1995) aponta que eles:

“[...] embora rotulados de “sociais”, são meramente econômicos. Seu caráter “social” é definível, sobretudo, por contraste com o significado

individual de outros direitos consagrados mais cedo, como o de propriedade, tanto de bens externos quanto da própria força de trabalho o de proteção pública, o de julgamento segundo normas processuais eqüitativas e o de participação na vida política” (KUNTZ, 1995, p.1-2).

Os direitos sociais invocam uma demanda de recursos do poder político que gera pressões ideológicas e envolve escolhas políticas para tentar alcançar o ideal de uma sociedade justa, solidária e livre, conforme o objetivo da Constituição. Vianna *et al.* (1999) coloca que dentro da arena onde o mercado é determinante da vida social e as condições econômicas e sociais da população são precárias é inevitável que exista uma linha de tensão entre o executivo, o legislativo de um lado e o judiciário do outro.

Ainda em relação aos direitos sociais, Bobbio (1992) faz uma crítica aos direitos sociais quando tratados como normas constitucionais programáticas:

“Na constituição italiana, as normas que se referem aos direitos sociais foram chamadas de programáticas. Será que já nos perguntamos alguma vez que gênero de normas são essas que não ordenam, proíbem ou permitem *hit et nun*., mas ordenam, proíbem e permitem num futuro indefinido e sem um prazo de carência claramente delimitado? E, sobretudo, já nos perguntamos alguma vez que gênero de direitos são esses que tais normas definem? Um direito cujo reconhecimento e cuja efetiva proteção são adiadas *sine die*, além de confiados à vontade de sujeitos cuja obrigação de executar ‘o programa’ é apenas uma obrigação moral ou, no máximo política, pode ainda ser chamado de direito?”(BOBBIO,1992, p.77-78)

Esta questão dos direitos sociais foi identificada e relacionada com os direitos humanos, ou seja, eles devem estar em consonância. Os direitos humanos foram abordados na I Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo primeiro¹⁴ que definiu que “[...] todos os homens nascem livres e iguais em dignidade de direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”. (ONU, 1948).

Rawls (2001) pontuou com clareza a discussão dos direitos humanos:

¹⁴ONU. Declaração Universal dos direitos humanos. Paris, 10 de dezembro de 1948.

“[...] os direitos humanos são distintos dos direitos constitucionais ou dos direitos da cidadania democrática liberal, ou de outros direitos que são próprios de certos tipos de instituições políticas individuais e associativas. Eles estabelecem um padrão necessário, mas não suficiente, para a decência das instituições políticas e sociais” (RAWLS, 2001, p.104).

Para a garantia dos direitos fundamentais, os mandados judiciais são um importante instrumento. Conforme Barroso (2003, p.198), “o mandado judicial é uma ação civil que tende à emissão de uma sentença, e a possibilidade de concessão de medida liminar é um dos atributos essenciais no mandado”. Silva (2001) definiu o mandado judicial como sendo: “o ato escrito emanado de autoridade pública, judicial e administrativa em virtude do qual deve ser cumprida a diligência ou a medida que ali se ordena ou determina” (SILVA, 2001, p.510). Há ainda, conforme a Constituição, o mandado de segurança coletivo, que pode ser impetrado por partidos políticos, organizações sindicais, entidades de classe ou associações de defesa dos interesses de seus membros (BARROSO, 1999).

Para Azevedo (1998) “a finalidade da lei não é imobilizar a vida, cristalizando-a, mas permanecer em contato com ela, segui-la em sua evolução e a ela adaptar-se”. Assim, o autor ressalta o papel social do juiz, resultando em uma interpretação da lei de acordo com as necessidades sociais do cidadão, objetivando a equidade e justiça social (AZEVEDO, 1998, p.150).

Para a condução da aplicação da lei e dos mandados, instrumento de efetivação dos direitos, há participação do juiz com a função de interpretação das necessidades e da definição do ato jurídico, referenciado pela coerência, neutralidade e imparcialidade. Mas os juízes emitem seus julgamentos a partir do contexto social e dos valores que norteiam uma determinada sociedade. Assim, entendemos que os processos nos quais há

reivindicação de fornecimento de medicamentos pelos órgãos públicos, por certo, estarão refletindo aspectos relativos aos valores da nossa sociedade.

3.3.2 Medicalização

Apesar de várias críticas ao modelo biomédico centrado na doença, enfatizando a tecnologia e cada vez mais “novas” tecnologias, especializações, subespecializações e utilizando a terapêutica para a resolução do problema através de uma pílula, não levando em conta a dinâmica social e ultrapassando a capacidade real do medicamento, sua hegemonia ainda persiste (LEFEVRE, 1991, TESSER, 1999). Concepções oriundas desse modo de pensar e praticar saúde a faz migrar para o campo econômico, transformando tudo em produção e consumo, ou seja, em uma mera mercadoria ao alcance de quem puder pagar.

Este processo de dependência da sociedade em relação às tecnologias em saúde, onde há oferta, consumo e busca por soluções médicas para todo e qualquer tipo de problema - problemas esses que muitas vezes são gerados e definidos pelo Complexo Médico Industrial¹⁵ -, cresce vertiginosamente. Tal fenômeno de busca desenfreada por tecnologias de saúde é chamado de medicalização (BARROS, 1984). Um dos pioneiros em apontar os descaminhos da medicina, a sofisticação tecnológica indiscriminada e criticar iatrogenias geradas pela medicina foi Illich em 1975 (ILLICH, 1975). Depois do autor, outros se dedicaram ao tema e produziram farta literatura crítica apontando os malefícios da medicalização da sociedade (NAVARRO, 1975, CAMARGO JÚNIOR, 2003, 2007).

¹⁵ Entende-se por Complexo Médico Industrial os centros de formação de recursos humanos, a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos médicos de instrumentos e diagnóstico (CORDEIRO, 1980).

No caso da saúde temos infindáveis exemplos acerca da medicalização, sendo emblemáticos o aumento de cesarianas - que não se justifica cientificamente - e o uso de antidepressivos - prescritos para qualquer angústia relatada pelo paciente. No caso mais específico dos medicamentos, observamos cada vez mais a intensificação da medicalização em todos os momentos da vida do indivíduo, desde a concepção até a morte. É importante lembrar que os medicamentos são importantes para a resolução de muitos problemas de saúde, momentos nos quais são realmente necessários. Há, porém, demandas geradas através de publicidade que procura mostrar que qualquer problema de saúde, ou estado fisiológico específico, deve e pode ser resolvido através do consumo de medicamentos, revestindo-os de um caráter mágico e simbolizando a cura para qualquer mal (LEFEVRE, 1991 e BARROS, 2004).

As estratégias para expansão de mercado farmacêutico são focalizadas nos médicos e na população. No caso dos profissionais, estes legitimam as novas necessidades e respondem a elas muitas vezes acriticamente através da utilização das novas tecnologias, sejam elas para fim de diagnóstico ou para o consumo dos pacientes. No caso da população, esta é bombardeada por informações que são geradas através de propagandas em diversas mídias, como dentro dos metrô e outdoors, onde se consegue atingir grande contingente populacional, criando consensos, pressões e desencadeando demandas desnecessárias. A divulgação de propagandas em revistas, jornais, televisão muitas vezes não é confiável e em muitos casos não possui todas as informações necessárias para os profissionais e à população, criando idéias e conceitos errados a partir de idéias manipuladas (SMITH, 2005, BRASIL, 2005b e LEXCHIN *et al*, 2003). No meio acadêmico-científico também há nítidos conflitos de interesse e manipulações. Rampton e Stauber (2000), por exemplo, apontaram que algumas empresas contratam cientistas para

produzir ou assinar artigos com informações de interesse das mesmas, havendo até alteração de resultados de pesquisas para benefício da contratante.

As ditas inovações são cada vez mais discutidas na área farmacêutica, pois a inovação está com grande frequência relacionada à lucratividade através do direcionamento a uma grande população de consumo (BERMUDEZ, *et al.*, 2004). Há diferentes abordagens, como no caso dos medicamentos anti-hipertensivos direcionados a um grande contingente populacional ou a um grupo restrito, com o qual se pode ganhar muito com o valor unitário do medicamento, como é o caso de medicamentos para câncer. Outro exemplo são as doenças negligenciadas, como a malária, tuberculose, a doença do sono e de Chagas que estão na sua maioria concentradas em países subdesenvolvidos e por não terem uma população de consumo têm escassos recursos destinados à pesquisa (IMS, 2007). Segundo o *Medecins sans Frontieres* (MSF), apenas 10% das pesquisas em saúde são dedicadas às condições que correspondem por 90% das doenças globais (MSF, 2001). Verifica-se que no campo da saúde a relação econômica está estabelecida e é inadequada, pois está vinculada à rede de forças mercantis que dificultam a autonomia e geram a dependência das pessoas, medicalizando-as e despolitizando-as do processo saúde/doenças e da determinação social (TESSER, 1999; TEMPORÃO, 1986).

3.3.3 Ações Judiciais

O reconhecimento do direito à saúde a partir da Constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde, responsabilizando o Estado pela saúde da população, tem sido alvo de muita discussão e polêmica, sobretudo acerca do acesso a medicamentos por via judicial. De um lado há a interpretação da Constituição pelo poder judiciário, de outro o

Estado sem recursos financeiros para suprir necessidades de caráter individual em detrimento da coletividade. Ao mesmo tempo há o próprio Estado assumindo uma postura de abstenção e o Judiciário incorporando funções dos outros poderes.

Com dificuldades em obter medicamentos – seja no mercado privado ou junto ao Estado - a população de forma individual, ou através de grupos, se articula para conseguir acesso aos insumos necessários e recomendados pelos profissionais de saúde de outras formas. Ou seja, a falta de recursos, a escassez de verbas no setor público e a crescente demanda por medicamentos colocam a população em uma situação em que as definições do Executivo ficam aquém das necessidades, e resta como alternativa para conseguir solucionar as suas necessidades recorrer ao poder judiciário.

Messeder *et al.* (2005) analisaram os mandados judiciais impetrados contra o Estado do Rio de Janeiro no período de 1991 a 2002 e apontaram que eles iniciaram em 1991. Avaliando desse ano até 1999 percebeu-se que a entrada dos mandados, contra o estado do Rio de Janeiro, se fez de forma paulatina, mas a partir do ano 2000 o número cresceu com vigor impressionante. A maior parte dos pedidos - o equivalente a 70% - estava concentrada no município do Rio de Janeiro e os medicamentos mais solicitados foram aqueles utilizados para problemas no sistema nervoso central, cardiovascular e alimentar.

Marques e Dallari (2007) analisaram no estado de São Paulo as ações impetradas no período de 1997 a 2004 e constataram que em 96,4% dos casos em que houve solicitação via judicial o estado paulista foi condenado a fornecer os medicamentos. Já em relação ao discurso dos réus nos pedidos, os autores encontraram com maior frequência as seguintes idéias centrais: (i) o autor é portador de uma determinada doença que coloca em risco a sua vida e (ii) o autor tem direito à saúde e à assistência

farmacêutica, garantido por lei. No discurso dos juízes as idéias centrais que mais apareceram foram: (i) o direito de todos os indivíduos à saúde dever ser garantido independente de questões políticas, orçamentárias ou burocráticas, (ii) demonstrado o autor ser portador de uma doença e necessitar de um determinado medicamento, é curial seja o estado obrigado a providenciar a sua implementação, (iii) a regra inscrita no artigo 196 da Constituição Federal é auto-aplicável, não depende de regulação para ser exercida, (iv) a atuação do poder judiciário não está interferindo no princípio da separação dos poderes do Estado, esta apenas resguardando um direito constitucional e (v) o estado de São Paulo, bem como o seu Secretário de Estado da Saúde, são competentes para compor o pólo passivo da ação.

No município de São Paulo, Vieira e Zucchi (2007) relataram que entre janeiro e dezembro de 2005 foram impetradas 170 ações contra o município de São Paulo, sendo as doenças mais referidas o câncer e o diabetes. Dos medicamentos pleiteados, 62% faziam parte da lista de medicamentos oferecida pelo município. Foram gastos neste período R\$876.000,00 no atendimento de ações cujos medicamentos não estavam padronizados, sendo 75% deste valor para compra de antineoplásicos.

No Espírito Santo, estudo conduzido por Sartório (2004) em relação às ações impetradas contra o estado capixaba referentes a medicamentos excepcionais no período de 1999 a 2003 apurou que a maioria dos mandados relacionava em sua argumentação os direitos constitucionais, a universalidade e a iminência do risco de vida.

Em estudo desenvolvido em Santa Catarina por Pereira (2006), analisaram-se as ações impetradas contra o estado catarinense nos anos de 2003 e 2004. A autora indicou que das ações impetradas, em 55,8% dos casos a prescrição anexada era proveniente de consultórios particulares, contra 33% proveniente do SUS. Além disso, identificou-se que

59% das ações foram conduzidas por escritórios de advocacia particulares. Dos medicamentos solicitados neste período, 59% não possuíam financiamento previsto nos programas governamentais.

Tal panorama nos remete a uma complexa discussão sobre a responsabilidade do Estado, a escassez dos recursos e a questão da coletividade, onde estão envolvidas questões legais organizativas e sociais. De um lado temos os gestores que indicam a falta de recursos e a dificuldade cada vez maior em suprir as necessidades com saúde devido ao aumento das demandas e poucos recursos disponíveis para a resolução dos problemas de saúde da população. Por outro lado temos os indivíduos que precisam dos medicamentos que foram prescritos pelos profissionais de saúde para melhorar a sua qualidade de vida ou para simplesmente mantê-las. Entre estes atores, gestores, profissionais e indivíduos, temos a presença do poder judiciário que se vê impelido a atuar pela demanda estabelecida, pela abstenção do Estado e pela falta de resolução por parte do executivo, assumindo um papel de gestor e fazedor de políticas (MARQUES E DALLARI, 2007). Este papel do judiciário é alvo de grande discussão pois envolve questões técnicas de indicações terapêuticas, comprovação de efetividade, além de recursos econômicos dos municípios e/ou estado que são definidos na Lei Orçamentária e não tem previsão de outros gastos, acarretando ao gestor cumprir a determinação legal definida pelo judiciário e afetando a coletividade que terá os recursos para investimento na saúde diminuídos devido às decisões tomadas.

