



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Jorge Mathias do Nascimento

**A judicialização da saúde na perspectiva da gestão local: um
estudo da experiência de Saquarema – RJ**

Rio de Janeiro

2013

Jorge Mathias do Nascimento

**A Judicialização da saúde na perspectiva da gestão local: um estudo da
experiência de Saquarema - RJ**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. George Edward Machado Kornis

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

N244 Nascimento, Jorge Mathias do.
A judicialização da saúde na perspectiva da gestão local : um estudo da experiência de Saquarema - RJ / Jorge Mathias do Nascimento. – 2013.
111 f.

Orientador: George Edward Machado Kornis.

Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Direito à saúde - Brasil - Teses. 2. Política de saúde - Brasil - Teses. 3. Poder judiciário e questões políticas – Brasil – Teses. 4. Saúde pública - Financiamento - Brasil - Teses. I. Kornis, George Edward Machado. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614:342.7(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Jorge Mathias do Nascimento

**A Judicialização da saúde na perspectiva da gestão local: um estudo da
experiência de Saquarema - RJ**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovado em 06 de setembro de 2013.

Orientador:

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis
IMS - UERJ

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Sulamis Dain
IMS - Uerj

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
IMS - Uerj

Prof^a Dr^a Maria Angélica Borges dos Santos
ENSP - Fiocruz

Prof^aDr^a Miriam Ventura da Silva
IESC - UFRJ

Rio de Janeiro

2013

RESUMO

NASCIMENTO, Jorge Mathias. *A judicialização da saúde na perspectiva da gestão local: um estudo da experiência de Saquarema - RJ*. 2013. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

A Constituição Federal de 1988 garante o direito à saúde no Brasil a todos os brasileiros. Para assegurar esse direito constitucional foi instituído através das Leis nºs 8080/90 e 8142/90, o Sistema Único de Saúde (SUS), organização de direito público que normatiza toda a prestação de assistência à saúde da população. O SUS, constituído a partir de diretrizes filosóficas, garante assistência universal e gratuita em todas as áreas do setor saúde. Incorporado ao SUS através da Política Nacional de Medicamentos e depois pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, o acesso a medicamentos é um setor estratégico da política pública de saúde. A judicialização do acesso à saúde e à assistência farmacêutica, que se converteu em recurso necessário para garantir o direito à saúde no Brasil, é hoje um importante componente da gestão municipal de saúde. Trata-se de um processo que se inicia com a aquisição de medicamentos para tratar o HIV/Aids na década de 1990. Este trabalho realizou uma pesquisa, de caráter exploratório, no município de Saquarema, que permitiu construir uma análise (qualitativa e quantitativa) das ordens judiciais, procedentes da Defensoria Pública da Comarca de Saquarema para aquisição de medicamentos, entre 01/01/2011 e 31/12/2012, totalizando 106 demandas, a partir de prescrições médicas individuais feitas por profissionais do SUS. A pesquisa constatou que a hipossuficiência de recursos e a urgência dos autores das ações são os principais respaldos das decisões judiciais. Ela também observou que a maioria dos requerentes é do gênero feminino, com idade acima de 61 anos, com patologias crônicas e fazendo uso contínuo de medicamentos. Esses medicamentos foram prescritos por quatro profissionais médicos oriundos de quatro especialidades (oftalmologia, cardiologia, endocrinologia e pediatria) e representam 60% das demandas judiciais. A situação de conflito pesquisada mostra que o direito à saúde está sendo exercido através do Poder Judiciário, com uma Defensoria Pública relativamente eficiente, atendendo a uma população com poucos recursos econômicos, que faz uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas e degenerativas. A prescrição médica individual é o documento necessário para requisitar os medicamentos de uso contínuo. A pesquisa, após analisar os principais resultados, aponta algumas alternativas, chamadas de ações defensivas, que as gestões municipais de saúde em Saquarema e outras municipalidades podem adotar.

Palavras-chave: Brasil. Direito constitucional à saúde. Judicialização do acesso à saúde e à assistência farmacêutica. Sistema Único de Saúde. Gestão Municipal de Saúde em Saquarema.

ABSTRACT

The 1988 Brazilian Constitution guarantees the right to health to all Brazilians. To ensure this constitutional right, Laws 8080/90 and 8142/90 established the National Health System (the so-called SUS), an organization of public law that regulates all health care provision to the population. The SUS, constituted from philosophical guidelines, guarantees universal and free assistance in all areas of the health sector. Incorporated into the SUS through the National Drug Policy and then by the National Pharmaceutical Assistance, access to medicines is a strategic sector of public health policy. The judicialization of the access to health and pharmaceutical care that became a necessary resource to ensure the right to health in Brazil, is now an important component of municipal health. It is a process that begins with the purchase of medicines to treat HIV / AIDS in the 1990s. This study conducted an exploratory survey in the municipality of Saquarema, which enabled a qualitative and quantitative analysis of court orders, coming from the Public Defender's Office of the District of Saquarema, to purchase drugs, between January 1st, 2011 and December 31, 2012, totaling 106 claims, from individual prescriptions made by SUS professionals. This survey found that insufficient resources and urgency of the lawsuits are the main supports of judgments. It also noted that most applicants are female, aged over 61 years with chronic diseases and use continuous medication. These drugs were prescribed by four physicians from four specialties (ophthalmology, cardiology, endocrinology and pediatrics) and represent 60% of lawsuits. The conflict researched shows that the right to health is being exercised by the Judiciary, with a relatively efficient Public Defender serving a population with few economic resources, which uses drugs to treat chronic and degenerative diseases. The individual prescriptions are the document required to order the use of continuous medication. The research, after analyzing the main results, suggests some alternatives, called defensive actions, which can be adopted by the management of municipal Health departments in Saquarema and other municipalities. Finally, the research analyzes the main findings and suggests some alternatives, called defensive actions, that municipal health managers in Saquarema and other municipalities can adopt.

Key words: Brazil. Constitutional right to health. Judicialization of access to health and pharmaceutical care. Brazilian National Health System (SUS). Municipal health management in Saquarema city.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Elementos constitucionais da regulação do processo de descentralização no SUS.....	32, 33
Quadro 2 - Competência dos entes federados em relação aos medicamentos estratégicos.....	54
Gráfico 1 - Evolução dos gastos em valores correntes das ações judiciais entre 2003 e 2011 no MS.....	59
Gráfico 2 - Depósitos judiciais e repasses aos estados e municípios efetuados pelo MS, em valores correntes, entre 2005 e 2011.....	59
Gráfico 3 - Gastos totais do MS, em valores correntes, entre 2005 e 2011.....	60
Tabela 1 - Faixa populacional dos municípios brasileiros em 2007.....	62
Tabela 2 - PIB, em valores correntes, dos municípios da região da baixada litorânea do Estado do Rio de Janeiro, ano de 2008.....	63
Gráfico 4 - Número de estabelecimentos por porte em Saquarema (2009/2010).....	67
Gráfico 5 - Evolução populacional: Brasil, Rio de Janeiro, Saquarema (de 1991 a 2007).....	69
Gráfico 6 - Distribuição da população de Saquarema por sexo, segundo os grupos de idade (2000).....	70
Gráfico 7 - Distribuição da população de Saquarema por sexo, segundo os grupos de idade (2010).....	71
Tabela 3 - Distribuição da população de Saquarema (2010).....	72
Tabela 4 - Número de domicílios urbanos / classes econômicas do Município de Saquarema.....	74
Gráfico 8 - Domicílios particulares permanentes com densidade de moradores nos dormitórios (2010).....	76
Gráfico 9 - Receitas / despesas do Brasil, Rio de Janeiro, Saquarema (2010).....	78
Gráfico 10 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, com alguma deficiência, por rendimento.....	80
Gráfico 11 - População residente, por tipo de deficiência permanente.....	81

Gráfico 12 - Morbidade hospitalar no Brasil, Rio de Janeiro, Saquarema em 2010.....	83
Quadro 3 - Morbidades mais frequentes na população de Saquarema (2009 a 2012).....	85
Gráfico 13 - Estabelecimentos de saúde em Saquarema (2010).....	88
Quadro 4 - Número de médicos por especialidades lotados nas unidades de saúde municipais	89
Gráfico 14 - Número das patologias relacionadas nas prescrições dos medicamentos encontrados nos processos judiciais e administrativos da SMSS (2011/2012).....	96
Quadro 5 - Principais medicamentos prescritos versus indicação clínica.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANFIP	Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil
AIDS	Sigla em inglês para síndrome da imunodeficiência adquirida
ADIN	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ACP	Ação Civil Pública
ADC	Ação Declaratória de Constitucionalidade
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AF	Assistência Farmacêutica
ANC	Assembleia Nacional Constituinte
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARV	Antirretroviral
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CNESS	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CF	Constituição Federal
CFB	Constituição Federal do Brasil
CEME	Central de Medicamentos
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
DP	Defensoria Pública
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DOU	Diário Oficial da União
DUDH	Declaração Universal dos Direitos do Homem
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
FIRJAN	Federação de Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
GPABA	Gestão Plena da Atenção Básica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBAM	Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IDB	Indicadores e Dados Básicos do Brasil
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LES	Lupus Eritematoso Sistêmico
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Piso de Atenção Básica
PAM	Posto de Assistência Médica
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada Integrada
PIB	Produto Interno Bruto
PCDT	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SIOPS	Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SMSS	Secretaria Municipal de Saúde de Saquarema
TCG	Termo de Compromisso de Gestão

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
METODOLOGIA	15
1 JUDICIALIZAÇÃO	18
1.1 Breve histórico do SUS.....	18
1.2 Judicialização e a democracia.....	34
1.3 O acesso à justiça como efetivação dos direitos sociais.....	37
1.4 A Atuação do poder judiciário pós CF-88.....	39
1.5 Os Problemas da judicialização em saúde no Brasil.....	41
2 O IMPACTO DAS AÇÕES JUDICIAIS GARANTIDORAS DO DIREITO À SAÚDE SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO	51
3 O IMPACTO DAS AÇÕES GARANTIDORAS DO DIREITO À SAÚDE NA PERSPECTIVA MUNICIPAL	61
4 A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SAQUAREMA	65
4.1 Breve histórico sobre Saquarema.....	65
4.2 Características do município de Saquarema.....	65
4.3 Características da população de Saquarema.....	68
4.3.1 <u>Principais indicadores sociais de Saquarema</u>	76
4.3.2 <u>Perfil epidemiológico da população de Saquarema</u>	83
4.4 Serviços de saúde e recursos humanos em saúde no município de Saquarema	86
4.4.1 <u>Serviços de saúde</u>	87
4.4.2 <u>Rede assistencial municipal</u>	88
4.4.3 <u>Recursos humanos (médicos)/por unidade de saúde municipal</u>	89
4.5 As ações judiciais para fornecimento de medicamentos em Saquarema	91
4.5.1 <u>Análise do universo das ações judiciais</u>	93
4.5.2 <u>Análise dos principais resultados da Pesquisa</u>	98
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
6 REFERÊNCIAS	107

INTRODUÇÃO

A Humanidade se preocupa com a garantia e a efetivação do direito à saúde há muitos anos. A Organização das Nações Unidas, fundada em 24 de outubro de 1945, formulou a Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH) no ano de 1948, que no seu art. XXV, enumera a saúde como uma das condições necessárias para uma vida digna: “Toda pessoa humana tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar para si e sua família saúde e bem-estar”.

Na segunda parte do artigo supracitado, essa declaração estabelece uma inter-relação com outros direitos, tais como: “alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos, serviços sociais indispensáveis e direitos à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de controle”. Assim, acreditamos que saúde nesse documento está associada à qualidade de vida e bem-estar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), instituição criada em 7 de abril de 1948, afirma no seu documento de criação que “todo homem tem direito à saúde, sem distinções de raça, religião, preferência política, condição econômica ou social”, sendo responsabilidade dos Estados a provisão de meios sanitários e sociais adequados para o cumprimento do direito à saúde.

Visando dar materialidade ao direito à saúde foi criado no campo do Direito uma especialidade – o Direito Sanitário –, conjunto de normas jurídicas que estabelecem os direitos e as obrigações em matéria de saúde para o Estado, os indivíduos e a coletividade, regulando de forma ordenada as relações entre eles.

O Direito Sanitário é “o complexo de normas jurídicas dirigidas à realização de um fim público da saúde, seja disciplinando a conduta de profissionais ou de organizações investidas de funções especiais no ordenamento para o mesmo fim” (ZANOBINI, 1965, p. 98).

A conceituação de Direito Sanitário também pode ser: “[...] é o ramo do Direito que disciplina as ações e serviços públicos e privados de interesse à saúde. Ele é formado pelo conjunto de normas jurídicas (regras e princípios) que visa à efetivação do Direito à Saúde e possui um regime jurídico específico” (AITHI, 2006, p. 115).

O Brasil, em conformidade com a DUDH, declara no art. 196 da Constituição Federal de 1988, que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Nessa perspectiva, cabe ao Estado a responsabilidade de organizar um conjunto de ações e serviços públicos de saúde capaz de reduzir os riscos de doenças e de outros agravos à saúde. E também é responsabilidade do Estado garantir à população o acesso universal e igualitário a ações e serviços orientados para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para viabilizar o cumprimento desse objetivo o Estado criou o Sistema Único de Saúde (SUS), através das Leis nºs 8.080 e 8.142, ambas em 1990, que se constituíram nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS). Estas conferiram materialidade ao direito à saúde enquanto um direito fundamental de todos os cidadãos brasileiros. O SUS, portanto, é um sistema universal, integral, equânime e com controle social ativo, instituição legalmente constituída e regulada pelo Direito e, em especial, pelo Direito Constitucional.

O SUS é uma instituição-organismo de direito público que reúne os instrumentos para que o Estado brasileiro desenvolva as atividades necessárias à garantia do direito à saúde no Brasil. Representa a mais importante instituição do Direito Constitucional Brasileiro, já que é um direito fundamental à vida.

O direito à saúde garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde determina como campo de atuação do SUS a formulação da política de medicamentos. Determina ainda ao setor saúde a responsabilidade pela execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Considerando que a universalidade e a integralidade garantem a todos os cidadãos brasileiros o direito do acesso aos medicamentos, no quadro de uma assistência farmacêutica completa é muito relevante examinar a Política Nacional de Medicamentos, criada em 1998 através da Portaria GM/MS nº 3916. Também é importante a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em 2003, que resultou na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, através da Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde. As duas políticas focaram sua atenção na provisão gratuita ou subsidiada de medicamentos de uso contínuo.

Como uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde, envolvendo a alocação de grandes volumes de recursos públicos, representando hoje um dos setores de maior impacto financeiro. A tendência de demandas por medicamentos é crescente, sendo o financiamento da Assistência Farmacêutica responsabilidade dos três entes da federação, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 204/2007. Esta instituiu o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, constituído por três componentes: componente básico da assistência farmacêutica; componente estratégico da assistência farmacêutica; e componente de medicamentos de dispensação excepcional, atualmente denominado de componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF).

A judicialização da saúde é a atuação do Poder Judiciário, sempre que requisitado, demandando ações junto ao SUS a fim de que se cumpra o estabelecido na legislação do país. A atuação do Poder Judiciário para prover o direito garantido na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde promove a observação de um efeito dicotômico, entre o coletivo e o individual, pois uma ação individual pode corresponder em dispêndio de recursos àquilo que seria aplicado em prol de muitos.