3.4 ATRIBUIÇÕES DO SETOR FARMACÊUTICO

3.4.1 Política Nacional de Medicamentos

Em 1998, após dez anos da promulgação da Constituição e depois de muitas discussões sobre o assunto, foi aprovada pela Comissão de Intergestores e pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Portaria GM nº 3916/98). Como anteriormente destacados, essa política foi regulamentada segundo os princípios do SUS, norteando as atividades neste campo e definindo atribuições e prioridades no campo dos medicamentos para os gestores das três esferas de governo, como (BRASIL,1998):

1. **Adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais:** lista nacional de referência em constante atualização de medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maior parte das doenças: é um valioso instrumento de racionalização dos gastos no contexto de insuficiência de recursos;
2. **Regulamentação sanitária de medicamentos:** no sentido da qualificação dos processos de registro de produtos e de autorização de funcionamento de fabricantes, distribuidores e varejistas do setor farmacêutico: implementa a produção e o uso de medicamentos genéricos;
3. **Reorientação da assistência farmacêutica:** para promover o acesso da população aos medicamentos essenciais, mediante estratégias como a descentralização da gestão da assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamento, o aperfeiçoamento do sistema de programação, compra e distribuição no setor público, pautados por critérios epidemiológicos, técnicos e administrativos;
4. **Promoção do uso racional de medicamentos:** voltado à educação dos consumidores de medicamentos e à educação continuada dos profissionais prescritores e dispensadores sobre temas como os riscos envolvidos com a auto-medicação, interrupção dos tratamentos, ausência de critérios para prescrição, troca da medicação prescrita, importância do receituário, entre outros;
5. **Desenvolvimento científico e tecnológico:** visando a implementação de pesquisas na área farmacêutica, voltadas à capacitação de recursos humanos, ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos e a revisão sistemática da Farmacopéia Brasileira;
6. **Promoção da produção de medicamentos:** otimizando a capacidade instalada dos segmentos industriais (oficial, nacionais e multinacionais) na produção de medicamentos essenciais, de forma a buscar referências

de preços para o mercado e menor dependência da importação de fármacos;

7. **Garantia da segurança, eficácia e qualidade** dos medicamentos, mediante o desenvolvimento e o fortalecimento da capacidade fiscalizatória do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e

8. **Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos:** para a atuação nas ações de implementação da Política Nacional de Medicamentos no âmbito do SUS.

A Política Nacional de Medicamentos se faz necessária para normatizar os serviços de Assistência Farmacêutica no país, na medida que o perfil de morbimortalidade da população e a demanda de medicamentos e serviços de assistência farmacêutica modificam-se. Além disso, ela é fundamental para melhorar a eficácia das ações governamentais, uma vez que existe no país um cenário em que os profissionais prescritores de medicamentos não incluem necessariamente em suas receitas medicamentos padronizados no SUS, além de haver irregularidades de abastecimento e no mercado privado (BRASIL, 2001b). Em relação a este, segundo documento técnico do Ministério da Saúde (2001), o mercado farmacêutico nacional é o quinto maior do mundo, com faturamento de 9,6 bilhões de dólares ano. Ainda segundo o Ministério, existem no país 50.000 farmácias que comercializam 5.200 produtos em 9.200 apresentações farmacêuticas, gerando 47.100 empregos diretos.

Além das diretrizes que permeiam a PNM, esta definiu algumas prioridades, como a revisão da RENAME, imprescindível pois a relação nacional de medicamentos deve ser atualizada continuamente, baseando-se nas necessidades de saúde nacionais (patologias mais prevalentes), considerando-se, logicamente, as diferenças regionais. Além disso, deve ser divulgada amplamente para todos os setores, sejam eles públicos ou privados.

A Assistência Farmacêutica também é pontuada como uma das prioridades da PNM. A sua concepção, segundo Marin *et al.* (2003) destacaram, variou entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, pois cada um teve o seu processo de construção. Mas a partir de documentos comuns têm-se princípios norteadores de uma boa prática farmacêutica:

“ No Brasil, a apropriação equivocada dos conceitos de pharmaceutical care (do inglês) e atención farmacêutica (do espanhol) para designar as ações de Assistência Farmacêutica vem contribuindo para uma dificuldade de transposição das práticas dos países de origem para nossa realidade. [...] No Brasil o termo Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como seu objetivo de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde” (Marin *et al.*, 2003, pag. 123).

Apesar da apropriação de conceitos no Brasil, o conceito de Assistência Farmacêutica definida pela Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM nº 3916/98) engloba as ações de saúde, todas as etapas de produção, distribuição e consumo dos medicamentos permeadas pelo uso racional de medicamentos, conforme citado abaixo:

“Assistência Farmacêutica é um grupo, ou ciclo, de atividades relacionadas com medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (Portaria GM nº 3916/98- Política Nacional de Medicamentos).

A Assistência Farmacêutica é composta por um ciclo formado pela seleção, programação, produção, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, como mostra a figura 6. Essas etapas do ciclo têm grande importância, pois elas serão

responsáveis pela garantia do acesso aos medicamentos, pela qualidade, pela eficácia e pelo uso racional. Dupim (1999) definiu cada etapa da Assistência Farmacêutica com suas respectivas atribuições:

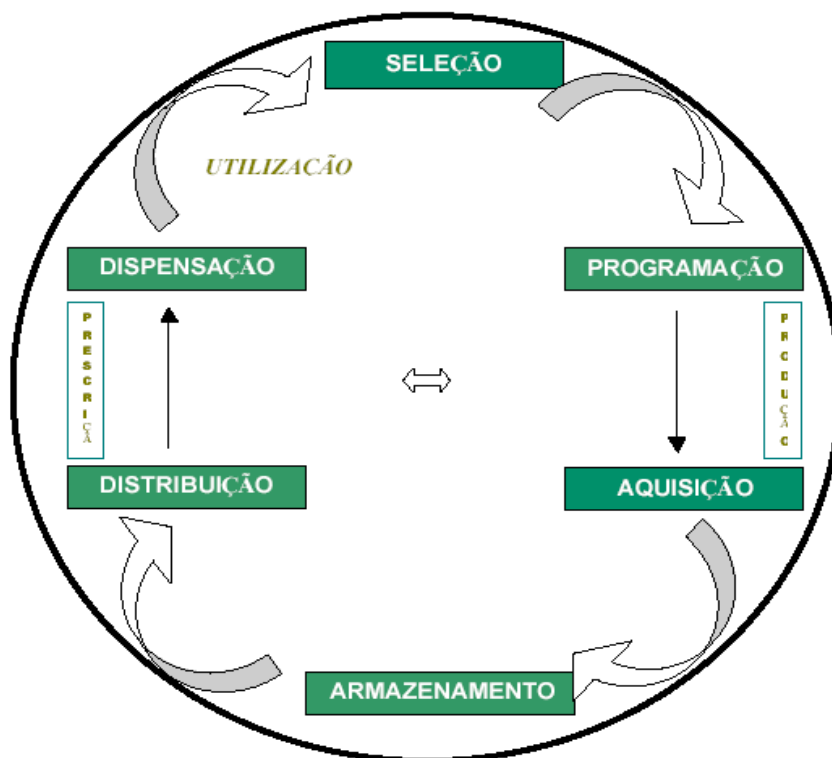
Seleção: Processo de escolha de medicamentos, tendo em vista a elaboração de uma Relação de Medicamentos Essenciais, considerando, principalmente a necessidade, a eficácia, o benefício/risco e o benefício/custo.

Programação: Conjunto de atividades com objetivo de determinar as necessidades de medicamentos essenciais, para garantir o acesso da população à terapêutica medicamentosa em quantidade e qualidade, compatibilizando-a com os recursos disponíveis.

Aquisição: conjunto de atividades articuladas, necessárias ao abastecimento de medicamentos em quantidade e qualidade para realizar uma terapêutica racional.

Armazenamento: conjunto de atividades necessárias para garantir a qualidade de medicamentos, hemoterápicos, imunobiológicos e correlatos, através da proteção contra os riscos de alterações físico-químicas e biológicas, durante sua estocagem.

Dispensação: É o ato de orientação do farmacêutico ao paciente para o uso racional de medicamentos e correlatos, com base em parâmetros farmacocinéticos, farmacodinâmicos e da farmacovigilância.



Fonte: BRASIL, 2001d.

Figura 6 - Ciclo da Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica está intrinsecamente ligada ao Uso Racional de Medicamentos, que é outra prioridade definida pela PNM. O uso racional de medicamentos é definido quando ocorre a escolha terapêutica, a indicação e o medicamento são apropriados, bem como, a dose, a administração e a duração do tratamento são adequados e a dispensação do medicamento se fez de maneira correta com a adesão do paciente ao tratamento (Marin *et al*, 2003). Dessa forma, segundo os autores, os requisitos para o Uso Racional de Medicamentos são:

Indicação: é necessário intervir medicamentosamente para modificar significativamente a história natural da doença? É sabido que muitas doenças se beneficiam de outras formas de terapia, até mesmo, de nenhum tratamento. Se houver indicação de uso medicamentos, deve-se especificar com precisão os objetivos da intervenção.

Seleção: qual o medicamento mais adequado? É preciso cotejar seus benefícios (expectativas versus realidade), riscos e custos. A escolha é feita com base em análise de eficácia, segurança, conveniência operacional, disponibilidade e custo. A conveniência de cada paciente deve ser assegurada.

Prescrição: como administrar o fármaco escolhido? Isso pressupõe conhecimento real de farmacologia, quanto às ações, efeitos e esquemas de administração de medicamentos. Tornando o esquema terapêutico de administração acessível e cômodo para facilitar a adesão ao tratamento.

Informação: mesmo o correto cumprimento das etapas anteriores pelo prescritor não garante o sucesso terapêutico, pois para esse deve concorrer efetivamente o paciente, real executor da prescrição. Para obter maior sucesso é preciso fornecer informação sobre o tratamento ao paciente, informando em linguagem clara, concisa e apropriada à cultura local e ao grau de compreensão do paciente e levando em conta também o aspecto ético do direito de escolha do paciente, integrante da decisão conjunta. Essa escolha deve ser embasada na apresentação de benefícios e riscos do tratamento e no esclarecimento das formas de emprego.

Seguimento: feita uma prescrição adequadamente embasada, a atenção do prescritor deve voltar-se ao acompanhamento do paciente, no sentido de mensurar benefícios terapêuticos e monitorizar riscos. (MARIN *et al.*, 2003, p.287-290).

No Brasil, o sistema de saúde tem desenvolvido algumas intervenções para a promoção do URM, como a definição na Política Nacional de Medicamentos como uma prioridade, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a política de medicamentos genéricos, a instituição da relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), o estabelecimento de protocolos e diretrizes para a garantia de acesso a medicamentos excepcionais, a atualização de Boas Práticas de Fabricação em indústrias farmacêuticas e farmoquímicas, a revisão de critérios de registros de medicamentos, a criação da Câmara de Regulação de Medicamentos (CMED) e mais recentemente a regulação da publicidade e propaganda e a promoção de cursos sobre ensino do URM.

Mas, apesar de inúmeros esforços, quer sejam por organismos internacionais multilaterais ou pelas políticas nacionais, estamos ainda muito longe da racionalidade na utilização de medicamentos. Conforme apontado por Wannmacher (2004), apesar das definições e evoluções conseguidas desde a Conferência Mundial sobre o Uso Racional de Medicamentos em Nairobi-1985, existem inúmeros problemas que dificultam o uso racional de medicamentos, como a multiplicidade de produtos disponíveis, novos produtos lançados que não tem diferenças significativas dos medicamentos já existentes, a prática de

prescrição dos profissionais e a indústria farmacêutica e a mídia com seus interesses próprios.

Para articular todas as definições e prioridades apontadas na Política Nacional de Medicamentos está definido na política que os gestores de cada nível possuem atribuições básicas e atribuições estratégicas para a implementação da PNM. Através destas atribuições e os critérios da portaria 176, os gestores recebem incentivos à Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1999c).

.4. . Atribuições do Gestor Federal

Como gestor do SUS, a união possui algumas atribuições, como consta no documento do Ministério da Saúde de 2002:

- Coordenar o processo de seleção de medicamentos referentes às ações e programas de saúde de âmbito nacional, garantindo a participação das secretarias estaduais e municipais de saúde;
- Incentivar a adoção de protocolos terapêuticos para o atendimento das necessidades das ações e programas de saúde estabelecidos nos diferentes níveis de complexidade;
- Consolidar, avaliar e enviar ao Ministério de Saúde a programação dos medicamentos necessários ao atendimento das ações e programas de saúde de âmbito nacional, a partir das programações remetidas pelas secretarias municipais de saúde e estaduais;
- Implementar instrumentos técnico-gerenciais necessários à execução, controle e avaliação dos serviços farmacêuticos definidos nesta norma operacional;
- Prestar cooperação técnica às secretarias estaduais e municipais de saúde na elaboração e implementação de instrumentos técnico-gerenciais necessários à execução, controle e avaliação dos serviços farmacêuticos

- Promover e apoiar a capacitação de recursos humanos;
- Promover o uso racional de medicamentos.

4. . Atribuições do Gestor Estadual

Como gestor do SUS, o estado possui algumas atribuições como (Brasil, 2002):

- Participar do processo de seleção de medicamentos referentes às ações e programas de saúde no âmbito nacional;
- Coordenar o processo de seleção de medicamentos referentes às ações e programas de saúde de âmbito estadual, garantindo a participação das secretarias municipais de saúde;
- Incentivar a adoção de protocolos terapêuticos para o atendimento das necessidades das ações e programas de saúde estabelecidos nos diferentes níveis de complexidade;
- Consolidar, avaliar e enviar ao Ministério de Saúde a programação dos medicamentos necessários ao atendimento das ações e programas de saúde de âmbito nacional, a partir das programações remetidas pelas secretarias municipais de saúde;
- Implementar instrumentos técnico-gerenciais necessários à execução, controle e avaliação dos serviços farmacêuticos definidos nesta norma operacional;
- Prestar cooperação técnica às secretarias municipais de saúde na elaboração e implementação de instrumentos técnico-gerenciais necessários à execução, controle e avaliação dos serviços farmacêuticos definidos nesta norma operacional;
- Adquirir, armazenar e distribuir os medicamentos necessários ao atendimento das ações e programas de saúde sob sua responsabilidade, conforme o estabelecido nas respectivas portarias;
- Prestar cooperação financeira às secretarias municipais visando atender as prioridades estabelecidas nos respectivos Planos Diretores de Investimento;
- Garantir as condições plenas de funcionamento dos serviços de assistência farmacêutica de referência nível 2;
- Incluir no seu Plano Diretor de Investimentos os recursos para a estruturação dos serviços de assistência farmacêutica referentes à aquisição de material permanente, obras e reformas;
- Colaborar com o sistema nacional de informações sobre a assistência farmacêutica;
- Promover e apoiar a capacitação de recursos humanos;
- Promover o uso racional de medicamentos.

4. . Atribuições do Gestor Municipal

As atribuições e funções do gestor municipal em relação à Assistência Farmacêutica são (Brasil, 2002):

- Participar do processo de seleção de medicamentos referentes às ações e programas de saúde de âmbito estadual e nacional;
- Efetuar o processo de Seleção de medicamentos referentes às ações e programas de saúde de âmbito estadual e nacional;
- Adotar protocolos terapêuticos para o atendimento das necessidades das ações e programas de saúde estabelecidos nos diferentes níveis de complexidade;
- Consolidar, avaliar e enviar a secretaria estadual de saúde a programação dos medicamentos necessários ao atendimento das ações e programas de saúde de âmbito estadual e nacional;
- Implementar instrumentos técnico-gereciais necessários à execução, controle e avaliação dos serviços farmacêuticos definidos nesta norma operacional;
- Adquirir, armazenar e distribuir os medicamentos necessários ao atendimento das ações e programas de saúde sob sua responsabilidade, conforme o estabelecido nas respectivas portarias;
- Garantir as condições plenas de funcionamento dos serviços de assistência farmacêutica de referência nível 1;
- Incluir no seu Plano Diretor de Investimentos os recursos para a estruturação dos serviços de assistência farmacêutica referentes à aquisição de material permanente, obras e reformas;
- Colaborar com o sistema nacional de informações sobre a assistência farmacêutica;
- Promover e apoiar a capacitação de recursos humanos;
- Promover o uso racional.

4. .4 Financiamento da Assistência Farmacêutica

O financiamento da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de governo, conforme definido pela Política Nacional de Medicamentos. Posteriormente, as portarias 1.105/2005 e 2.084/2005 fizeram alterações na gestão da assistência, reorganizando os medicamentos de acordo com os programas de saúde (BRASIL, 2005d; BRASIL, 2005a). A portaria 399/06 fez alterações no pacto de gestão, agrupando os recursos de saúde em blocos de financiamento, como: bloco da atenção básica, bloco da atenção de média e alta complexidade, bloco da vigilância em saúde,

bloco de gestão e bloco da Assistência Farmacêutica. A organização do financiamento do bloco da Assistência Farmacêutica se divide em quatro componentes: parte fixa, parte variável, componente da assistência farmacêutica, componente de medicamentos de dispensação excepcional e componente da organização da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2006a).

A parte fixa refere-se ao valor *per capita* destinado à compra de medicamentos para atenção básica. Conforme a portaria 2.084, os valores correspondem à contrapartida mínima segundo a relação habitante/ano: R\$ 1,65 por parte do MS, R\$ 1,00 do estado e R\$ 1,00 do município (BRASIL, 2006a).

A parte variável é o valor *per capita* destinado à compra de medicamentos e insumos para os programas, como de hipertensão arterial e diabetes, asma e rinite, saúde mental, saúde da mulher, alimentação e nutrição e combate ao tabagismo. Conforme a portaria 2.084, os valores são: R\$ 1,15 para grupo hipertensão e diabetes e R\$ 0,95 para o grupo asma e rinite. O recurso é transferido pelo MS mensalmente conforme os gestores implementem os serviços farmacêuticos (BRASIL, 2006a).

Em relação à Assistência Farmacêutica Estratégia, o financiamento é de responsabilidade do Ministério da Saúde, ficando sob responsabilidade dos estados e municípios o armazenamento e a dispensação dos medicamentos. Aqueles considerados excepcionais têm como responsáveis pelo financiamento o MS e o estado, já a dispensação dos medicamentos fica sob responsabilidade do estado.

4. 5 Portaria GM MS no 7 6 99

A Portaria 176/99, regulamentada pela portaria nº 956, estabeleceu o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, a qual define requisitos e critérios para a qualificação de municípios e valores a serem transferidos. Definiu-se que o incentivo à Assistência Farmacêutica será financiado pelos três gestores, condicionada a comprovação dos recursos financeiros referentes à contrapartida estadual e municipal e movimentados na conta de transferência dos recursos do Piso de Atenção Básica do Fundo Municipal de Saúde ou do Fundo Estadual de Saúde. Conforme a Portaria 176/99, a contrapartida do estado equivale a R\$ 1,00 habitante/ano e os municípios do estado devem optar pelo repasse em recurso financeiro (RF) ou o equivalente em medicamento (MED). Dos 293 municípios do estado em 2004, 161 optaram por receber os seus recursos em medicamentos (MED) e 132 municípios fizeram a opção pelo recurso financeiro (RF) (BRASIL, 1999c).

4. 6 Portaria 4 4

A Portaria 343/01 criou o Incentivo à Assistência Farmacêutica vinculada ao PSF (Programa da Saúde da Família), sendo destinado aos municípios que tenham equipes do programa. Os medicamentos são enviados aos municípios participantes pelo MS e fazem parte deste elenco trinta e um medicamentos (BRASIL, 2001a).

4.7 Portaria 7

A Portaria 371/02 instituiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, que tem como finalidades (BRASIL, 2002d):

I - implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes mediante a instituição do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes a ser proposto pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

II - ofertar de maneira contínua para a rede básica de saúde os medicamentos para hipertensão hidroclorotiazida 25 mg, propranolol 40 mg e captopril 25 mg e diabetes metformina 850 mg, glibenclamida 5mg e insulina definidos e propostos pelo Ministério da Saúde, validados e pactuados pelo Comitê do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes e pela CIT;

III - acompanhar e avaliar os impactos na morbi-mortalidade para estas doenças decorrentes da implementação do Programa Nacional.

4.8 Programas Estratégicos e Portaria 77/99

Dentro dos programas estratégicos estão incluídos medicamentos usados para o tratamento de doenças endêmicas, ou seja, doenças que afetam permanentemente, ou por determinado período, alguma região, como tuberculose, hanseníase, meningite, malária, cólera, leishmaniose, peste, tracoma, esquistossomose, filariose, doença de chagas, DST/AIDS, lupus, sangue e hemoderivados, asma e rinite e também multidrogas, medicamentos utilizados na saúde da mulher, na saúde da criança, no sistema prisional, nas calamidades e na alimentação e nutrição.

A Portaria 1.077/99 definiu a relação dos medicamentos do Programa de Saúde Mental, que é formado por medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central e são pactuados entre os gestores (BRASIL, 1999d).

.4. .9 Programa de Dispensa ão Excepcional Alto Custo

Este programa teve sua criação em 1982 e faz a dispensação de medicamentos específicos que atingem um número limitado de pessoas. Fazem parte deste programa medicamentos para transplantados, para doenças genéticas, oncologia, etc. Tais medicamentos apresentam elevado valor unitário e dificilmente são suportados pelas pessoas. Este programa possui repasse mensal aos estados, originado pelo Fundo de Ações Estratégias e Compensação (FAE), por meio das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo (APAC). O estado é o responsável pela programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos (BRASIL, 2003).

Dados de 2001 do Ministério da Saúde relataram que naquele ano foram gastos 449,5 milhões de reais em medicamentos e 109 mil pacientes foram atendidos pelo Programa de Medicamentos Excepcionais. Mas para regular o programa e criar critérios de diagnóstico, bem como definir os tratamentos terapêutico de forma racional, ou seja, objetivando uma prescrição segura e eficaz, com o medicamento correto, na dose certa, com mecanismo de controle e avaliação de resultados, implantado em 2002, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Para o desenvolvimento destes protocolos foram formadas equipes multiprofissionais em todo o Brasil, para fundamentar as condutas com a melhor evidência científica disponível, além de submeter os protocolos a consultas públicas e ser feito com ampla discussão e participação (BRASIL, 2002c).

.4. . ↗ Programa de Inclusão Social

O Programa de Inclusão Social (PROCIS), criado em 2002 em Santa Catarina, faz distribuição de medicamentos na proporção de R\$ 2,60/habitante/ano e capacitação do serviço para uma gestão mais eficiente da Assistência Farmacêutica para 56 municípios com baixo índice de desenvolvimento social, ou seja, foi realizado o repasse para os municípios mais pobres do estado, com intuito de reduzir a desigualdade existente em

4 METODOLOGIA

Os dados para a análise quantitativa referem-se aos mandados judiciais deferidos pela justiça e que foram impetrados contra o estado de Santa Catarina para obtenção de medicamentos entre 2000 e 2006, período em que há disponibilidade de dados arquivados na Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF) da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) junto ao MEJUDI (programa de Medicamentos Judiciais). É esse programa que concentra as informações de todas as ações judiciais que condenaram o estado a viabilizar medicamentos para o solicitante. Os dados obtidos para o presente estudo através do MEJUDI referem-se ao ano de início do processo, aos medicamentos solicitados (substância ativa/nome comercial e quantidade), aos gastos da secretaria com cada medicamento e ao sexo e ao município de residência do solicitante.

Para a realização dos procedimentos analíticos foi construído um banco de dados no programa estatístico Stata 9 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). A partir do mesmo foi calculada a distribuição dos solicitantes por sexo e foram descritas as séries históricas do total de ações e do volume de recursos pagos pela SES/SC nas ações impetradas contra o estado catarinense entre 2000 e 2006 solicitando medicamentos, insumos ou correlatos. Em seguida, verificou-se se os produtos solicitados estavam padronizados em algum programa governamental estadual e federal. Também foi analisado em quais classes anatômicas terapêuticas houve maior demanda por medicamentos e que acarretaram maiores custos ao poder público. Para tal, os medicamentos foram agrupados em classes anatômico-terapêuticas de acordo com a metodologia *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC), recomendada pela Organização Mundial de Saúde e utilizada como padrão internacional (WHO, 2007). A classificação ATC possui o seguinte ordenamento: o primeiro nível indica o grupo anatômico; o segundo refere-se ao grupo terapêutico

principal; o terceiro indica o subgrupo terapêutico; o quarto aponta o subgrupo químico terapêutico e o quinto nível a substância ativa do produto. Para atender aos objetivos do presente trabalho, procedeu-se a classificação ATC utilizando-se o primeiro nível, conforme descrito na tabela 2 adaptada, pois há inclusão de mais uma classificação referente aos insumos e correlatos.

Tabela 2 - Primeiro Nível do *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC)

| Número | Letra | Grupo Anatômico Terapêutico Principal |
|--------|-------|--|
| 1 | A | Aparelho digestivo e metabolismo |
| 2 | B | Sangue e órgãos hematopoiéticos |
| 3 | C | Aparelho cardiovascular |
| 4 | D | Medicamentos dermatológicos |
| 5 | G | Aparelho genito-urinário e hormônios sexuais |
| 6 | | Preparações hormonais sistêmicas, excluindo |
| | H | hormônios sexuais e insulinas |
| 7 | J | Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico |
| 8 | L | Agentes antineoplásicos e imunomoduladores |
| 9 | M | Sistema músculo-esquelético |
| 10 | N | Sistema nervoso |
| 11 | | Produtos antiparasitários, inseticidas e |
| | P | repelentes |
| 12 | R | Aparelho respiratório |
| 13 | S | Órgãos dos sentidos |
| 14 | V | Vários |
| 15 | X | Insumos e Correlatos |

Fonte: WHO (2007). Adaptado pela autora, incluindo o número 15 e letra x, referente aos insumos e correlatos.

Por fim, calculou-se a taxa de ações judiciais por 100.000 habitantes para cada um dos 293 municípios catarinenses a fim de testar a sua associação com os indicadores socioeconômicos dos mesmos. Em tal análise calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman e procedeu-se a distribuição espacial das taxas de ações judiciais de acordo com os quartis de sua distribuição e segundo a malha municipal disponibilizada pelo Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse procedimento foi conduzido através do programa TabWin 3.5. Os indicadores socioeconômicos são oriundos do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil e referem-se ao ano 2000 (PNUD, 2003). No presente estudo foram utilizados os seguinte indicadores:

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M): para a composição desse índice são avaliadas três dimensões: a educação, a longevidade e a renda dos municípios. Ele varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total).

Coefficiente de Gini: expressa as desigualdades na distribuição de renda. Quanto maior o coeficiente – que varia de 0 a 1 - maior será a concentração de renda no município.

Renda per capita: representa a razão entre a totalidade da produção econômica em valores financeiros do município e a população global do mesmo. Ou seja, esse valor consiste na divisão entre o produto interno bruto pelo total de habitantes.

Intensidade de pobreza: esse indicador demonstra o grau de distância que separa a renda per capita dos indivíduos considerados pobres e a linha de pobreza.

Mortalidade Infantil: esse indicador mede o risco de morte de crianças no primeiro ano de vida. Calcula-se a taxa de mortalidade infantil através da razão do número de óbitos em menores de um ano e o total de nascidos vivos durante o mesmo período e lugar.

Expectativa de vida: representa a média de anos que se espera que as pessoas vivam.

Taxa bruta de frequência no ensino fundamental: é a razão entre todos os indivíduos que frequentam o ensino fundamental dividido pela população de 7 a 14 anos.

Taxa bruta de frequência no ensino médio: é a razão entre todos os indivíduos que frequentam o ensino médio dividido pela população de 15 a 17 anos

Taxa bruta de frequência no ensino superior: é a razão entre todos os indivíduos que frequentam o ensino superior dividido pela população de 18 a 22 anos.

4.1 Discurso do Sujeito Coletivo

Ressalta-se no presente estudo a presença de dados qualitativos, que, como indica Minayo, “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (2001, p.21-22). Na análise quali-quantitativa acerca dos argumentos empregados pelos juízes na análise das ações que solicitaram medicamentos, utilizou-se como recurso metodológico o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Tal opção se deu por essa metodologia permitir o resgate de opiniões de modo quali-quantitativo e por buscar descrever determinada opinião ou posicionamento sobre um dado tema expressando o pensamento de uma coletividade. Para resgatar estas opiniões utilizam-se no DSC alguns operadores, que são as:

Expressões Chaves (E-Ch): trechos selecionados do material verbal de cada depoimento que melhor descrevem seu conteúdo.

Idéias Centrais (IC): fórmulas sintéticas que descrevem o sentido presente no material e também no conjunto de respostas de diferentes indivíduos que têm sentido semelhante ou complementar.

Ancoragens (AC): que descrevem as ideologias, os valores e as crenças presentes no material coletado (LEFEVRE E LEFEVRE, 2003, p.15).

Conforme Lefevre e Lefevre (2003), os DSC's reúnem as expressões chave, que possuem idéias centrais e/ou ancoragens de sentido semelhante ou complementar. Estas expressões chaves de sentido semelhante formam depoimentos coletivos redigidos na primeira pessoa do singular, com a finalidade de expressar a presença do pensamento coletivo.

A metodologia DSC exige que seja extraída do universo de ações uma amostra representativa das mesmas. Assim, a partir do total das ações deferidas (n=2.580) foi calculada uma amostra para população finita, considerando-se como parâmetros nível de confiança de 95% e tolerância de erro de até 4%. A partir do cálculo amostral, identificou-se a necessidade de análise de 486 ações. Procedeu-se, posteriormente, o sorteio das mesmas e a sua obtenção a partir dos acórdãos disponibilizados na página do Tribunal de Justiça de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2007). Para análise do DSC foi utilizado o software *Qualiquantisoft*, cuja licença foi obtida pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Neste software, as 486 ações foram analisadas seguindo o seguinte processo: seleção das Expressões Chaves e Idéias Centrais em todas as ações após as suas leituras, bem como a análise de identificação de Ancoragens nos discursos. Neste trabalho não foram encontradas Ancoragens. Conforme Lefevre e Lefevre (2005) afirmam, todos os depoimentos possuem uma Idéia Central, mas nem todos apresentam Ancoragem.

“...na técnica do DSC, só se considera que existe uma AC quando ela está claramente presente nos depoimentos. Muitos depoimentos apresentam ou sugerem valores implícitos, mas quando isso não está suficientemente claro neles, não consideramos que exista uma AC. (LEFEVRE E LEFEVRE, 2005, p.88).

Após estas análises, foi realizada a categorização das 486 ações. Em tal procedimento reúnem-se as IC's semelhantes e atribui-se a elas uma letra igual. Assim, após esta etapa foi iniciado o processo de construção do DSC's. Nesta momento foram agrupadas todas as E-Ch's dos depoimentos que possuem a mesma categoria, ou seja, a mesma letra definida na categorização (A, B, C, D, E). A partir deste agrupamento foi construído o DSC.