A ação inovadora do Poder Judiciário teve início no ano de 1996. Até aquela data, todos os pedidos encaminhados ao Judiciário eram negados, pois se baseava na interpretação do artigo 196 da Constituição Federal como norma programática e não produtora de efeitos jurídicos. Com a criação da Lei nº 9.313/96, que garantiu a distribuição gratuita e universal de antirretrovirais, surgiu uma nova postura do Poder Judiciário perante as demandas judiciais referentes a esses medicamentos. A sociedade encontrou aceitação de seus pleitos da parte do Poder Judiciário. A partir daí, iniciou-se o processo mais tarde denominado como “judicialização da saúde”.

Contrariamente à perspectiva de que esta interferência do Poder Judiciário provocaria uma retração da cidadania (por diminuir o peso das instâncias eleitas do Estado de Direito, isto é, o Poder Legislativo e o Executivo), no caso aqui destacado, ela possibilitou a ampliação desta. (ASENSI, 2012, p.468). Há então uma ampliação da democracia e da cidadania, e os cidadãos passaram a ter acesso às políticas públicas de saúde através de outro poder.

A ampliação de cidadania através de participação de grupos organizados da sociedade promoveu, no cenário republicano, uma mudança de status, pois esse tipo de participação proporciona um acesso indireto dos cidadãos às instâncias formuladoras de leis. Impulsionados por esta mudança no Poder Judiciário, que passou a interpretar o direito à saúde como garantia fundamental à vida, com aplicabilidade imediata e eficácia plena, ações pleiteando o fornecimento de medicamentos para outras doenças, principalmente os de uso contínuo, se tornaram mais frequentes e passaram a obter sempre êxito em seu atendimento.

O processo iniciado para aquisição de antirretrovirais na década de 90, agora se avoluma em demandas que vão da aquisição de todos os tipos de medicamentos, até os que ainda não foram homologados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), levando a gestão do SUS a uma interlocução com os agentes do direito na busca de um entendimento para a questão.

A judicialização se tornou um importante problema para o SUS. Hoje é um fator de alta frequência, com concentração em acesso de medicamentos de uso contínuo, fato condizente com o processo de envelhecimento da população brasileira. Portanto, esse processo em curso acarreta impacto significativo para a gestão municipal do sistema.

O SUS, garantia de assistência à saúde da população brasileira, de caráter universalista, igualitário e integral, enfrenta um desafio. Suas gestões, nas três esferas de competência, se deparam com as demandas judiciais para aquisição de medicamentos. O Poder Judiciário, exigindo o cumprimento do direito à saúde assegurado constitucionalmente, é novo ingrediente na gestão municipal em saúde.

Esta dissertação estuda o universo de 106 ações para aquisição de medicamentos que deram entrada no Setor de Ordens Judiciais da Secretaria Municipal de Saúde de Saquarema, nos anos de 2011 e 2012, e a importância desse problema para a gestão local, que consumiu cerca de R\$ 1.700.000,00 para adquirir os medicamentos reclamados nas ações. O autor deste trabalho, fisioterapeuta que vem atuando junto à gestão municipal nesses últimos anos, vê a Saúde Coletiva como eixo estruturante de ações e serviços que promovem cidadania além de saúde.

A pesquisa estuda o impacto da judicialização da saúde, especialmente para a aquisição de medicamentos de uso contínuo, no âmbito da gestão local do SUS. É

um estudo exploratório de caso, referente ao município de Saquarema, cidade fluminense localizada na região da Baixada Litorânea do Estado do Rio de Janeiro. Tem como objeto de estudo o modo pelo qual o direito à saúde inscrito na Constituição Federal e o acesso à saúde, de forma universal e integral, como determina a Lei Orgânica da Saúde, impactam a gestão local do SUS do município de Saquarema, em decorrência do processo de judicialização para a aquisição de medicamentos, principalmente de uso contínuo, realizado pelos usuários do sistema no município.

Esta pesquisa representa um esforço para prover subsídios aos gestores na busca de soluções que mitiguem o processo de judicialização em nível local, e também colaborar para promoção e garantia do acesso e uso adequado do direito. Serão estudados o impacto financeiro acarretado pela judicialização, os recursos utilizados para atender às demandas judiciais e o que eles acarretam na prestação dos serviços de saúde do município.

O trabalho procura estabelecer nexos entre o crescente processo de judicialização no município e possíveis vazios assistenciais, bem como sugere investimentos em ações e serviços que mitigariam o processo ora estudado, e suas relações com os investimentos aí dispensados; quem são os principais prescritores e quais as características dessas prescrições; o grau de concentração dos medicamentos indicados e as patologias diagnosticadas que resultaram nas prescrições médicas.

Dado o problema, serão buscadas alternativas que diminuam o processo gerador das ações judiciais.

A dissertação consta de quatro capítulos, o primeiro inicia com um histórico sobre o SUS, depois passa pela judicialização, democracia e o acesso à justiça. Também menciona a atuação do Poder Judiciário pós CF-88 e finalizando discute os problemas da judicialização em saúde no Brasil, já preparando o leitor para o capítulo dois, que fala do impacto das ações judiciais sobre o SUS.

O capítulo três continua discutindo o impacto das ações judiciais, agora com o olhar da gestão local do sistema. O último e quarto capítulo do trabalho faz uma breve discussão sobre Saquarema, iniciando com um relato histórico sobre o município e suas características, também descreve as principais características da população, seu perfil epidemiológico e principais indicadores sociais. Continua

descrevendo os serviços de saúde do município, sua rede assistencial e recursos humanos (médicos). Em seguida apresenta o quadro encontrado no setor de ordens judiciais e analisa o teor das demandas que chegam à gestão municipal de saúde. O final do capítulo faz uma análise dos principais resultados alcançados na pesquisa.

Encerrando o corpo da dissertação surgem as considerações finais, que tem um sentido propositivo para a gestão municipal em Saquarema e para o COSEMS.

Metodologia

A dissertação é o resultado de pesquisa quali-quantitativa, de natureza empírico-analítica e caráter exploratório. O objetivo geral da pesquisa é estudar o impacto da judicialização da saúde em Saquarema na perspectiva da gestão municipal do SUS.

O estudo exploratório em questão também busca o conhecimento sobre as especificidades dessas demandas e a interface entre o campo do direito e da saúde no estrito cumprimento do direito constitucional e da lei orgânica da saúde.

A técnica utilizada para elaborar a pesquisa foi a coleta de dados realizada através de análise documental dos processos administrativos e ordens judiciais para aquisição de medicamentos. O estudo também buscou informações sobre o município de Saquarema - RJ, utilizando para isso os dados disponibilizados pelo IBGE (Censo- cidades: 2010), Prefeitura Municipal de Saquarema, FIRJAN, IPEA, MS, SEBRAE e SMSS.

A gestão em saúde de Saquarema recebeu em dois anos 106 demandas por medicamentos, de uso contínuo, perfazendo um gasto total de R\$1.700.000,00, sendo o valor informado através do Setor de Licitações e Compras da Prefeitura Municipal de Saquarema. Despesas que devem aumentar em decorrência de ser uma demanda contínua e não pontual.

Todos os processos judiciais, entre 01/01/2011 e 31/12/2012, foram analisados um a um (78 ações judiciais e 28 processos administrativos), a partir dos processos selecionados foi elaborado um banco de dados em Excel, sistematização dos dados, escolha dos instrumentos de verificação e pesquisa das variáveis para cada segmento do processo a ser estudado. O Setor de Ordens Judiciais possui

arquivo para guarda dos documentos e também disponibiliza arquivo digital dos mesmos.

É importante ressaltar que ao examinar o material e verificar processo um a um, se encontra a origem SUS em todas as prescrições médicas.

Quanto à análise das ordens judiciais que deram entrada entre 01/01/2011 e 31/12/2012, utilizou-se como instrumentos de pesquisa, primeiramente, as informações que identificassem as características dos processos judiciais, depois conhecer o perfil dos autores das ações e suas patologias. E por último identificar os principais medicamentos requisitados e quais especialidades surgiam nas prescrições desses medicamentos.

Para o estudo do processo judicial foram escolhidas duas variáveis. A primeira variável tem a intenção de saber se o autor do processo obteve gratuidade de justiça, e a segunda variável, se houve a concessão de liminar com antecipação de tutela. A análise das duas variáveis permite conhecer uma das características do autor da ação e também como o acesso à justiça no município de Saquarema está sendo exercido.

Como instrumento de análise para conhecer os autores das ações judiciais, foram eleitas, também, duas variáveis, a faixa etária e o gênero dos autores. Essas duas variáveis, mais a identificação de hipossuficiência de recursos verificada na variável sobre os processos judiciais, ajudam a traçar um perfil, mesmo que elementar, sobre a população que reivindica os medicamentos.

Outro instrumento importante de análise buscou a identificação das doenças descritas nos laudos médicos. Essa variável junto à identificação dos principais medicamentos requisitados, tanto nas ordens judiciais, quanto nos processos administrativos, tornam-se essenciais para o entendimento da judicialização da saúde em Saquarema.

A última variável eleita para análise quantitativa, em valores absolutos e percentuais, auxilia a identificação das especialidades descritas nas prescrições dos medicamentos que dão origem as demandas judiciais.

Em todas as variáveis escolhidas foi possível verificar os valores absolutos e percentuais, com exceção da variável que identifica os medicamentos prescritos, permitindo, no entanto saber aqueles que mais apareciam nas prescrições.

A falta nesse processo de investigação fica por conta da escolaridade dos autores das ações, pois foi um dado omitido em todos os processos examinados pelo pesquisador.

Todas as demandas foram atendidas, porém o tempo decorrido entre a chegada do processo no setor e a entrega dos medicamentos não foi possível ser determinada. Alguns são demorados, outros não, porém não foi possível estabelecer variáveis confiáveis para instrumentalizar a análise da questão.

Este estudo está inserido na área de Política, Planejamento e Administração de Saúde, seguindo a linha de pesquisa da formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, movimentos sociais, demandas e resultados, como também a organização do Estado e dos sistemas de saúde.

Este trabalho constará também de estudo bibliográfico, sendo os dados da pesquisa coletados em livros, artigos científicos, legislações, manuais, teses de doutorado, dissertações de mestrado entre outras fontes bibliográficas.

Segundo Ander Egg (apud LAKATOS, 2006, p. 43):

A pesquisa pode ser considerada um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. Significa muito mais do que apenas procurar a verdade: É encontrar respostas para questões propostas, utilizando métodos científicos. Especificamente, é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento.

A opção por Saquarema se faz oportuna por ser um município antigo do Estado do Rio de Janeiro, não sendo fruto da correria municipalista pós-Constituição de 1988. A rede de saúde e a prestação dos serviços de saúde são todas públicas, com exceção dos exames laboratoriais e alguns poucos de imagem. Há, no entanto, considerável índice de demandas judiciais para aquisição de medicamentos.

Finalmente, este trabalho tem a intenção de propor subsídios para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Saquarema e para o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) com ações defensivas para enfrentamento do problema.

1 JUDICIALIZAÇÃO

1.1 Breve histórico do SUS

A história da saúde pública brasileira até a chegada do SUS é um longo caminho. A saúde, entendida hoje como um direito fundamental à vida, direito consagrado na Constituição Federal e objeto da Lei Orgânica que institui o SUS, é novidade no Estado brasileiro.

Nos idos do Império do Brasil e início da República, a saúde não era vista como direito, nem assegurada pelo Estado; somente obtinha assistência médica curativa a população que podia pagar pelos serviços médicos. Aos infelizes era prestada assistência por entidades filantrópicas, quase sempre ordens religiosas, como as Santas Casas de Misericórdia. Assim, no início do século passado, saúde era um favor prestado por ordens religiosas, havia o cunho filantrópico, destinado a atender a população extremamente pobre e sem recursos.

Com o advento da industrialização e a crescente urbanização do país a partir dos anos 1930, no governo de Getúlio Vargas, a assistência curativa era prestada aos trabalhadores, que, organizados por setores produtivos, constituíram as Caixas de Previdência, que logo depois se tornariam os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), oferecendo assistência à saúde dos trabalhadores e suas famílias.

Nesse momento o direito à saúde passa a ser observado como direito trabalhista, ficando de fora da assistência aqueles que não comprovassem vínculo de trabalho, tais como os trabalhadores rurais. Essa dicotomia cívica iria perseguir a população brasileira até o advento do SUS.

Esse sistema excludente perdurou durante as décadas de 50 e 60. Com a interrupção do regime democrático e início do período autoritário do regime militar os IAPs foram incorporados em um único instituto, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que oferecia assistência à saúde somente aos trabalhadores com carteira assinada e os empregados públicos. A população fora do emprego formal não recebia assistência; aos trabalhadores com vínculo empregatício oficial era garantida a assistência pelo Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e serviços de saúde oferecidos em hospitais e ambulatórios próprios, Postos de Assistência Médica (PAMs), herdados dos antigos IAPs.

A mudança do perfil econômico do país, que havia passado de uma economia agrária (monocultora) para uma economia industrial e urbana, incrementada pós-Segunda Guerra Mundial, aumentou a massa operário-urbana, principalmente no Rio de Janeiro e São Paulo, exigindo-se do Estado uma resposta para assegurar a assistência à saúde da classe operária. Tal situação levou a Previdência Social, através do INAMPS, a realizar a compra de serviços terceirizados para fazer frente à crescente necessidade da população.

Restavam ao antigo Ministério da Saúde as campanhas e os programas verticalizados, tais como o Programa de Combate à Tuberculose, Controle de Hanseníase, Programa de Saúde Mental e o controle e combate de endemias. Desse modo, só poderia usufruir da assistência médica curativa aquele que comprovasse contribuir para a Previdência Social, tornando a saúde um direito exclusivo daqueles grupos. As pessoas sem vínculo empregatício estavam alijadas dessa assistência e a saúde foi vista como um direito trabalhista por mais de meio século.

A partir da década de 70 do século passado, iniciou-se a comercialização de diversos planos de saúde privados, levando à mercantilização do sistema de saúde, no qual a saúde passou a ser vista também como um bem de consumo. E dentro desse sistema mercantil, o médico passou a exercer o papel fundamental de controlador do acesso às ações e serviços de saúde – papel que levou ao corporativismo da profissão e seu distanciamento das necessidades da população brasileira das camadas sociais mais desprotegidas, que não estava amparada em nenhum dos dois sistemas de atendimento médico-curativo.

Com o processo de redemocratização do país, houve a instalação, pelo Congresso Nacional, da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), em 1º de fevereiro de 1987. Esta tinha a finalidade de elaborar uma Constituição Democrática para o Brasil, depois de 21 anos de regime militar ditatorial. “O poder constituinte está autorizado a editar normas obrigatórias para toda a coletividade”, ou então: “A coletividade está obrigada a obedecer às normas editadas pelo poder constituinte.” (BOBBIO, 211, p.69).

Tais como as outras conquistas sociais garantidas através da Carta Constitucional de 1988, o SUS é fruto de uma luta político-social, denominada Reforma Sanitária, travada em anos de grandes dificuldades para a sociedade

brasileira. O sistema público de saúde em nosso país é resultado dessa luta, que culmina com a promulgação da CF-88 e da LOS (8.080/90 e 8.142/90).

Inscrito no capítulo da Ordem Social da Constituição Federal, de forma a universalizar a assistência, o SUS garante a todos os brasileiros o acesso aos serviços públicos de saúde de maneira integral e equânime.