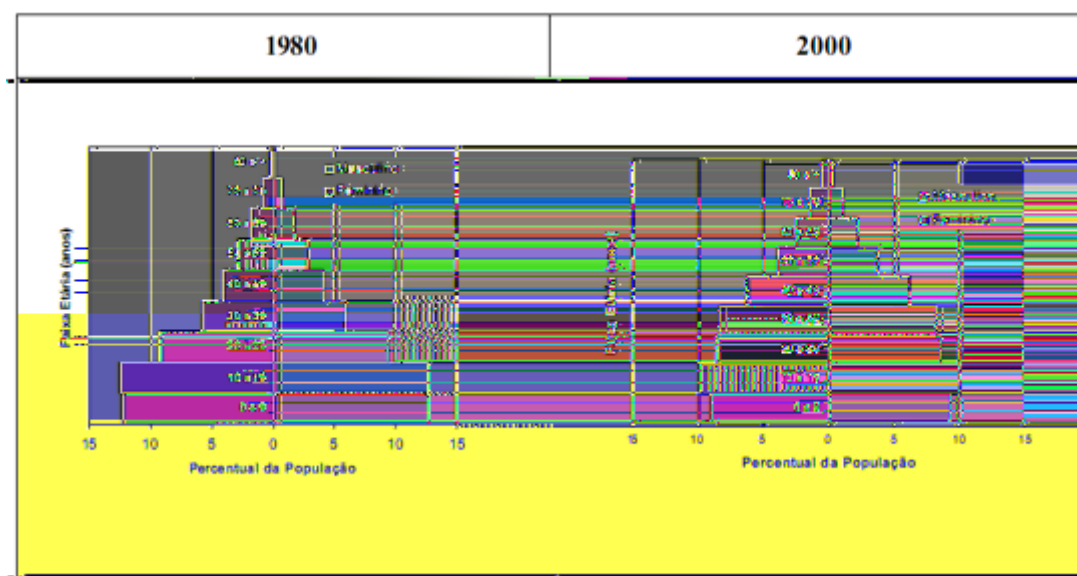
Os sujeitos da pesquisa não foram identificados e o presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí sob protocolo número 397/2007.

4.2 População de Santa Catarina

Conforme o último censo demográfico, realizado em 2000, a população de Santa Catarina era composta nesse ano por 5.448.736 habitantes, apresentando densidade demográfica de 559 hab/km² (IBGE, 2000). O estado possuía em 2000 taxa de crescimento populacional anual correspondente a 1,8%, taxa bruta de natalidade de 18,9%, taxa de fecundidade de 2%, taxa de urbanização de 78,7%, taxa de 8% de idosos na população e apresenta 71,3 anos de esperança de vida (OPAS, 2002).

Em relação aos indicadores demográficos expostos acima, pode-se fazer uma comparação com as pirâmides etárias do estado nos anos de 1980 e 2000, onde observa-se a mudança no formato das mesmas, com a diminuição da base – indicando menor

natalidade comparada com a base de 1980 - e o alargamento do topo - apontando maior expectativa de vida (Figura 7).



Fonte: Santa Catarina (2006)

Figura 7 - Pirâmides etárias de Santa Catarina, 1980 e 2000.

O estado de Santa Catarina acompanha a alteração no perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira. No ano de 2004 as dez principais causas de internações hospitalares no estado foram os partos (25%), seguidos das doenças do aparelho respiratório (16,5%), aparelho circulatório (13,2%), aparelho digestivo (8,8%), causas externas (7,1%), doença do aparelho genito-urinário, neoplasias, doenças infecciosas e parasitárias, transtornos mentais e doenças do sistema osteomolecular e do tecido conjuntivo (SANTA CATARINA, 2005). Em 2005 a principal causa de morte entre os catarinenses foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias, causas externas, doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho digestivo, doenças infecciosas e parasitárias, afecções

originadas no período perinatal, doenças do sistema nervoso e doenças do aparelho geniturinário (tabela 3) (SANTA CATARINA, 2005).

Tabela 3 – Número absoluto e frequência relativa de mortes segundo os principais grupos de causas em Santa Catarina, 2005.

| | Grupo de Causas | Nº | % |
|----|--|-------|-------|
| 1 | Doenças do aparelho circulatório | 7106 | 31,7 |
| 2 | Neoplasias (tumores) | 4552 | 20,3 |
| 3 | Causas externas | 3176 | 14,1 |
| 4 | Doenças do aparelho respiratório | 2441 | 10,9 |
| 5 | Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 1129 | 5,0 |
| 6 | Doenças do aparelho digestivo | 1099 | 4,9 |
| 7 | Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 995 | 4,4 |
| 8 | Algumas afecções originadas no período perinatal | 491 | 2,2 |
| 9 | Doenças do sistema nervoso | 427 | 1,9 |
| 10 | Doenças do aparelho geniturinário | 375 | 1,7 |
| | Demais Causas (definidas) | 660 | 2,9 |
| | Sub-Total (definidas) | 22451 | 100,0 |
| | Mal Definidas | 2108 | 8,6 |
| | Total | 24559 | 100,0 |

Fonte: Santa Catarina (2006)

Assim, conforme o perfil epidemiológico dado pelas internações hospitalares e da mortalidade descritos, observa-se que a Assistência Farmacêutica assume grande relevância na medida em que o envelhecimento da população, o aumento das doenças crônico degenerativas e a incapacidade funcional geram uma demanda por medicamentos de uso contínuo e, potencialmente, de grande custo (OPAS, 2002). Cabe ressaltar que os padrões epidemiológicos e demográficos populacionais indicam prováveis alterações na demanda e no uso dos serviços de saúde público e privados.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, a economia do estado é diversificada e descentralizada. No sul as atividades desenvolvidas são, sobretudo, a mineral e a cerâmica; no oeste a agropecuária; no Vale do Itajaí a têxtil e de cristais; no Norte metal-mecânico e

plástico; no Planalto o madeireiro; e na capital predominam os setores ligados à nova economia¹⁶ e ao turismo (SANTA CATARINA, 2006).

O estado possuía em 1998 um PIB per capita de R\$6.446,30. Além desse indicador, em 2001 a razão de renda¹⁷ era igual a 16,3, a taxa de desemprego correspondente a 7,2%, a taxa de pobreza a 14,2%, a taxa de trabalho infantil a 17,4%, a taxa de alfabetização a 94%, além de 73,3% da população ter cobertura por serviços de água, 72,1% por rede de esgoto e 81,8% por coleta de lixo (OPAS, 2002).

Apesar da análise dos indicadores colocarem o estado de Santa Catarina acima da média nacional quanto às condições socioeconômicas, valem ressaltar as desigualdades regionais que o estado apresenta, sobretudo nos índices de alfabetização e de saneamento básico. Estas informações referentes às alterações demográficas e epidemiológicas, bem como as condições socioeconômicas da população, são importantes para que os serviços de saúde sejam organizados segundo critérios científicos e pautados na realidade populacional. No caso da Assistência Farmacêutica, ressalva-se que um dos critérios para padronização e avaliação dos medicamentos é o perfil epidemiológico. Assim, para promover o acesso e evitar desperdícios ao sistema público, a relação de medicamentos padronizados deve ser reavaliada constantemente, seguindo a dinâmica demográfica, epidemiológica e de evidências científicas.

¹⁶ Os setores ligados à nova economia correspondem à informática, automação, telecomunicações, biotecnologia e serviços tecnológicos.

¹⁷ Razão de renda corresponde ao número de vezes que a renda dos vinte por cento mais ricos, supera a dos 20% mais pobres.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

Observou-se que ao longo dos sete anos investigados houve uma explosão no número de ações deferidas obrigando a Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina a fornecer medicamentos e, conseqüentemente, houve acréscimo também no total de medicamentos solicitados (Figura 8). Se no ano 2000 houve apenas uma ação deferida, em 2006 o número chegou a 1.661; e de apenas 7 medicamentos solicitados em 2000, o total saltou para 3.542 em 2006. Cabe destacar o último biênio investigado. Em 2005, o número de ações e medicamentos já era bastante elevado, mas triplicou no ano seguinte. Ampliando um pouco mais o período, avaliando-se o último quadriênio, houve aumento de 1.878% no total de ações deferidas e 2.156% no total de medicamentos solicitados entre 2003 e 2006. Além disso, verificou-se que ao longo dos sete anos houve em média 2,2 medicamentos solicitados por processo e a quantidade máxima de produtos identificados em um único processo foi igual a 17, fazendo parte dos pleitos desde medicamentos até produtos como fraldas, luvas de látex e esparadrapos. Também pode ser classificado como explosivo o acréscimo nos gastos da SES/SC para atender as demandas geradas pelos mandados deferidos. O valor gasto foi equivalente a R\$328,91 em 2000; R\$6.935,67 em 2001; R\$13.357,19 em 2002; R\$153.729,60 em 2003; R\$503.993,5 em 2004; R\$823.779,00 em 2005; e R\$2.489.320,00 em 2006. Ou seja, entre o ano 2000 e 2006 os gastos relativos com esses itens foram majorados em 757.000%.

número de ações deferidas quanto os valores gastos tendem a ser maiores que os apresentados nesse trabalho, indicando uma realidade ainda mais impactante. Cabe ressaltar, entretanto, que trabalhar com as informações oficiais dos sistemas, explorando-os e tornando-os públicos, apesar de suas conhecidas limitações, é uma importante ferramenta no seu processo de qualificação e busca colaborar na discussão sobre a gestão dos dados. Além disso, ao longo do período investigado houve significativo avanço na qualificação do programa com vistas ao seu uso enquanto apoio para avaliação e planejamento de políticas públicas, indicando interesse e ação por parte dos gestores na sua consolidação.

De qualquer maneira, a direção é clara, inequívoca e indica ascensão da demanda judicial por medicamentos em Santa Catarina, conforme, inclusive, tendência nacional. O Ministério da Saúde classificou o aumento no volume das ações em nível nacional como uma epidemia, com altos e crescentes valores gastos (CONAS, 2007). Em 2003 o valor despendido pela União para compras de remédios por ordem judicial foi de R\$ 188.000,00 e em 2007, apenas até outubro, o valor chegou a R\$ 26.000.000,00. Nos cálculos elaborados pelo Ministério, com o valor gasto no atendimento das ações durante o ano de 2007, seria possível realizar cerca de três milhões de consultas médicas e mais 74 mil partos normais (JUNGMANN, 2007). Possivelmente tais aumentos estão associados ao maior nível de informação e organização da população, através, por exemplo, de associações de portadores de condições patológicas específicas que prestam assessoria jurídica para as pessoas com determinados agravos (MESSEDER *et al.*, 2005; VIANNA E BURGOS, 2005).

Impetrar ações contra o poder público para a obtenção de medicamentos também tem sido cada vez mais difundido e a conquista quase sempre certa para o requerente estimula aqueles que têm tratamentos medicamentosos prescritos e não

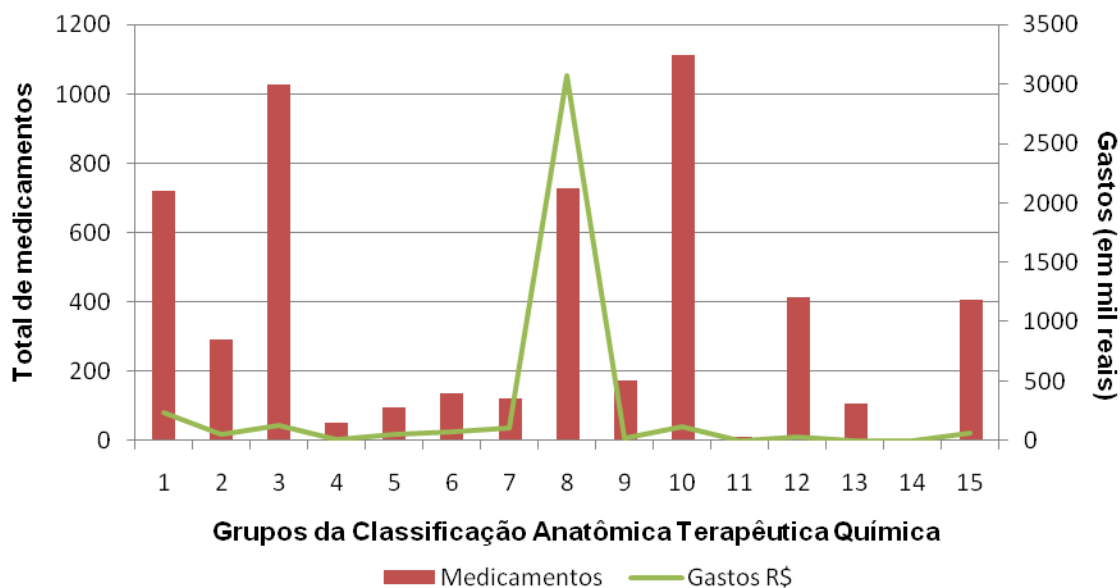
conseguem obter os fármacos por outra via. A maior solicitação de medicamentos e o aumento nos gastos também podem ser atribuídos ao envelhecimento da população e à maior prevalência, por exemplo, de doenças que exigem tratamento contínuo e oneroso, impossível de ser suportado pela renda das pessoas (MOTA *et al.*, 2007). Mota *et al.* (2007) também destacaram o surgimento de novos fármacos e o grande número de medicamentos no mercado, que podem gerar irracionalidade na prescrição e no uso de medicamentos. Entretanto, cabe destacar que apesar dos gastos cada vez maiores, os indicadores de saúde não apresentaram melhorias compatíveis.

O valor gasto pelo ente público na compra de medicamentos para atender às decisões judiciais, associado a um engessado e limitado orçamento para investimento em saúde e à Lei de Responsabilidade Fiscal - que estabelece limite ao gasto público - compromete os recursos disponibilizados para ações coletivas básicas. Estas, por sua vez, são importantes instrumentos de promoção de saúde e prevenção de doenças e com grande potencial de evitar morbidades que, num estado mais avançado, necessitam de suporte farmacológico avançado e representam custos ainda maiores ao governo e/ou ao enfermo. Quanto ao orçamento público em saúde, vale ressaltar que o montante investido no Brasil é relativamente baixo. No ano de 2003 houve investimento governamental em saúde de US\$270 *per capita*, valor bastante inferior ao de outros países, como Argentina (US\$ 518), Chile (US\$ 345), Colômbia (US\$ 439) e França (US\$ 2.213) (WHO, 2006). Evidencia-se, assim, a necessidade de incremento no total investido no setor a fim de atender às necessidades da população e respeitando-se os preceitos das políticas de saúde e de assistência farmacêutica. Há de se destacar também que há pressão realizada pelo mercado através do *marketing* direcionado à população e aos profissionais com intuito de naturalizar a medicalização na sociedade. Conforme Nascimento (2005), esse processo de

naturalização é resultado da crença de que os medicamentos podem aliviar, controlar e curar todos os problemas da vida.

O fato é que tal aumento representa enorme desafio aos planejadores e gestores, pois estas demandas e pressões cresceram com grande intensidade num período de tempo relativamente curto, tornando difícil a tarefa de gestão no SUS. Cabe, assim, aos diversos atores envolvidos nesse processo, a realização de debates em conjunto sobre todas as variáveis envolvidas para que possam atuar de maneira planejada e articulada, sem prejuízo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A classificação dos medicamentos segundo a metodologia ATC permitiu identificar que os mais solicitados foram aqueles referentes ao sistema nervoso, com 20,6% das solicitações (Figura 9). Em seguida, apareceram os medicamentos do aparelho cardiovascular, com 19,0% das solicitações, e os medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores (13,0%). Apesar de ser apenas o terceiro quanto ao total de medicamentos solicitados, o grupo de agentes antineoplásicos e imunomoduladores compreendeu 77% do volume financeiro movimentado pela SES/SC no atendimento das ações entre 2000 e 2006.



1= Digestivo/Metabólico, 2= Sangue e órgãos hematopoiéticos, 3= Cardiovascular, 4= Dermatológico, 5= Genito-Hormonais, 6= Preparações Hormonais sintéticas, 7= Antiinfecciosos sistêmicos, 8= Agentes Antineoplásicos e imunomoduladores, 9= Sistema muscoesquelético, 10= Sistema Nervoso, 11= Antiparasitários, 12=Aparelho Respiratório, 13=Órgãos dos sentidos, 14=Vários e 15= Insumos.

Figura 9 – Total de medicamentos solicitados e de recursos gastos no atendimento aos mandados judiciais deferidos requerendo a provisão de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, segundo a Classificação Anatómica Terapêutica Química, 2000-2006.

A análise individual dos medicamentos demonstrou que os produtos mais solicitados durante os sete anos analisados foram o Adalimumab, seguido do Brometo Tiotrópio e da tira reativa para glicemia (tabela 4). Além disso, verificou-se que 29% dos medicamentos eram padronizados por algum programa governamental estadual ou federal. O Adalimumab, utilizado no tratamento de artrite reumatóide, é um medicamento padronizado pelo programa de medicamentos excepcionais do estado de Santa Catarina, ou seja, possui financiamento próprio e é distribuído pelo SUS aos indivíduos que tiverem a indicação clínica segundo os critérios definidos nos protocolos clínicos terapêuticos. O Brometo de Tiotrópio, medicamento utilizado para asma, consta na RENAME, que serve de base para os municípios, mas estes têm autonomia para selecionar os medicamentos que

disponibilizarão. Assim, o medicamento pode estar ou não contido na listagem de medicamentos do município, entretanto, certamente haverá uma alternativa terapêutica, ou seja, outro medicamento com a mesma finalidade (neste caso um broncodilatador) de responsabilidade de fornecimento pelo município como, por exemplo, o Sulfato de Salbutamol que faz parte da RENAME. A tira reativa para glicemia é utilizada para teste de glicemia em pacientes diabéticos para controle da doença e não consta na lista do SUS. Este insumo é importante para o tratamento domiciliar, mas existe o fornecimento deste serviço (teste de glicemia) nas unidades de saúde nos municípios e são de responsabilidade desta esfera de gestão.

A crescente solicitação dos medicamentos que estão inseridos em programas pode demonstrar alguns possíveis problemas: (i) falta de medicamentos na rede básica; (ii) burocracia para se conseguir participar dos programas; (iii) não conhecimento por parte do prescritor dos programas governamentais existentes e (iv) não enquadramento do indivíduo nos protocolos clínicos. Alguns destes pontos foram evidenciados em 2003 durante a Conferência Estadual de Medicamentos de Santa Catarina, onde foi apontada por parte dos usuários a limitação de medicamentos disponíveis no Sistema Único de Saúde, tanto pela quantidade como pela relação de produtos, além de existir grande burocracia e a necessidade de melhor divulgação das listas entre os profissionais de saúde (SANTA CATARINA, 2005).

O que se pôde perceber no presente estudo é que mesmo sendo de responsabilidade do município, muitos medicamentos estão sendo fornecidos pelo estado devido às decisões judiciais. Dessa maneira, muitos deferimentos realizados pelo judiciário interferem na organização dos serviços de saúde do estado, isentando o município dessa responsabilidade. Evidencia-se o desconhecimento, ou esquecimento, da descentralização

da gestão do SUS, definida pela NOAS (BRASIL, 2001c). Apenas para exemplificar, lembramos que o deferimento para compra por parte da SES/SC do Paracetamol, um medicamento comumente utilizado na atenção básica como analgésico, por exemplo, não deveria ser autorizado para fornecimento pelo estado, e sim pelo município, pois conforme definido pela NOAS este caso é de responsabilidade do município. Tais confusões comprometem a gestão dos serviços de saúde, dificultando não só a provisão, mas também o planejamento dos recursos.

Tabela 4 - Relação dos vinte medicamentos mais solicitados em mandados judiciais deferidos requerendo a provisão de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2000-20006.

| Medicamentos | n | % | % cumulativo |
|---|-------------|--------------|---------------------|
| Adalimumab 40mg frasco 0,8ml | 196 | 3,6 | 3,6 |
| Tiotropio,brometo 18mcg | 140 | 2,6 | 6,2 |
| Tira reativa para glicemia advantage c/ 50 | 127 | 2,3 | 8,6 |
| Clopidogrel 75mg | 76 | 1,4 | 10,0 |
| Insulina glargina 100ui/ml frasco 10ml | 74 | 1,4 | 11,3 |
| Infliximab 100mg | 66 | 1,2 | 12,5 |
| Omeprazol 20mg | 62 | 1,1 | 13,7 |
| Ribavirina 250mg | 60 | 1,1 | 14,8 |
| Sinvastatina 20mg | 52 | 1,0 | 15,8 |
| Clonazepan 2mg | 48 | 0,9 | 16,6 |
| Insulina lispro 1mg/ml frasco 10ml | 47 | 0,9 | 17,5 |
| Interferon peguilado alfa 2ª 180mcg | 42 | 0,8 | 18,3 |
| Propatilnitrato 10mg | 40 | 0,7 | 19,0 |
| Leflunomide 20mg | 37 | 0,7 | 19,7 |
| Gosserrelina 3,6mg | 37 | 0,7 | 20,4 |
| Micofenolato de mofetila 500mg | 36 | 0,7 | 21,1 |
| Etanercept 25mg | 36 | 0,7 | 21,7 |
| Cabergolina 0,5mg | 36 | 0,7 | 22,4 |
| Infliximab 100mg - m050; m051; m052; m053; m058; m060; m068 | 36 | 0,7 | 23,1 |
| Acido acetil salicílico 100mg | 35 | 0,6 | 23,7 |
| Outros | 4130 | 76,3 | 100,0 |
| TOTAL | 5413 | 100,0 | 100,0 |

Situação semelhante ocorre com os pedidos referentes aos insumos farmacêuticos ou correlatos, como fraldas (sobretudo geriátricas), luvas e esparadrapos, revelando que há ausência de políticas públicas voltadas para a saúde da população, uma

vez que tais produtos como estes estão sendo fornecidos à população mediante ações judiciais. Alguns insumos como esparadrapos e luvas são utilizados para troca de curativos, sendo que este procedimento é oferecido nas unidades de saúde ou realizado no próprio domicílio da pessoa através das equipes de saúde. Já as fraldas utilizadas em pacientes são produtos individuais necessários para uma melhor qualidade de vida para as pessoas que possuem a necessidade de utilizá-la. Entretanto, este insumo não consta dos itens de responsabilidade da SES, apesar de se tratar de um produto relativamente oneroso - principalmente quando utilizado de forma contínua - para uma grande parte da população. Este exemplo revela a necessidade de ações intersetoriais, prestadas através do auxílio da assistência social do município.

O fornecimento destes produtos nos remete e reforça a questão da estruturação dos serviços de saúde, pois o medicamento está inserido em contexto mais amplo que é a assistência à saúde, bem como os insumos farmacêuticos e correlatos. Assim, as decisões judiciais trazem sérias implicações na concretização das políticas públicas, pois os gastos não planejados prejudicam as ações coletivas, bem como o planejamento das secretarias de saúde, gerando maiores dificuldades para a concretização de ações de saúde e fortalecimento do SUS.

Como mencionado anteriormente, com o intuito mercadológico e de aumento do faturamento, a indústria farmacêutica lança a cada ano uma grande quantidade de produtos farmacêuticos e difunde a imagem de capacidade e inovação tecnológica. Existem disponibilizados no mercado cerca de 15.000 apresentações farmacêuticas, ou seja, cápsulas, suspensões, comprimidos, drágeas, emulsões e líquidos em diferentes dosagens. Nos anos de 2002 a 2006 surgiram mais de 6.000 produtos novos no mercado, porém muitas dessas supostas inovações não possuem diferencial em relação a outros

medicamentos já estabelecidos (MARIN *et al.*, 2003). Estudo realizado durante o período de 1981 a 2003 pela *La Revue Prescrire* constatou que 66,63% dos novos medicamentos não possuíam novidade e em apenas 10% dos produtos havia algum benefício e/ou resultados relevantes adicionais (SOBRAVIME, 2001). O pesado marketing faz com que os médicos e a população de maneira geral sejam “educados” pela indústria farmacêutica através de suas campanhas publicitárias que visam a promoção do produto, sem indicar efeitos indesejáveis, contra-indicações e os riscos que o medicamento poder apresentar para a saúde e para a própria vida. Assim, através da propaganda as indústrias farmacêuticas conseguem influenciar e condicionar comportamentos de grande parte dos indivíduos e profissionais de saúde, abocanhando fatias do mercado, apesar de muitas vezes os medicamentos inovadores não possuírem melhorias significantes em comparação com os já existentes no mercado (TEMPORÃO, 1986).

Foi ainda constatado por alguns autores, como Messeder *et al.* (2005) e Vieira e Zuchi (2007), que muitos medicamentos obtidos judicialmente são prescritos sem comprovação científica e/ou não são registrados na ANVISA, o que pode comprometer até mesmo a saúde do paciente. Como exemplo pode ser mencionado o tratamento de neoplasias utilizando o medicamento Gefitinib. Segundo a FDA (*Food and Drugs Administration* - Agência Norte-americana para os Medicamentos e Alimentos) esse produto não demonstrou ser mais efetivo em relação às opções já existentes no mercado e recomendou a não utilização por parte dos pacientes (FDA, 2007). Outro caso é a utilização de medicamentos onde a indicação não é aprovada (uso *off label*), como o caso do Sildenafil, que tem como indicação aprovada junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária o tratamento de disfunção erétil, mas está sendo indicado indiscriminadamente em processos para tratamento de hipertensão pulmonar (VIEIRA E ZUCHI, 2007;

AMARAL, 2001, ANVISA, 2005; PEREIRA, 2006). A prescrição desses medicamentos que não apresentam inovação e/ou comprovação de eficácia. Este fatos podem indicar a falta do papel regulador do Estado e a falha nas políticas públicas de regulamentação, de controle das propagandas - sejam elas direcionadas à população e/ou às categorias profissionais -, na capacitação clínica e terapêutica dos profissionais de saúde, no registro de medicamentos junto à ANVISA, do uso racional de medicamentos, da eficácia dos medicamentos e da adesão dos profissionais prescritores a RENAME.

Em relação aos custos, os dez medicamentos que exigiram mais recursos à SES/SC foram a Laronidase (totalizando gastos para entre 2000 e 2006 de R\$ 81.163,80), Temozolamida (R\$ 34.764,30), Infliximab (R\$ 17.678,25), Imatinib 400mg (R\$ 15.721,20), Trastuzumab (R\$ 15.562,32), Iloprost (R\$ 15.339,60), Bosentana (R\$ 10.366,72), Cetuximab (R\$ 13.497,30), Linezolida (R\$ 11.041,38), Rituximab (R\$ 10.512,00), Tolterodina (R\$ 10.074,40) e Etanercept (R\$9.985,00). Desses dez medicamentos, sete são pertencentes à classe terapêutica dos antineoplásicos e imunomoduladores, medicamentos utilizados no tratamento de neoplasias.

O SUS possui organização para o financiamento, atendimento e fornecimento da maioria das nosologias que acometem a população. Parte do problema é a exigência de produtos que não se enquadram na RENAME, como é o caso da exigência do uso de um medicamento específico que não apresenta evidências fortes de sua eficácia e segurança ou para o qual existem alternativas terapêuticas no SUS. Evidencia-se, assim, a falta de conhecimentos legais, técnicos e administrativos por parte dos prescritores e juízes sobre a organização do SUS. Os prescritores muitas vezes desconhecem os programas governamentais e os medicamentos dispensados pelo governo, e por esta falta de conhecimento, aliada à forte pressão dos laboratórios, acabam optando por outros

medicamentos que não os contidos na lista do SUS. Por outro lado, os juízes também desconhecem os protocolos e diretrizes terapêuticas para o tratamento de determinadas doenças, como é o caso do programa de medicamentos de alto custo, para os quais os indivíduos, para terem acesso, devem ser enquadrados nos protocolos clínicos. Assim, medicamentos que deveriam ter indicação clínica para a dispensação, são prescritos por médicos e deferidos pelos juízes, como se constata nas várias sentenças obrigando o estado a fornecer medicamentos mediante ações judiciais que, apesar de existirem critérios, não são considerados para sua dispensação. Além disso, confere-se, também, a contraposição com a tendência internacional de racionalização do uso de tecnologias em saúde, orientada pelo Ministério da Saúde, uma vez que os processos são deferidos sem se pautarem nas melhores evidências científicas disponíveis (VIEIRA E ZUCHI, 2007).

Em relação ao sexo do condutor da ação, verificou-se que 47,5% eram homens e 52,5% mulheres. A diferença observada entre os sexos não foi grande, em que pese as mulheres utilizarem mais os serviços de saúde do que os homens, independente ou não de restrições de atividades por motivo de saúde e associada a questões socioeconômicas, conforme identificado por Travassos *et. al.* (2002). Viera e Zuchi (2007), em estudo conduzido no município de São Paulo, indicaram que do total de ações impetradas contra o município no ano de 2006, 63,0% foram conduzidas por mulheres e 36,5% por homens.

Dos 293 municípios catarinenses emancipados no ano 2000, em 192 (65,5%) houve ações impetradas contra o estado entre 2000 e 2006 (Figura 10). Vale destacar que em 2000, dos municípios do estado, 273 estavam habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica e eram responsáveis pela atenção básica. Destes 20 municípios estavam enquadrados na Gestão Plena do Sistema Municipal, ou seja, eram responsáveis por prestar atendimento de baixa, média e alta complexidade. Dentro das ações analisadas no período

de 2000 a 2006, 19,4% correspondiam a medicamentos padronizados da atenção básica ou a medicamentos de programas estratégicos, sendo estes de responsabilidade de fornecimento dos municípios independente do tipo de gestão.

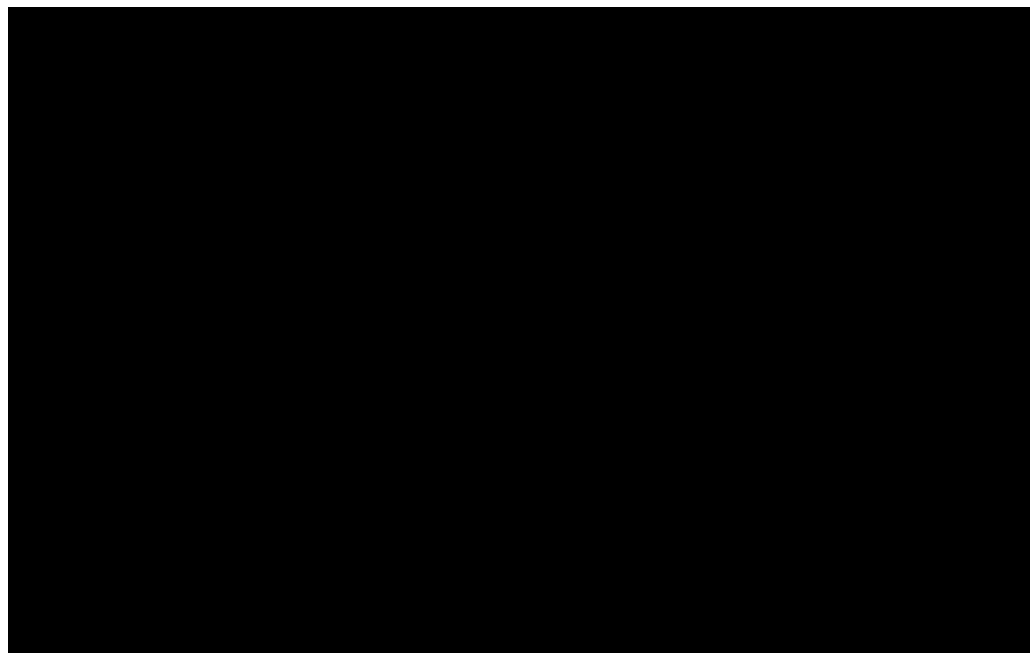


Figura 10 - Distribuição espacial dos municípios catarinenses segundo os quartis da distribuição da relação entre as ações deferidas e 100.000 habitantes, 2000-2006.