Os trabalhos da ANC foram encerrados em 02/09/88 após a votação e aprovação da nova Constituição Federal. Surgiu então, dois anos depois, a LOS nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e em seguida a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Esta aborda e normatiza a participação da sociedade civil no SUS, instituindo duas instâncias colegiadas em cada esfera de governo – as conferências de saúde e os conselhos de saúde –, além de normatizar as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A partir de então, o SUS passou a fazer parte da vida de todos os brasileiros e, para gerir tal sistema, foram operacionalizadas diversas normas para sua condução. No período de 1991/1998, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB): a NOB 01/91, a NOB 01/92, a NOB SUS 01/93 e a NOB SUS 01/96. Cada uma introduziu mudanças importantes, muitas vezes polêmicas, na organização da gestão das ações e serviços e, principalmente, na operacionalização das relações político-institucionais e financeiras entre as três esferas de governo. (ROZENFELD, 2000, p.99).

A partir da edição da NOB SUS 01/93, este instrumento normativo passou a ser identificado como um instrumento político relevante. Não apenas por corresponder à síntese de negociações e pactos entre os três níveis de gestores do SUS, mas, principalmente, por respeitar a estratégia de descentralização discutida e aprovada nas Conferências Nacionais de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

É possível caracterizar o processo de formulação das NOBs como dinâmico e participativo, e bastante permeável à diversidade de demandas dos diferentes atores setoriais. O fórum privilegiado de discussão técnica e de negociação política é a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por cinco representantes do Ministério da Saúde, cinco representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e cinco representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). O Conselho Nacional de Saúde atua

como instância de discussão e de aprovação final das NOBs, para publicação de portaria ministerial no Diário Oficial da União e posterior implementação. (ROZENFELD, 2000, p.100).

A primeira norma editada nos anos noventa foi a NOB 01/91, através da Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991, editada pela Presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), recém-incorporado à estrutura do Ministério da Saúde pelo Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990. Foi reeditada com alterações pela Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991.

A NOB-01/91 transplanta para os serviços públicos a mesma lógica de financiamento de pagamento por produção de serviços com que o INAMPS remunerava os serviços privados contratados.

Segundo a NOB-01/92, editada pela Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde e Presidência do INAMPS, tal como a NOB-01/91, as transferências efetuadas pelo INAMPS aos estados e municípios correspondiam apenas aos valores destinados à assistência ambulatorial e hospitalar. A NOB-01/92 manteve o INAMPS como órgão responsável pelo repasse de recursos financeiros aos estados e municípios, dando continuidade em linhas gerais ao que estava previsto na NOB-01/91.

A NOB-SUS 01/93 correspondeu à tradução operacional da estratégia política de descentralização aprovada na IX Conferência Nacional de Saúde, detalhada no documento oficial “A Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei.” Esse documento, elaborado e largamente divulgado pelo Ministério da Saúde, constituiu a referência básica para um longo processo de discussão e negociação com os vários atores setoriais no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde.

Estabelecido o pacto na Comissão Intergestores Tripartite, e aprovada a versão final do documento pelo Conselho Nacional de Saúde, o conteúdo do mesmo foi traduzido operacionalmente. A resultante Norma Operacional Básica SUS 01/93 foi publicada no Diário Oficial da União (Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993), disciplinando os procedimentos reguladores da implementação da descentralização das ações e serviços de saúde no país. Ainda que procurasse contemplar as ações e serviços do SUS, restringiu-se às atividades ambulatoriais e hospitalares, que já trilhavam uma trajetória de descentralização no âmbito do INAMPS, extinto naquele

ano através da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Assim, a estratégia operacionalizada através da NOB-SUS 01/93 se implementou apenas para a assistência ambulatorial e hospitalar. E, vale dizer, de forma parcial, dados os inúmeros constrangimentos financeiros, políticos e administrativos que afetaram a gestão ministerial na conjuntura. (ROZENFELD, 2000, p.101).

A formulação da NOB-SUS 01/96, publicada no Diário Oficial da União, em 6 de novembro de 1996 (Portaria MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996), seguiu o processo amplo e participativo de formulação da norma anterior, embora diferenciado da mesma. Em primeiro lugar, a NOB-SUS 01/96 surgiu como demanda dos gestores federal, estaduais e municipais, por aperfeiçoamento da operacionalização de descentralização, como resultado dos Encontros Macrorregionais da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) com as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), de praticamente todos os estados brasileiros, ao longo do ano de 1995. Nesses encontros houve três etapas de reuniões, com compromissos e tarefas definidos, para estabelecerem as bases de uma programação pactuada e integrada da assistência ambulatorial e hospitalar, entre as instâncias federal, estadual e municipal de governo.

A avaliação dos encontros constatou a urgência de avançar a descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças, e as de vigilância sanitária, para efetivar a implantação do SUS. A ideia de uma nova Norma Operacional (NOB-SUS 01/96), portanto, surgiu como demanda de aperfeiçoamento do instrumento normativo vigente naquele momento, a NOB-SUS 01/93, não sendo precedida pela discussão de uma estratégia política, geral, de reorientação. Assim, todo o processo de negociação, ainda que orientado politicamente, adquiriu caráter predominantemente técnico.

Pode-se afirmar, também, em segundo lugar, que o processo de formulação da NOB-SUS 01/96 se diferencia do anterior porque, ao enfatizar a organização do modelo assistencial do SUS, promove o diálogo entre as diferentes áreas do Ministério da Saúde, até então completamente desarticuladas e sem comunicação. A pressão dos gestores estaduais e municipais por definições e a disposição da gestão ministerial de investir em um novo modelo de atenção à saúde no país concorreram para a aproximação entre as áreas da saúde coletiva e as de atenção

individual. Assim, se desenharam novas configurações para a gestão descentralizada do SUS.

Em terceiro lugar, merece destaque a participação ativa e sistemática do Conselho Nacional de Saúde, que acompanhou e influenciou, detalhadamente, nas várias versões do documento durante toda a elaboração da Norma, numa demonstração da relevância e do amadurecimento da participação dos diferentes atores setoriais no direcionamento da política de saúde. (ROZENFELD, 2000, p.102).

A implementação das NOBs, como processo operacional inscrito na realidade social, sofreu estrangulamentos das mais variadas naturezas: econômica, política, institucional, jurídica, administrativa e cultural. Portanto, a implementação das normas sempre foram incompletas. Um dos aspectos mais importantes no processo de implementação das NOBs é o mecanismo previsto para o exercício da negociação e do pacto entre os três gestores do sistema. As Comissões Intergestores Tripartite, na esfera federal (CIT), e Bipartite, na esfera estadual (CIB), desempenham papel fundamental na medida em que identificam as especificidades regionais, estaduais e municipais, e viabilizam o exercício da negociação e do pacto. Tudo o que diga respeito à descentralização dos procedimentos necessários para a implementação da gestão descentralizada do SUS é amplamente discutido, tecnicamente analisado e negociado politicamente nesses fóruns.

A NOB-SUS 01/93 previa duas condições de gestão descentralizada do sistema, para os estados (parcial e semiplena), e três condições de gestão, para os municípios (incipiente, parcial e semiplena). Tais condições, estabelecidas segundo responsabilidades, prerrogativas e mecanismos de financiamento, o gestor se dispunha a assumir, segundo sua vontade política e as condições técnicas e materiais, com a aprovação do respectivo conselho de saúde.

Independentemente da inexistência de recursos para as demais condições de gestão, estados e municípios aderiram à sistemática e se mobilizaram para cumprir os requisitos previstos para a condição que se propuseram desenvolver, habilitando-se a implantar a gestão descentralizada do sistema. Assim, em janeiro de 1997, o país já contava com 2.367 municípios habilitados à gestão incipiente, 616 à gestão parcial e 144 a operar efetivamente a gestão semiplena (11 capitais); esses números

correspondiam a 63% do total de municípios brasileiros. Quanto aos estados, nove habilitaram-se à gestão parcial e sete à gestão semiplena.

Vale registrar que nos municípios em gestão semiplena residiam 17% da população brasileira e para eles se transferiam, direta e automaticamente, 25% dos recursos federais para assistência médica ambulatorial e hospitalar. (ROZENFELD, 2000, p.103).

A NOB-SUS 01/96, publicada em novembro de 1996 – período de interinidade do Ministro José Carlos Seixas, em plena transição da gestão de Adib Jatene à de Carlos Albuquerque no Ministério da Saúde –, foi objeto de discussão durante praticamente todo o ano de 1997, em virtude da necessidade de esclarecimentos e detalhamento das inovações previstas no âmbito da nova conjuntura ministerial; essa realidade adiou a implementação efetiva da norma para 1998.

A NOB-SUS 01/96 prevê duas condições de gestão descentralizada para os estados (gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual) e duas para os municípios (gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal), estabelecidas também com base em responsabilidades, prerrogativas e mecanismos de financiamento.

Pouco antes de completar dois anos de sua publicação, em setembro de 1998, 4.395 municípios, isto é, 80% do total, estavam em processo de implantação da condição de gestão plena da atenção básica, e 441 (8%) da gestão plena do sistema municipal. E já recebiam, direta e automaticamente, recursos financeiros previstos para isso; ou seja, 88% do total de municípios já haviam aderido à nova sistemática.

Quanto aos estados, em outubro de 1998, Alagoas implantava a gestão plena do sistema e o Distrito Federal implantava a gestão avançada. Rio Grande do Sul, São Paulo e Bahia estavam habilitados à condição de gestão avançada do sistema, e Minas Gerais à gestão plena do sistema, e aguardavam homologação pelo Ministério da Saúde, para implantação da condição. Tais dados expressam o fato de o processo de descentralização ter adquirido agilidade com a consolidação de novas práticas de gerência e de relacionamento entre as três esferas de governo, e com a redefinição de fluxo de decisão na gestão do sistema.

Existe um conjunto significativo de documentos oficiais, informações sistematizadas, vários estudos e pesquisas relevantes sobre o processo de

descentralização do SUS, que evidenciam áreas bem sucedidas e alguns nós críticos. A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS, em especial das NOB/SUS 93 e 96, além de promover uma integração de ações entre as três esferas do governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS, antes concentradas no nível federal.

A partir da implementação do Piso de Atenção Básica, iniciou-se um importante processo de ampliação do acesso à atenção básica. A Estratégia Saúde da Família encontra-se em expansão e, cada vez mais, consolida-se como eixo estruturante para a organização da atenção à saúde.

Ao final do ano de 2000, a habilitação nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96 atingia mais de 99% do total de municípios do país. A disseminação desse processo permitiu desenvolver experiências municipais exitosas e a formação de um contingente de profissionais qualificados em diferentes áreas da gestão do SUS. No que diz respeito aos estados, houve avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, mediante o desenvolvimento do processo de programação pactuada integrada, a implantação de centrais de regulação, o fortalecimento do controle e avaliação, a organização de consórcios intermunicipais ou, ainda de forma mais explícita, por meio da formulação e progressiva implementação de planos de regionalização promovidos pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES).

A experiência acumulada, à medida que o processo de gestão descentralizada do sistema amadurece, evidencia um conjunto de problemas/obstáculos em relação a aspectos críticos para a consolidação do SUS. Alguns desses já se manifestavam de forma incipiente quando do processo de discussão da NOB-SUS 01/ 96, mas situavam-se em um estágio de baixo consenso e pouca maturidade nos debates entre o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, em face da inexistência de um volume significativo de experiências concretas de gestão e de análises da descentralização, em curso há pouco tempo. Assim, para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de

sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01, editada através da Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, articula-se em torno do pressuposto de que, naquele momento do sistema, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo de consolidação do SUS.

Estabelecendo o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, instituiu-se o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, com base nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

A NOAS-SUS 01/01 institui ainda a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), impondo condições aos municípios já habilitados nas condições da NOB-SUS 01/96 para que se tornem aptos a nova modalidade (PAB-Ampliado). Instituiu também o processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI), que representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços, orientando a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independentemente de sua condição de gestão. A partir da publicação desta Norma, os municípios passaram a habilitar-se em duas condições: gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal; e os estados passaram a habilitar-se também em duas condições: gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual.

Finalizando a era das Normas Operacionais, foi editada em 27 de fevereiro de 2002, através da Portaria GM/MS nº 373, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002), que veio assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01, porém oferecendo alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação. Novamente, a regionalização foi a estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, focando o

Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento desse ordenamento, elaborado na perspectiva de garantir o acesso dos cidadãos o mais próximo possível de sua residência. Essa garantia de ampliação do acesso foi acompanhada de melhora da qualidade na prestação dessa assistência, com referência e contrarreferência na prestação de assistência das ações de média e alta complexidade.

Quanto à habilitação dos municípios, continuam as duas estabelecidas pela norma anterior, ou seja, gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal; e os estados, em gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual.

A partir de 2006, iniciou-se um novo modo de formalização do processo de pactuação entre os três entes federados, denominado Pacto pela Saúde. O documento das diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006: consolidação do SUS, publicado na Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplava o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

Esse grande pacto apresentou mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltam: a substituição do processo de habilitação das NOBs pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração de várias formas de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos existentes naquela ocasião. Foi resultado de um intenso trabalho de discussão de cerca de dois anos, envolvendo os técnicos e a direção das diversas áreas do Ministério da Saúde, do CONASEMS e do CONASS, e aprovado na reunião da CIT, de 26 de janeiro de 2006, e na reunião de 9 de fevereiro de 2006 do Conselho Nacional de Saúde.

O documento contemplou o Pacto firmado entre os três gestores do SUS a partir de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeitam as diferenças locorregionais, agregam os pactos anteriormente existentes, reforçam a organização das regiões sanitárias, instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, fortalecem os espaços e mecanismos de controle social, qualificam o acesso da população à atenção integral à saúde, redefinem os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valorizam a macrofunção de

cooperação técnica entre os gestores e propõem um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

A implantação desse pacto, possibilita a efetivação de acordo entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes à época, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas; ao mesmo tempo, redefiniu responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca de equidade social.

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades é estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. São seis as prioridades do Pacto pela Vida:

- a) saúde do idoso;
- b) controle do câncer de colo de útero e de mama;
- c) redução da mortalidade infantil e materna;
- d) fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- e) promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável;
- f) fortalecimento da atenção básica.

O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS estabelecidos na Constituição Federal, desenvolvendo e articulando ações que visem qualificar e assegurar esse sistema como política pública. Deve firmar-se através de iniciativas que busquem: a repolitização da saúde, como um movimento que retoma a reforma sanitária brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS; promoção da cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito; garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema.

O Pacto de Gestão estabeleceu diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização; regionalização; financiamento; planejamento;

programação pactuada e integrada - PPI; regulação; participação e controle social; gestão do trabalho e educação na saúde.

A partir de então se criam as regiões de saúde e os Colegiados de Gestão Regionais. Outra ação importante demandada do Pacto pela Saúde de 2006 é quanto ao financiamento para o custeio das ações e serviços de saúde dentro do sistema, ficando estabelecido o repasse efetuado dentro de cinco grandes blocos, a saber: Atenção Básica; Atenção da Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

Por fim, o Pacto pela Saúde de 2006 inovou também ao instituir o Termo de Compromisso de Gestão nas dimensões do Pacto pela Vida e Pacto de Gestão para os entes federados, nele contendo metas e objetivos dos referidos pactos, com responsabilidades e atribuições de cada gestor, como também os indicadores de monitoramento. A partir de então, ficou extinto o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB-SUS 01/96 e na NOAS-SUS 2002, tendo o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) a função de substituir o processo anterior, devendo ser aprovados nos respectivos conselhos.

Em termo de legislação, a mais recente que normatiza as ações e serviços de saúde no SUS é o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011. Suas novidades são: Região de Saúde, espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) é o acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução; Portas de Entrada, que é o estabelecimento de serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS; Comissão Intergestores Regionais (CIR), instancia de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS; Mapa da Saúde, que é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados; Rede de Atenção à Saúde, conjunto de ações e serviços de saúde

articulados em níveis de complexidade crescente; Serviços Especiais de Espaço Aberto, que são serviços de saúde específicos para o atendimento de pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT), documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados.