Os cinco municípios que concentraram em valores absolutos um maior número de ações foram Florianópolis, com 405 ações, seguida de Blumenau (186 ações), São José (138), Criciúma (123) e Xanxerê (110). Estes municípios concentram 37,3% de todas as ações judiciais deferidas contra o estado de Santa Catarina.

Analisando a distribuição espacial dos municípios do estado onde houve ações movidas, verificamos que há concentração nas regiões próximas aos municípios da grande Florianópolis, Vale do Itajaí e Chapecó. Constatou-se ainda, através do teste de correlação de Spearman, que os municípios com melhores indicadores socioeconômicos apresentaram maior número de ações deferidas por habitante (tabela 5). Diante dessa constatação abrem-se algumas possibilidades, dentre as quais: (i) os municípios com melhores indicadores

socioeconômicos, apesar disso, apresentam baixa provisão de medicamentos e/ou elevadas prevalências de patologias, fazendo com que sua população necessite recorrer à justiça para garantir seu tratamento; ou (ii) nos municípios com melhores condições socioeconômicas há também maior facilidade de acesso por parte da população aos mecanismos judiciais devido à estrutura judiciária e/ou à mais elevada instrução e organização das pessoas. A primeira assertiva é pouco provável, uma vez que a literatura é farta em referências indicando que municípios com melhores indicadores socioeconômicos também apresentam melhores indicadores populacionais de saúde (BALDANI *et al.*, 2002; ISHITANI *et al.*, 2006; BEZERRA FILHO *et al.*, 2007). Já a segunda assertiva pode indicar que os municípios com melhores condições socioeconômicas conseguem prover maior acesso à rede de serviços assistenciais, bem como à estrutura judiciária devido à sua melhor organização e/ou maior divulgação de informações e conseqüentemente maior e melhor nível de organização social. De qualquer maneira, verificou-se a existência, no nível ecológico¹⁸, de diferenças estatisticamente significantes quanto ao número relativo de ações deferidas, podendo indicar iniquidades que poderão repercutir no aumento das desigualdades nos perfis de saúde e socioeconômicos da população catarinense. Vale ressaltar que o delineamento do presente estudo não permitiu identificar se são pessoas mais privilegiadas que estão recorrendo à esfera judicial para obter medicamentos. Constatou-se que em Santa Catarina, entre 2000 e 2006, houve maior relação de mandados deferidos/habitante nos municípios com melhores condições socioeconômicas. Investigações que procedam análises no nível individual são desejáveis para clarear essa questão identificada no presente estudo. Achado similar foi descrito por Vieira e Zucchi (2007) no município de São Paulo em 2006; as autoras observaram que 63% das pessoas

¹⁸ Nível ecológico é o tipo de delineamento de estudo que corresponde a análise de dados correspondentes a agregados populacionais.

que impetraram ações contra o município de São Paulo residiam em área de menor grau de exclusão social.

Tabela 5 – Matriz de Correlação de Spearman: correlação entre o número de ações per capita e indicadores socioeconômicos. Santa Catarina, 2000-2006.

| | AH | IDH | GINI | RPC | POB | MI | EV | FEF | FEM | FES |
|------|----|---------|----------|---------|----------|----------|----------|---------|----------|----------|
| AH | 1 | 0,201** | -0,159** | 0,173** | -0,262** | -0,115** | 0,115** | 0,200* | 0,132* | 0,147* |
| IDH | | 1 | -0,217** | 0,737** | -0,715** | -0,618** | 0,617** | 0,317** | 0,598** | 0,578** |
| GINI | | | 1 | -0,034 | 0,512** | 0,332** | -0,331 | -0,014 | -0,143* | -0,049 |
| RPC | | | | 1 | -0,831** | -0,419** | 0,418** | 0,237** | -0,565** | 0,650** |
| POB | | | | | 1 | 0,524** | -0,524** | -0,125* | -0,506** | -0,516** |
| MI | | | | | | 1 | 1,00** | -0,033 | -0,123* | -0,361** |
| EV | | | | | | | 1 | 0,123* | 0,361** | 0,251** |
| FEF | | | | | | | | 1 | 0,498** | 0,374** |
| FEM | | | | | | | | | 1 | 0,625** |
| FES | | | | | | | | | | 1 |

AH: Ações per capita; IDH: Índice de Desenvolvimento Humano; GINI: coeficiente de Gini; RPC: renda per capita; POB: intensidade de pobreza; MI: taxa de mortalidade infantil; EV: expectativa de vida; FEF: taxa bruta de frequência no ensino fundamental; FEM: taxa bruta de frequência no ensino médio; FES: taxa bruta de frequência no ensino superior; ** Correlação estatisticamente significativa para $p > 0,01$; * Correlação estatisticamente significativa para $p > 0,05$.

5.1 Discurso do Sujeito Coletivo

Através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFEVRE e LEFEVRE, 2003) foram analisadas 486 ações, nas quais identificaram-se nas decisões dos juízes que proferiram ação a favor do autor e, portanto, contra o estado, as idéias centrais preponderantes, suas incidências e o Discurso do Sujeito Coletivo¹⁹.

¹⁹ O Discurso do Sujeito Coletivo foi a metodologia utilizada para analisar os discursos dos juízes. Trata-se de uma metodologia quanti-qualitativa, que permite o resgate das opiniões coletivas. Este recurso metodológico foi amplamente explicado na metodologia no presente trabalho.

Na análise foram identificadas sete idéias centrais (quadro 1), e a partir delas foram construídos os Discursos do Sujeito Coletivo.

Quadro 1 – Idéias Centrais encontradas no discurso dos juízes e contidas nas ações judiciais encaminhadas à Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina, 2000-2006.

| | |
|---|--|
| A | O direito à vida e à saúde deve ser garantido pelo Estado, conforme a Constituição Federal, a Constituição Estadual e legislações afins. |
| B | O defensor da Justiça defende o bem maior que é a vida e não o interesse estatal. |
| C | O autor é portador de uma doença específica, como no caso do portador de HIV e necessita, portanto de um medicamento para o tratamento e não possui condições financeiras para adquiri-lo. |

Quanto à incidência, a idéia central A foi identificada como discurso preponderante em 356 ações, correspondendo a 73,25% das ações (Figura 11). A partir do conteúdo destas ações chegamos ao DSC, conforme descrito a seguir.

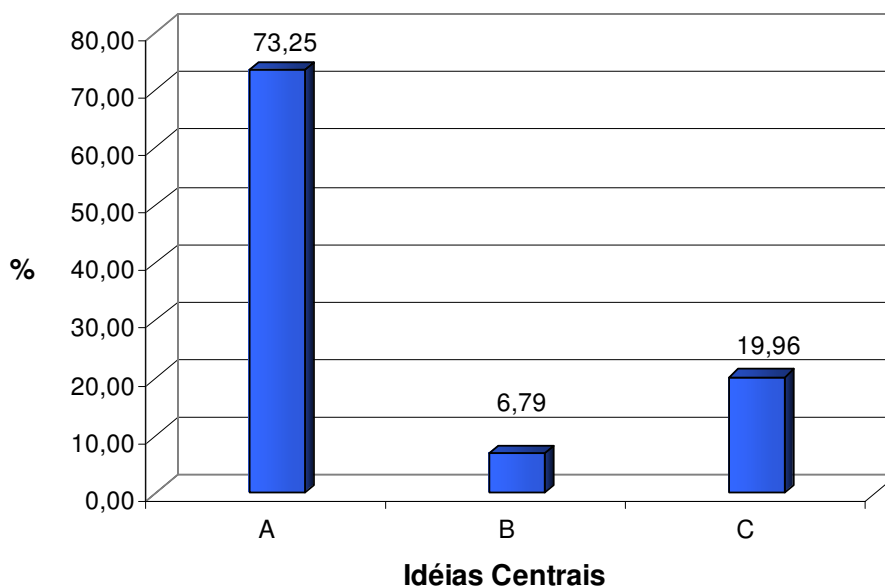


Figura 11 - Incidência das Idéias Centrais contidas nas ações judiciais encaminhadas à Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina, 2000-2006.

Idéia central A - O direito à vida e à saúde deve ser garantido pelo Estado, conforme a Constituição Federal, a Constituição Estadual e legislações afins.

Discurso do Sujeito Coletivo:

“A saúde, conforme o disposto no art. 96 da Constituição Federal, repetido pelo art. 153 da Constituição Estadual, “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao cesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A Constituição Federal, no seu art. 198, consigna que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...] II - atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; [...] § 1º - O Sistema Único de saúde será financiado, nos termos do art. 9, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Diante dessas disposições, observa-se que o sistema único de saúde garante o fornecimento de cobertura integral aos seus usuários - não importando se de forma coletiva ou individualizada, como no caso em apreço -, e por todos os entes estatais da Administração Direta: União, Estados, Distrito Federal e Municípios, do que decorre a impossibilidade do reconhecimento da irresponsabilidade do Estado, como queria fazer crer o réu ao afirmar sua ilegitimidade passiva. Sobre a universalidade da cobertura, no âmbito infraconstitucional, a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao regular o Sistema Único de Saúde - SUS e dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e funcionamento dos serviços a ela correspondentes, estabelece no art. 6º que 'estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: [...] d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. “A legitimidade no caso se apóia de forma específica no art. 201 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Portanto, não há que se cogitar, na espécie, de direitos disponíveis, pois

mesmo tendo sido direcionada a demanda apenas em favor de uma menor, o cerne da discussão corresponde ao cumprimento da Lei n. 8.069/90 que envolve matéria referente a crianças e adolescentes, identificando-se, de conseguinte, a legitimidade, de forma específica. "Art. 201. Compete ao Ministério Público:"

"V - promover o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos interesses individuais, difusos ou coletivos relativos à infância e à adolescência, inclusive os definidos no art. 220, § 3º, inciso II, da Constituição Federal;"(...)"

"VIII - promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos. "A Lei Fundamental assim determina: "Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão."

"Na concepção da Lei n. 10.741/03, todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos é idoso. Isso estabelecido, tem-se que a legislação em tela prevê expressamente que, verificada qualquer das hipóteses previstas no seu art.43, o Ministério Público ou o Poder judiciário, a requerimento daquele, poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas: [...]; III - requisição para tratamento de saúde, em regime ambulatorial. De sua vez, o artigo 74 preconiza: "Compete ao Ministério Público: I - instaurar o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos do idoso; [...]; III - atuar como substituto processual do idoso em situação de risco, conforme o disposto no art. 43 desta Lei".Não se pode perder de vista, ainda, o disposto nos artigos 2º e 79 do Estatuto. O primeiro assegura ao idoso todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, em especial o acesso aos meios para a preservação de sua saúde física e mental; enquanto que o segundo e último proclama que verbis: "Regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados ao idoso, referentes à omissão ou ao oferecimento insatisfatório de: I - acesso às ações e serviços de saúde [...]"."A melhor orientação doutrinária é aquela que, a partir do século XX, considera que as normas pertinentes à saúde, por ser ela o mais típico dos direitos sociais, têm aplicabilidade

imediate, independentemente de norma regulamentadora. As normas que promovem a garantia de direitos fundamentais não podem ser consideradas como programáticas, porque possuem um conteúdo que pode ser definido na própria tradição da civilização ocidental-cristã e a sua regulamentação legislativa, quando houver, nada acrescentará de essencial: apenas pode ser útil (ou, porventura necessária) pela certeza e segurança que cria quanto às condições de exercício dos direitos ou quanto à delimitação frente a outros direitos. Destarte, defronte de um direito fundamental, cai por terra qualquer outra justificativa de natureza técnica ou burocrática do Poder Público”. “ O Sistema Único de Saúde, estabelecido pelo art. 198 da Carta Magna e regulamentado pela Lei n. 8.080/90, descentralizou os serviços e conjugou os recursos financeiros da União, Estados e Municípios, com o objetivo de aumentar a capacidade de resolução dos serviços, bem como a universalização do acesso à saúde. Logo, trata-se de obrigação solidária, não existindo, assim, hierarquia entre os entes federativos no que se refere ao dever de custear tratamentos médicos. É dever do Poder Público propiciar condições de saúde a todos, por conseguinte, incumbe à Municipalidade, em face da obrigação solidária existente entre ela, o Estado, os municípios e a União, a obrigação de colocar os referidos medicamentos à disposição do autor. In casu, cabe ao Estado Membro colocar os medicamentos à disposição da necessitada, visto que o Sistema Único de Saúde, instituído pela Lei n. 8.080/90, descentralizou os serviços e conjugou os recursos financeiros. É dever do Poder Público propiciar condições de saúde a todos e, consoante exegese da Lei n. 8.080/90, a Administração Estadual é parte legítima para figurar no pólo passivo da presente demanda em face da obrigação solidária existente entre ela, os Municípios e a União. Ocorrendo obrigação solidária das três esferas governamentais quanto à garantia de proteção à saúde dos cidadãos, não há de se falar em ilegitimidade passiva do Estado, pois a obrigação poderá ser exigida de um ou de todos os entes. Podendo assim o autor da ação optar de qual dos entes irá exigir-la”.

A argumentação utilizada no discurso coletivo A, que correspondem a 356 ações (73,25% do total analisado), referem-se a questões legislativas, ou seja, a Constituição Federal e Estadual, o Estatuto do Idoso e o Estatuto da Criança e do Adolescente, que postulam que é dever do Estado garantir a saúde a todos os cidadãos e,

especificamente, no caso dos Estatutos da Criança do Adolescente e do Idoso a esses grupos populacionais. Esta argumentação utilizada para o deferimento das ações se torna fragmentada a partir do momento em que se compreende que as leis estão atreladas às políticas públicas existentes, conforme mencionado, inclusive, na lei 8.080. De fato, o poder judiciário vem sustentando que as decisões estão pautadas apenas pela afirmação do direito à saúde e ignora que os direitos foram instituídos atrelados às políticas sociais e econômicas existentes (MARQUES e DALLARI, 2007). Nesse entendimento, por inexistência ou precariedade de políticas públicas que atendam satisfatoriamente às demandas sociais, a ação judicial se faz necessária e acertadamente deve ser deferida pelo julgador, afinal o estado deve se responsabilizar pela saúde da população.