No capítulo II do decreto é descrito como se constitui as regiões de saúde e quais ações e serviços de saúde devem ofertar as regiões de saúde, abrangendo: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial e hospitalar; e vigilância em saúde. Também é descrito neste capítulo quais são as Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde: serviços de atenção primária; serviços de atenção de urgência e emergência; serviços de atenção psicossocial; e serviços de acesso aberto.

O capítulo IV do decreto descreve como se dará a integralidade da assistência à saúde, estabelecendo dois mecanismos de regulação para essa finalidade: a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde; e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. A RENAME será acompanhada de Formulário Terapêutico Nacional (FTN), que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

O MS é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os PCDT em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas na CIT. A cada dois anos, o MS consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos PCDT.

O decreto nº 7.508 normatiza também como se dará o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica: deve o usuário estar assistido por ações e serviços de saúde do SUS; ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS; estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os PCDT ou com relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS; os entes federativos poderão ampliar o

acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que razões de saúde pública o justifiquem; o MS poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado; a RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na ANVISA.

Transcorridas duas décadas do processo de institucionalização do SUS, sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização ampliou o contato do sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de ações e serviços e da qualificação da gestão.

Como demonstra a legislação do SUS, a partir da NOB-SUS 01/93, o processo de descentralização das ações e serviços de saúde inicia sua trajetória, configurando a ação organizativa e estruturante mais importante para o estudo em questão, visto que proporciona aos cidadãos a proximidade com o executor das políticas públicas em saúde. Ela redefine responsabilidades entre os entes governamentais, o que reforça a importância da gestão local do sistema, pois transfere o poder de decisão, gestão financeira e toda a condução de política pública de saúde para os municípios.

Trata-se, sem dúvida, de forma mais complexa de repartição de competências na federação, compatível com a hodierna ampliação das funções estatais. (DALLARI, 1991, p.5). Em outras palavras, é a maior pulverização de recursos financeiros jamais vista na República.

No entanto, deve-se reconhecer o êxito de se implantar uma política pública universal em território tão vasto como o Brasil, contribuindo para o aperfeiçoamento das relações interfederativas e consolidando uma política pública de saúde de Estado, em que diferentes governos subnacionais atuaram na condução do processo de descentralização.

Os principais elementos constitucionais da regulação do processo de descentralização no SUS estão postos no quadro 1 a seguir.

QUADRO 1. Elementos constitucionais da regulação do processo de descentralização no SUS

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal das ações e serviços descentralizador do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
1990 a 1994	NOB 91/92	Ausente	Única forma utilizada: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada	Ausente	Negociação em âmbito nacional por meio dos Conselhos Nacionais de Representação dos Secretários Estaduais (Conass) e Municipais Intergestores Tripartite(CIT)
1994 a 1998	NOB 93	Fraca: vinculada às iniciativas e negociações municipais isoladas	Forma preponderante: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada. Forma residual: transferência em bloco (<i>block grants</i>) segundo montante definido no teto financeiro	Definição de responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância (sanitária e epidemiológica) para a condição de gestão mais avançada vigente (semiplena)	Negociações em âmbito nacional e estadual, por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB) Iniciativa isolada de consórcios Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão SUS
1998 a 2002	NOB 96	Moderada: vinculada às iniciativas e negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual (Programação Pactuada e Integrada - PPI)	Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada. Forma preponderante: transferência segmentadas em várias parcelas. (<i>Project grants</i>) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas.	Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) Programa Saúde da Família (PSF) Programa e projetos de doenças e agravos (carências nutricionais, catarata, varizes, atenção de urgência/emergência doenças infecciosas, vigilância sanitária, atenção à população indígena.	Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex:CIB regionais). Iniciativas isoladas de consórcios. Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI.

Fonte: Noronha, Lima e Machado (2008)

QUADRO 1 (cont.). Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal das ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
2002 a 2005	NOAS 2001/2002	Forte: vinculada às definições do conjunto de ações contemplados nos módulos assistenciais pelo nível federal e as iniciativas e negociações intermunicipais sob coordenação estadual (PPI, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimento).	Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada. Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas (<i>Project grants</i>) por nível de atenção à saúde, tipo serviço e programas, incluindo a definição de referências intermunicipais.	Manutenção dos dispositivos anteriores; e; definição das responsabilidades mínimas e conteúdos para a atenção básica. Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade. Redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade. Criação de protocolos para assistência médica.	Negociações em âmbito nacional e estadual e experiência de negociação regional isolada (ex: CIB regionais). Iniciativas isoladas de consórcios. Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas. Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica).
A partir de 2006	Pactos pela Saúde	Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados no processo de regionalização da saúde conduzidos no âmbito estadual com pactuação entre os gestores	Transferência em cinco grandes blocos segundo nível de atenção à saúde, tipo de serviço, programas e funções - em fase de implantação.	Definição das responsabilidades em todos os níveis de atenção.	Negociações em âmbito nacional e estadual. Fomento à expansão das experiências de negociação regional e compartilhamento da gestão dos sistemas de saúde. Formalização dos acordos entre gestores por meio de PPI, da assinatura de termos de compromissos entre os gestores no âmbito do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida. Implantação de mecanismo de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados.

Fonte: Noronha, Lima e Machado (2008).

1.2 Judicialização e a democracia

A forma de governo é essencial para o entendimento do processo de judicialização da saúde, já que o regime político favorece, ou não, a busca da sociedade civil organizada pelos direitos sociais inscritos numa Constituição democrática, pois não basta a Constituição para garantir o regime democrático, mas sim a obediência a essa constituição.

Com o processo de redemocratização por que passou o país, as vias democráticas de atuação não somente política, mas também de vertente socioeconômica mais socializador favoreceram a inscrição na Carta de 88 de todo um arcabouço protetor para a sociedade. Os atores que participaram da reforma sanitária trabalharam junto à ANC-87/88, de forma a garantir a saúde como direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Assim, sua inclusão como temário separado no capítulo da ordem social da nova Constituição foi uma vitória para o grupo e para a sociedade brasileira.

Essa conquista permite que, no futuro, o processo ora estudado aconteça em diferentes partes do país. O direito à saúde faz parte dos direitos fundamentais em nossa Constituição. Sendo assim, além de dispor como direito fundamental do ser humano, coloca o Estado como ator jurídico pleno para prover essa saúde à população do país, dispondo ainda de que forma o Estado iria prover esse direito, outorgando responsabilidades entre os três entes federativos do Executivo. Portanto, o direito à saúde é uma política de Estado e não de Governo, devendo este conduzir da melhor forma possível esta política social, oferecendo à população condições de acesso e resolutividade para os agravos à saúde ocorridos, tornando a política pública de saúde um dos pilares da cidadania no Brasil.

Nos últimos anos, no Brasil, a Constituição conquistou força normativa e efetividade. A jurisprudência acerca do direito à saúde e ao fornecimento de medicamentos é um exemplo emblemático. As normas constitucionais deixaram de ser percebidas como integrantes de um documento estritamente político, mera convocação à atuação do Legislativo e do Executivo, e passaram a desfrutar de aplicabilidade direta e imediata por juízes e tribunais. Nesse ambiente, os direitos

constitucionais em geral, e os direitos sociais em particular convertem-se em direitos subjetivos em sentido pleno, comportando tutela judicial específica. A intervenção do Poder Judiciário, mediante determinações à Administração Pública para que sejam fornecidos gratuitamente medicamentos em uma variedade de hipóteses, procura realizar a promessa constitucional de prestação universalizada do serviço de saúde.