As argumentações encontradas no discurso estão atreladas a um determinado período, por exemplo no discurso, fala-se sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e se trata também do Estatuto do Idoso, legislações criadas em 1990 e 2003, ou seja, são relativamente recentes. Esta questão temporal pode demonstrar que os juízes emitem seus julgamentos a partir do contexto social e dos valores que norteiam uma determinada sociedade em um determinado período, tendo alguns temas e discursos prevalentes em determinados momentos históricos.

O DSC relata também a obrigação solidária de todos os órgãos administrativos, sejam eles federal, estadual ou municipal. Não se considera, portanto a NOB 96 e a NOAS 2001, onde estão definidas as responsabilidades dos respectivos gestores. Assim, se o deferimento é feito e coloca o indivíduo na posição de poder optar de qual ente (município, estado ou união) irá exigir os medicamentos coloca-se em xeque a organização do SUS e se desresponsabiliza o real responsável pela atenção ao indivíduo. Em entrevista apresentada no trabalho de Viana e Burgos (2005), um secretário municipal de saúde

relatou que a solidariedade entre as três esferas de governo pesa muito sobre os municípios, pois os mesmos têm que fornecer medicamentos que não são da sua competência, como medicamentos excepcionais, pois, como no relato de um gestor, “chega a liminar com o cumpra-se”. E o mesmo acontece com o governo estadual quando se determina judicialmente que medicamentos que são da competência dos municípios devam ser comprados pelo estado num prazo estipulado. Na avaliação do Tribunal de Contas da União (2005) esta situação gera efeitos negativos sobre a ação da assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais, pois o crescente número de ações compromete o gerenciamento e muitas vezes o usuário que estaria vinculado ao programa tem interrupção do seu tratamento devido à necessidade de fornecimento da medicação para paciente da ação judicial. Estas decisões sem dúvida são negativas pois todo o planejamento e programações realizadas pelo executivo são ignoradas e precisam ser reavaliadas conforme definido a ação judicial (BRASIL, 2005c).

A Idéia Central B foi identificada em 33 processos, sendo a terceira idéia mais incidente. Como resultado do DSC temos:

Idéia central B – O defensor da Justiça defende o bem maior que é a Vida.

Discurso do Sujeito Coletivo

"O ser humano é a única razão do Estado. O Estado está conformado para servi-lo, como instrumento por ele criado com tal finalidade. Nenhuma construção artificial, todavia pode prevalecer sobre os seus inalienáveis direitos e liberdades, posto que o Estado é um meio de realização do ser humano e não um fim em si mesmo" O argumento de que a norma constitucional de regência tem natureza programática, não impressiona e nem convence. A uma, porque dentre os interesses jurídicos de realce, no Estado Democrático de Direito, a vida está acima de qualquer outro. A duas, porque o homem, razão do Estado, dispõe desse direito fundamental, da garantia de ação para preservá-lo ou recuperá-lo. A três,

porque constitui dever do gestor encetar e desenvolver políticas sociais e econômicas necessárias a sua implementação prioritária e efetiva. Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, caput), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo - uma vez configurado esse dilema, que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só é possível opção: o respeito indeclinável à vida" Não há que se falar em ausência de previsão orçamentária para arcar com as despesas relativas ao fornecimento dos medicamentos pretendidos, mormente porque "o Judiciário não desconhece o rigorismo da Constituição ao vedar a realização de despesas pelos órgãos públicos, além daquelas em que há previsão orçamentária (o orçamento do Estado, no item da Secretaria da Saúde contém previsão para compra de remédios...); este Poder, todavia, sempre consciente de sua importância como integrante de um dos Poderes do Estado, como pacificador dos conflitos sociais e defensor da Justiça e do bem comum, tem agido com maior justeza optando pela defesa do bem maior, veementemente defendido pela Constituição - A VIDA - interpretando a lei de acordo com as necessidades sociais imediatas que ela se propõe a satisfazer"

O discurso B refere-se à defesa da vida como bem soberano. Neste discurso deve-se destacar sobre o direito social que cabe ao Estado tutelar e defender a vida, que deve ser colocada em primeiro lugar. Mas é necessário que sejam definidos parâmetros para que os indivíduos não tenham seus direitos violados, pois caso contrário todos ficarão submetidos à interpretação dos juízes, não havendo necessariamente critérios técnicos padronizados para o julgamento das sentenças. Quando o juiz coloca no discurso que o Estado é um meio de realização do ser humano é não um fim, reveste a argumentação da obrigação do Estado em servir o indivíduo, responsabilizando o Estado em suas condutas para manter a vida, colocando este argumento acima de qualquer norma existente. O Estado tem sua responsabilidade em prover a saúde para todos os cidadãos, inclusive

através da provisão de serviços assistenciais em saúde e do fornecimento de medicamentos para todos os cidadãos que necessitarem deste recurso terapêutico. No entanto, este fornecimento deve seguir as regulamentações existentes e ser pautado por critérios claros e bem definidos.

A idéia Central C foi a segunda idéia mais preponderante nas análises, com 97 ações.

Idéia central C - O autor é portador de uma doença específica, como no caso do portador de HIV e necessita, portanto de um medicamento para o tratamento e não possui condições financeiras para adquiri-lo.

Discurso do Sujeito Coletivo

“É dever do Estado fornecer remédios indispensáveis ao tratamento e garantia do direito à saúde a pacientes com hipossuficiências reconhecidas. A impossibilidade do enfermo em arcar com os custos dos medicamentos que necessita, obriga o ente público a não se eximir de prestar a integral e universal assistência, garantindo assim o desenvolvimento nacional, erradicando a marginalização e reduzindo as desigualdades sociais e regionais. Estando suficientemente demonstradas as moléstias e a impossibilidade de a impetrante arcar com o custo dos medicamentos, referentes ao respectivo tratamento, nada obstante de pequena monta, surge para o Poder Público o inafastável dever de fornecê-los gratuitamente, assegurando-lhe o Direito fundamental à saúde previsto no art. 197(t)-2.16558(i)-Constituição Federal de 1988”. “ A Lei n. 9.313 de 13.11.96 em seu ar84()-285(.)-0.146571(1)-0.2°804.

legal compele o sistema único de saúde ao fornecimento da medicação indispensável ao tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e sendo o Estado integrante do mesmo Sistema, a este compete fornecer os medicamentos indispensáveis a, no mínimo, deter a evolução da moléstia" O fornecimento de medicação destinada a conter a progressão da patologia conhecida por AIDS ou SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos portadores do vírus HIV é direito assegurado pelo disposto nos arts. 1º e 2º, da Lei Federal n. 9.313/96. A plausível probabilidade de êxito letal, caso o tratamento venha a ser negado ou suspenso, autoriza a dispensa de licitação e de previsão orçamentária para a sua aquisição. A probabilidade mais ou menos certa de êxito letal caso haja suspensão ou interrupção do fornecimento da droga ao paciente, justifica a despesa do processo licitatório e de prévia autorização orçamentária .

Na mesma linha de raciocínio seguida nos DSC's A e B, analisamos o DSC C que se refere à Lei nº 9.313 (referente à competência do SUS no fornecimento dos medicamentos para tratamento da AIDS). Nestes casos a prestação de atenção já é realizada através de política específica desde 1996, com a distribuição de medicamentos anti-retrovirais, sendo até referência internacional. Apesar do fornecimento de medicamentos estar sendo realizado há mais de 10 anos, há ainda indivíduos solicitando medicamentos que não estão contidos na lista padronizada, muito embora haja similar terapêutico disponível. Mais uma vez, destaca-se que este fato pode revelar o desconhecimento do prescritor, tanto do setor privado quanto do setor público. Nos casos em que a indicação equivocada parte de um profissional da saúde que exerce atividades no setor público, tal ato se torna ainda mais inadmissível, pois é imperioso que o mesmo conheça os programas governamentais e as suas respectivas listas de medicamentos. Mas também pode revelar que muitas das escolhas terapêuticas estão pautadas por questões escusas e de ordem pessoal. Nesse sentido, Wanaza (2000) descreveu que pesquisadores

com projetos financiados pelas indústrias farmacêuticas têm 95% de chances de prescrever o medicamento e que há 79% de chances dos médicos pedirem inclusão de medicamentos na listagem do hospital quando estes têm suas viagens de eventos patrocinadas pelos laboratórios farmacêuticos.

A questão financeira pontuada neste discurso, remete ao fato de o indivíduo ter poucas condições financeiras para o custeio da medicação, pode ser entendida como uma percepção ‘focalizada’ da política de saúde por parte do juiz. A alegação de que o requerente é pobre não deveria ser a única variável a guiar a decisão do magistrado. No mesmo sentido, porém em direção oposta, numa ação julgada no estado de Santa Catarina, o pedido de determinado medicamento foi indeferido sob a única alegação de que o solicitante era empresário e, portanto, podia-se supor que haveria condições financeiras do mesmo arcar com a compra do medicamento (SANTA CATARINA, 2007). É certo que as políticas de assistência social - saúde, educação, etc. - devem ser equânimes a fim de que as iniquidades sejam minimizadas e extintas. Porém, este discurso descontextualizado e acrítico de que os serviços públicos cabem aos pobres instiga a implementação de programas focalizados, cuja eficácia é criticada e as conseqüências à sociedade desastrosas (SOARES, 2003). Segundo Soares (2003), tal prática, associada à mercantilização dos serviços públicos, configura-se como o “minimalismo social”. Neste caso o direito social seria substituído pela filantropia, a solidariedade coletiva pela ajuda individual, o permanente pelo emergencial e provisório e as políticas públicas pelas microssoluções *ad hoc*. Ou seja, as decisões não podem ser pautadas por considerações particulares dos juízes, mas devem estar fundamentadas em políticas claras, estruturantes e coletivas no setor saúde.

Todos os DSC's citados demonstraram que o poder judiciário não remete suas decisões à política de medicamentos, além de ignorar a organização do SUS e as definições sobre o orçamento público. A mesma situação foi descrita por Marques e Dallari (2007) nas ações referentes ao município de São Paulo. As autoras relatam que apesar da estrutura do poder judiciário estar ligado ao sistema político, as decisões não processaram os elementos das políticas públicas no caso a política de medicamentos. Outra argumentação delas é que a assistência farmacêutica somente será garantida para toda a coletividade a partir do conhecimento das políticas de assistência farmacêutica pelo poder judiciário. Este conhecimento, ou a busca pelo conhecimento, se faz necessário uma vez que o juiz não necessariamente possui todas as informações necessárias para julgar, sejam elas técnicas ou legais a respeito da organização do Sistema Único de Saúde. Dessa maneira, sugerem a composição de uma equipe formada por especialistas que dêem suporte para as decisões judiciais e assim chegando a melhores soluções para o indivíduo e para o Estado.

Corroborando a assertiva supracitada cabe ressaltar outra decisão judicial apontada por Amaral (2001). O mesmo autor descreveu um caso em que o juiz entendeu que o direito à saúde está garantido pela Constituição e por si só esse fato seria suficiente para condenar o estado de Santa Catarina a custear um tratamento experimental, mesmo sem comprovação de eficácia, para o tratamento da distrofia muscular de Duchene nos Estados Unidos. Casos similares foram negados em outros tribunais no Brasil, como é o caso de São Paulo, em que se sustentou que o judiciário não tem amplitude para se sujeitar a atividades do Executivo e substituí-lo nas escolhas de prioridades (Amaral, 2001).

É importante registrar o posicionamento a favor dos direitos sociais legalmente constituídos vinculados às políticas públicas existentes. Nos casos em que o medicamento necessário para o adequado tratamento – pautado nas melhores evidências científicas

Burgos (2005) sintetizaram a análise de magistrados como um dilema em se posicionar como Dom Quixote, numa postura voluntarista aceitando o pleito dos recursos, mas tendo como consequência macular sua imagem dentro do Tribunal pela postura contra o executivo e contribuindo para desintegrar o direito; ou como Pilatos, negando os pleitos, mas, assim, contrapondo o judiciário aos avanços da cidadania e como canal de luta por direitos.

Na busca por tratamento se observa também a pressão exercida pelas indústrias e a corrida para introduzir novas tecnologias para consumo dos doentes, que revestidos da possibilidade de uma “salvação” acabam também por pressionar os profissionais. Assim, os mandados judiciais podem vir ao encontro destas situações e acabar disfarçando os interesses de determinados laboratórios para se chegar ao seu objetivo, o lucro. Conforme Marques e Dallari (2007) afirmam, as ações podem acobertar os interesses dos laboratórios farmacêuticos detentores das inovações tecnológicas e que precisam conquistar mercado.

Nessa dinâmica das pressões atuais tanto por parte de laboratórios junto aos profissionais, bem como de populares e/ou grupos de doentes junto aos juízes, se faz necessário que se estabeleçam critérios claros para as decisões jurídicas. Amaral (2001) discute como de extrema relevância em seu trabalho os critérios de escolha, pois como confirmou-se nos discursos dos juízes, não existem definições claras e um pensamento unificado pautado por convenções edificadas no bojo do Sistema Único de Saúde pelos diversos atores que o estruturam e seguindo o uso racional de medicamentos.

Em relação às escolhas, Amaral (2001) nos instiga a refletir sobre elas e a prestação de contas à sociedade, lembrando que a escolha de uma determinada situação individual terá como consequência a diminuição dos recursos para ações coletivas. Estes

processos passam a ser individualizados e por vezes sem uma discussão aprofundada sobre as conseqüências para a coletividade e o setor saúde:

[...] se os recursos são escassos, como são, é necessário que se façam decisões alocativas: quem atender? Quais os critérios de seleção? Prognósticos de cura? Fila de espera? Maximização de resultados? Quem consegue primeiro uma liminar? Tratando-se de uma decisão, nos parece intuitiva a necessidade de motivação e controle dos critérios de escolha, uma prestação de contas à sociedade do por que preferiu-se atender a uma situação e não à outra. (Amaral, 2001, p37)

A urgência e o risco de eminência de morte relatados pelos impetrantes colocam uma questão técnica que enseja a necessidade de avaliação do profissional de saúde. Assim, o profissional de saúde se torna um importante ator para a mudança de atitude, pois é através dele que será influenciada e/ou criada a demanda, tornando o discernimento ético e a sua capacitação técnica importante para a tomada de decisão, a fim de se evitar pressões externas. As equipes multiprofissionais são importantes neste contexto para que os casos sejam discutidos e solucionados de acordo com as necessidades pessoais e coletivas através de critérios claros sobre necessidades, indicações terapêuticas, tratamentos disponibilizados no SUS e urgências.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência farmacêutica se configura como um direito social, além de ser um grande desafio para os gestores e o poder judiciário, para garantir a efetivação desta política. Para tal é importante que se reconheça por parte do judiciário às políticas públicas existentes que estão atreladas à constituição federal.

O papel do judiciário tem grande relevância por ser responsável por mudanças institucionais e ser um dos atores da judicialização da política, processo este em que se transfere o poder decisório do poder executivo e do poder legislativo para os juízes, colocando nas mãos dos magistrados escolher e definir as intervenções, ou seja, configura-se a intervenção nas políticas públicas por parte do judiciário (OLIVEIRA, 2005). Nas decisões proferidas pelos juízes constatou-se que o discurso mais utilizado foi acerca do arcabouço legal, não versando pelas políticas públicas existentes, nem tampouco as escolhas terapêuticas em detrimento de medicamentos que faziam parte de algum programa governamental.

Há também que pontuar algumas fragilidades nas políticas, pois existem demandas por determinados medicamentos que se faz necessária sua padronização junto aos programas governamentais e o deferimento pelo poder judiciário. Em contrapartida medicamentos que não possuem registro junto a ANVISA, bem como se tem o seu uso *off label* e que são deferidos pelos juízes, sem levar em consideração potenciais riscos ao usuário e respectivas responsabilidades.

De acordo com os resultados desta pesquisa o elevado e crescente número de ações judiciais, gastos, o maior número de ações impetradas por munícipes de cidades com melhores condições sócio-econômicas, e os discursos dos juízes, verificou-se a grande interferência por parte do judiciário nas políticas de públicas de saúde. Alterando assim

planejamento e programações, alocando os recursos para ações individuais em detrimento das ações coletivas da secretaria do estado de Santa Catarina.

7 CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos no presente trabalho foi possível concluir que:

- . *Ao longo do período investigado houve ascensão no número de ações judiciais deferidas contra o estado de Santa Catarina solicitando medicamentos, no total de medicamentos solicitados e no volume financeiro gasto pelo estado de Santa Catarina para fornecimento dos medicamentos.*

No último quadriênio investigado houve aumento de 1.878% no total das ações deferidas, de 2.156% no total de medicamentos solicitados e os gastos foram majorados em 757.000%. Este fato representa um desafio aos planejadores e gestores, pois as demandas cresceram exponencialmente em um período relativamente curto tornando a gestão do SUS uma tarefa difícil.

- . *Os medicamentos mais solicitados foram referentes ao sistema nervoso, seguidos pelo aparelho cardiovascular e os medicamentos antineoplásicos, sendo este o grupo que compreendeu maior volume financeiro.*

A análise realizada no período de sete anos constatou que os medicamentos mais solicitados foram os referentes ao sistema nervoso (20,6%), aparelho cardiovascular (19%) e referente aos medicamentos antineoplásicos (13%). A maior parte destes medicamentos são utilizados para doenças crônico-degenerativas e comumente são administrados de forma contínua e geram custos relativamente altos. A atualização das listas dos medicamentos

padronizados e dos critérios dos protocolos clínicos se faz necessária para melhorar o acesso a estes medicamentos.

3. *Dos medicamentos solicitados via ação judicial, 9% eram padronizados em algum programa governamental estadual e ou federal.*

constituição federal e leis orgânicas (64,61%), falta de condições financeiras do impetrante (16,87%), a defesa da vida (6,79%), a responsabilidade compartilhada entre união, estado e município (3,50%), a lei que rege o tratamento para AIDS (3,09%), o estatuto da criança do adolescente e do idoso (2,67%) e a saúde como direito social independente de norma reguladora (2,47%). Estas decisões desconsideram a política pública, apesar da lei estar atrelada às políticas públicas existentes. Assim, estes deferimentos enfraquecem o sistema de saúde, pois individualizam a prestação de assistência e despendem recursos coletivos em ações individuais.

7 REFERÊNCIAS

- ANVISA. **Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 102/2000**. Disponível em: <<http://www.ANVISA.gov.br/legis/resol/2000/102>>. Acesso em: 05 set 2007.
- _____. **Como a ANVISA vê o uso *off label* de medicamentos**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/registro/registro_offlabel.htm>. Acesso em: 20 out 2007.
- ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: o ponto cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.3, n.1-3, p.4-20, 2000.
- AMARAL, G. **Direito, Escassez & Escolha**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.
- ANDRADE, M.V.; NORONHA, K.V.M.S.; OLIVEIRA, T.B. Determinantes dos gastos das famílias com saúde no Brasil. **Economia**, v.7, n.3, p.485-508, 2006.
- AZEVEDO, P.F. **Aplicação do direito e contexto social**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.
- BALDANI, M.H.; NARVAI, P.C.; ANTUNES, J.L.F. Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.3, p.755-763, 2002.
- BARATA, R.B.; BARRETO, M.L.; ALMEIDA FILHO, N.; VERAS, R.P. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- BARROS, J.A.C. Medicalización y salud. **Cuad Med Soc**, n. 28, p. 25-31, 1984.
- _____. **Políticas Farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?** Brasília: UNESCO, 2004.
- BARROSO, L.R. **Interpretação e aplicação da Constituição**. São Paulo: Saraiva, 1999.
- _____. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.
- BERMUDEZ, J.A.Z. Medicamentos genéricos: uma alternativa para o mercado brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.3, p.368-378, 1994.
- BERMUDEZ, J.A.Z.; POSSAS, C. Análisis crítico de la política de medicamentos en el Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.119, n.3, p.270-277, 1995.
- BERMUDEZ, J.A.S.; OLIVEIRA, M.A.; ESCHER, A. **Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado**. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.

BEZERRA FILHO, J.G.; PONTES, L.R.F.S.K.; MINÁ, D.L.; BARRETO, M.L. Mortalidade infantil e condições sociodemográficas no Ceará, em 1991 e 2000. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.6, p.1023-1031, 2007.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BLACK, D.; MORRIS, J.N.; SMITH, C.; TOWNSEND, P. **The Black Report**. London: Penguin, 1982.

BRASIL. **Decreto 53612 de 1964**. Dispõe sobre a aquisição de medicamentos pela administração pública federal. Brasília, 1964. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=114750>. Acesso em: 15 ago 2007.

_____. **Decreto 68806 de 1971**. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Diário Oficial da União. Brasília, 1971. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ListaReferencias.action?codigoBase=2&codigoDocumento=198888>>. Acesso em: 15 ago 2007.

_____. **Lei nº 5991**. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1973. Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=34&word=>>. Acesso em: 10 mai 2007.

_____. **CEME (Central de Medicamentos). Relatório de atividades**. Brasília: Ceme, 1976.

_____. **Conferência Nacional de Saúde, 8ª Brasília, 1986**. *Anais 8ª CNS Brasília 1986*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-389.

_____. **Constituição Federal**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

_____. **Lei no. 8.080**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 20 set 2006.

_____. **Lei nº 8142**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 20 set 2006.

_____. **Lei nº 9313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília: Senado Federal, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS: NOB – SUS 96**. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 fev 2007.

_____. **Lei n° 9787**. Altera a lei n.º 6360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1999a.

_____. **Lei n° 9782**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1999b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 176**, 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos, 1999c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1077**, 24 de agosto de 1999. Implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental. Brasília, 1999d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 956**, 25 de agosto de 2000. Regulamenta a portaria 176 e estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo da Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 343**, 21 de março de 2001. Cria o incentivo à assistência farmacêutica básica. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Serie C. Projetos, Programas e Relatórios. N° 25. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS –SUS**. Brasília, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília, 2001d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a

_____. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME**. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: medicamentos excepcionais**. Brasília: 2002c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 371**, 04 de março de 2002. Implanta o Programa Nacional de Medicamentos para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, 2002d.

_____. Ministério da Saúde. **Acesso aos medicamentos, compras governamentais e inclusão social**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.084**, de 26 de outubro de 2005. Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Estudo Comparado**. Regulamentação da propaganda de medicamentos. Brasília, 2005b.

_____. TCU (Tribunal de Contas da União). **Avaliação do TCU sobre a ação assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais**. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. Brasília, 2005c.

_____. **Portariano 1105**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2005d. Disponível em: < <http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/1669559.xml>>. Acesso em: 15 out 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**, 22 de fevereiro de 2006. Divulgação do Pacto pela Saúde 2006. Brasília, 2006a.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p.2005-2008, 2006.

CALLEGARI, L. **Análise setorial: Farmácias e Drogarias**. São Paulo: Gazeta Mercantil, 1999.

CAMARGO JR., K. R. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMARGO JR., K. R. As armadilhas da “Concepção Positiva da Saúde”. **Physis**, v.76, n.1, p. 63-76, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CAPISTRANO FILHO, D. **Da saúde e das cidades**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARMO, E.H.; BARRETO, M.L.; SILVA JR., J.B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.12, n.2, p.63-75, 2003.

CARVALHO, G.B.; MARTIN, G.B.; CORDONI JR., L. **A organização do Sistema de Saúde no Brasil**. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL, 2001.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Assistência Farmacêutica. In: CONASS. **Relatório Final de Oficina de Trabalho**: Aracaju, junho de 1997. Brasília: CONASS, 1997.

CONILL, E.; PIRES, D.; SISSON, M.C.; OLIVEIRA, M.C.; BOING, A.F.; FERTONANI, H.P. et al. **Relação público-privado e arranjos tecno-assistenciais na utilização de serviços de saúde: um estudo de itinerários terapêuticos na região sul**. Florianópolis, Rede de Centros Colaboradores em Saúde Suplementar/Núcleo Sul, 2007.

CORDEIRO, H.A. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DA ROS, M.A. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. In: BAGRICHEVSKI, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. (Orgs). Saúde em debate na Educação Física. Blumenau: Nova letra, 2006.

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

DEMO, P. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas: Autores Associados, 1995.

DOIMO, A. M. **A vez e a voz do popular: Movimentos Sociais e participação política no Brasil pós-70**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ANPOCS, 1995.

DUPIM, J.A.A. **Assistência farmacêutica: um modelo de organização**. Belo Horizonte: SEGRAC, 1999.

FDA (Food and Drug Administrations). **Questions and answers on Iress**. Disponível em: <<http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/iressa>>. Acesso em: 20 out 2007.

FEFER, E. El programa regional de medicamentos esenciales de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. **Boletín Informativo de Medicamentos**, v.8, p.2-3, 1993.

GUTIERREZ, P.R.; OBERDIEK, H. Concepções sobre saúde e doença. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

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

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

_____. **Revista do Censo de 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 fev 2007.

_____. **Características da população**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/demograficas.html>>. Acesso em: 12 set 2007.

ICHITANI L.H.; FRANCO, G.G.; PERPÉTUO, I.H.A.; FRANÇA, E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.4, p.684-691, 2006.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IMS (Intercontinental Marketing Services – Health). **Global Pharmaceutical Market Forecasts – Market Reports**. Disponível em: <<http://www.ims-global.com/insight/report/global/report.htm>>. Acesso em: 15 mar 2007.

JUNGMANN, M. **Ministério da Saúde classifica como epidêmico volume de ações judiciais contra o SUS**. Brasília: Agência Brasil, 2007.

KUNTZ, R. **Os direitos sociais em xeque**. São Paulo: Cedec, 1995.

LAURELL A.C. **Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos**. In: BARATA, R.B.; BARRETO, M.L.; ALMEIDA FILHO, N.; VERAS, R.P. Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

LEFEVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Depoimentos e discursos uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Liber Livros, 2005.

LEXCHIN, J.; BERO, L.A.; DJULBEGOVIC, B.; CLARK, O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. **British Medical Journal**, n.326, p.1167-1176, 2003.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática: anos 80. **Physis**, v.1, n.1, p.77-97, 1991.

MARIN, L.; LUZIA, V.L.; OSORIO DE CASTRO, C.G.S.; SANTOS, S.M. (Orgs). **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Brasília: OPAS, 2003.

MARQUES, S.B.; DALLARI, S.G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n1, p.1001-107, 2007.

MENDES, E.V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In: Mendes, E.V. Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

MESSEDER A.M.; OSORIO DE CASTRO C.G.S.; LUIZA, V.L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p.525-534, 2005.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MSF (Medecins Sans Frontieres). **Desequilíbrio fatal: a crise em pesquisa e desenvolvimento de drogas para doenças negligenciadas**. Geneve: MSF, 2001.

MOTA, D.M.; SILVA, C.G.M.; ORTUN, V.S.C.E. Uso Racional de Medicamentos: uma abordagem econômica para a tomada de decisões. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** [periódico na internet] 2007 [Citado em 10 dez 2007]; [cerca de 15 p.]. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>

NASCIMENTO, A.C. “**Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado**”: Isto é regulação? São Paulo: Sobravime, 2005.

NAVARRO, V. **La industrialización Del fetichismo o El fetichismo de La industrialización: a propósito de némesis médica**. Barcelona: Anagrama, 1975.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência**. Petrópolis: Vozes, 1986.

OLIVEIRA, V.E. Judiciário e privatizações no Brasil: existe uma judicialização da política? **Dados**, v. 48, n. 3, p.559-587, 2005.

OMS (Organización Mundial de la Salud). **Conferencia Latinoamericana sobre Aspectos Económicos y Financieros de los Medicamentos Esenciales**. Caracas: OMS/OPAS, 1992.

ONU (Organização das Nações Unidas). **Declaração universal dos direitos humanos**. Resolução 217^a(III) de 10 de dezembro de 1948. Disponível em <<http://www.un.org/overview/rights.html>>. Acessado em 15 de fevereiro de 2007.

OPAS (Organização Pan-americana de Saúde). **Atenção Farmacêutica no Brasil: "Trilhando Caminhos"**. Relatório da Oficina de Trabalho. Fortaleza, 2001.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília, 2002.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Medicamentos Essenciais: vantagens de trabalhar neste contexto**. Brasília, 2006.

PEPE, V. L.E.; VERAS, C.M.T. **A Prescrição Médica**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social – UERJ. Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 111, 1995.

PEREIRA, J.R. **Análises das demandas Judiciais solicitando medicamentos encaminhados à diretoria de assistência farmacêutica da secretaria de estado da saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004**. 2006. 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Brasília: PNUD; 2003.

RAMPTON, S.; STAUBER, J. **Trust us, we're Experts!** How Industry Manipulates Science and Gambles With your Future. New York: Putnam, 2000.

RAWL, S.J.O. **O direito dos povos**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Planejamento e Cordenação. **Plano Estadual de Assistência Farmacêutica**, Florianópolis, 2002.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Planejamento e Cordenação. **Plano Estadual de Assistência Farmacêutica**. Florianópolis, 2005.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Planejamento e Cordenação. **Plano Estadual de Saúde**. Florianópolis, 2006.

_____. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Disponível em <<http://www.tj.sc.gov.br/jur/jurisprudencia.htm>>. Acesso em: 23 out 2007.

SARTÓRIO, M.J. **Política de Medicamentos excepcionais no Espírito Santo: a questão da judicialização da demanda**. 2004. 140 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SILVA, D.P. **Vocabulário Jurídico**. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

SILVA, V.A. **Cantando fora de tom: Políticas Publicas, Direitos Sociais e o Judiciário**. Cidade: This Century Review, 2006.

SILVEIRA, F.G.; OSÓRIO, R.G.; PIOLA, S.F. Os gastos das famílias com saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.719-731, 2002.

SMITH, R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. **PLoS Medicine**, v. 2, n. 5, p.364-366, 2005.

SOARES, L.T. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOBRVIME. Boletim SOBRVIME. O abismo aumenta. n° 40/41. Edições 20001/2004.

TEMPORÃO, J.G. **A propaganda de medicamentos e o mito da saúde**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

TESSER, C. D. **A biomedicina e a crise da atenção à saúde:** um ensaio sobre a desmedicalização. 1999. 219 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.11, n.5, p.365-373, 2002.

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

VIANNA, L.W.; BURGOS, M.B. Entre princípios e regras: cinco estudos de caso de Ação Civil Pública. **Dados**, v.48, n.4, p.777-843, 2005.

ZUCCHI, P.; NERO, C.D.; MALIK, A.M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta de serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.9, n.1/2, p.127-149, 2000.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)