O direito à saúde assegurado na CF-88 é um direito fundamental, interpretado tanto pelos atores do direito, quanto da saúde, como o alicerce para a construção de uma nação mais justa e igualitária. Esse é um ponto de consenso para quem deseja o fortalecimento das ações sociais e o respeito a um Estado de Direito incorporado às sociedades mais modernas e solidárias.

A ideia do Estado democrático de direito, consagrada no artigo 1º da Constituição brasileira, é a síntese histórica de dois conceitos que são próximos, mas não se confundem: os de constitucionalismo e de democracia. “Constitucionalismo significa, em essência, limitação do poder e supremacia da lei (Estado de Direito, *Rule of Law*, *Rechtsstaat*).” (BARROSO, 2008, P.10). Democracia, por sua vez, em aproximação sumária, traduz-se em soberania popular e governo da maioria. Entre constitucionalismo e democracia podem surgir, eventualmente, pontos de tensão: a vontade da maioria pode ter de estancar diante de determinados conteúdos materiais, orgânicos ou processuais da Constituição.

O Estado constitucional de direito gravita em torno da dignidade da pessoa humana e da centralidade dos direitos fundamentais. A dignidade da pessoa humana é o centro da irradiação dos direitos fundamentais, sendo frequentemente identificada como o núcleo essencial de tais direitos. (BARROSO, 2008, p.10).

Os direitos fundamentais incluem: a liberdade, isto é, a autonomia da vontade, o direito de cada um eleger seus projetos existenciais; a igualdade, que é o direito de ser tratado com a mesma dignidade que todas as pessoas, sem discriminações arbitrárias e exclusões evitáveis; o mínimo existencial, que corresponde às condições elementares de educação, saúde e renda que permitam, em determinada sociedade, o acesso aos valores civilizatórios e a participação esclarecida no processo político e no debate público. Os três poderes – Legislativo, Executivo e Judiciário – têm o dever de realizar os direitos fundamentais, na maior extensão possível, tendo como limite mínimo o núcleo essencial desses direitos.

O chamado Estado de Direito, pressuposto jurídico do Estado Democrático Moderno (BOBBIO, 1987, p. 20), é que irá estabelecer um princípio legitimador e pacificador dos conflitos sociais. Para que exista, de fato, o estado constitucional moderno, é preciso que sejam garantidas algumas precondições: os direitos fundamentais, a igualdade dos direitos, a igualdade perante a lei, a liberdade de opinião, de reunião, de informação, etc. (BOBBIO, 1987, p. 20).

As leis civis e os princípios constitucionais do Estado de Direito introduzem, dessa forma, a garantia da igualdade jurídica. Não se deve confundir igualdade jurídica com a igualdade real entre os indivíduos. Trata-se, no caso das sociedades modernas, de estabelecer o princípio da igualdade jurídica, base e fundamento último das sociedades democráticas e pluralistas.

A igualdade de direitos deve ser associada ao fim da rígida estratificação social, da exclusão e da discriminação. Essa igualdade está, sem dúvida, na origem do conceito moderno da cidadania, referido ao usufruto de direitos iguais, introduzido no cenário político do ocidente a partir da Revolução Francesa, que deu início à Idade Contemporânea ao abolir a servidão e os direitos feudais e proclamou: “os princípios universais de liberdade, igualdade e fraternidade”, frase de autoria de Jean-Jacques Rousseau.

A queda da Bastilha, ocorrida em 14 de julho de 1789, é o marco simbólico da Revolução Francesa. A igualdade, como princípio estruturador da vida social, é um dos aspectos mais polêmicos da cidadania moderna, e do próprio significado substancial da democracia, fruto dos ideais iluministas que se tornaram presentes em várias constituições democráticas do ocidente. Cidadania e democracia aparecem como processos articulados no cenário político da modernidade e convivem em total harmonia, pois ambas se referem ao processo de institucionalização da igualdade.

Como nos mostra Bobbio, a igualdade dos direitos compreende a igualdade naqueles direitos fundamentais enumerados numa Constituição, a serem gozados por todos os cidadãos, sem discriminação, aqueles direitos diante dos quais todos os cidadãos são iguais (BOBBIO, 1987, p. 41). Como resultado do Estado Democrático de Direito, em respeito à CF e à LOS, existe a judicialização, já que as portarias ministeriais e demais legislações infralegais não podem contrariar a lei matricial do país, levando ao exercício do direito e fortalecendo o mesmo.

A defesa dos direitos é um ato legal, se não for abusivo; ele é legítimo, o que concorre para que cada vez mais se faça uso desses direitos, fato comprovado pelo aumento do número de ações interpostas contra o SUS.

1.3 O acesso à justiça como efetivação dos direitos sociais

Resultado da redemocratização brasileira, o acesso aos serviços da justiça melhorou, permitindo que mais indivíduos utilizem seus serviços. Com os melhores desempenhos da Defensoria Pública e do Ministério Público Federal, houve o incremento de solicitações ao Poder Judiciário para responder sobre os direitos sociais garantidos na Carta Constitucional que não estão sendo respeitados em parte, ou integralmente pelo Poder Executivo e seus órgãos administrativos.

O poder de justiça se faz presente como meio executor das políticas públicas, fazendo assim uma nova modalidade de intervenção entre os poderes da República. Apesar da independência dos mesmos, cabe ao Poder Judiciário dialogar com os demais poderes na busca do cumprimento da Carta Constitucional. A sociedade brasileira vê na Justiça o olho fiscalizador e a mão executora de seus direitos garantidos, levando a julgamento na Suprema Corte brasileira ações que determinam o cumprimento de seus direitos pelo Poder Executivo, acarretando jurisprudência para todas as cortes do país.

O acesso à justiça não é um tema somente da atualidade, desde a Antiguidade já se faziam menções nesse sentido, no entanto é recente a busca de um acesso à justiça de forma igualitária para toda a sociedade. O acesso à justiça nunca foi uma essência do direito ocidental e oriental, mas com o tempo foi ganhando viabilidade e reconhecimento.

O mundo passou a considerar a existência do acesso à justiça a partir do Código de Hamurábi, uma das primeiras constituições que apresentou os mais fracos e os mais pobres como pessoas aptas a exercer seus direitos. Na Grécia, especialmente Atenas, cidade-Estado, primordial em aceitar a democracia como forma de governo, também foram relatados indícios de acesso à justiça aos mais pobres. Em Roma, o imperador Constantino criou pela primeira vez a assistência judiciária às pessoas mais pobres, que mais tarde foi vista no Código Justiniano. Também são observadas menções de acesso à justiça aos mais pobres na

Declaração do Homem e do Cidadão na América do Norte, em virtude da influência revolucionária francesa.

No cenário brasileiro, as primeiras atuações ao acesso à justiça foram tardias e vagarosas, no período colonial, as Ordenações Filipinas, constituição de Portugal que foi incorporada ao Brasil, não ofereciam esse acesso. Durante o período imperial, ocorreram alguns avanços, houve a reformulação do Código de Processo Criminal e Civil e os primeiros esboços do Código Civil, mas isso não significava acesso a toda a população, pois não atendia às classes desprivilegiadas como mulheres, escravos e índios.

Com o advento da República, houve algumas tentativas de imposições do acesso à justiça, mas foram poucos os atos nesse sentido, pois o país acabava de sair de um regime escravocrata. Durante as constituições que se findaram, o acesso à justiça foi se viabilizando cada vez mais até chegar à “Constituição Cidadã”. Foi nessa constituição que se criaram os direitos e garantias fundamentais, sendo o acesso à justiça um princípio constitucional.

A nova constituição também assegurou o direito de propor ação, entrada do devido processo legal, o direito ao contraditório e a ampla defesa, assim como o direito à isonomia das partes no processo, que se viabiliza através da assistência judiciária gratuita aos carentes. Isso ocorre de forma semelhante nos países ocidentais e no Primeiro Mundo de forma geral, pois foram criados sistemas e normas para facilitar o acesso das populações ao Poder Judiciário, incluindo as populações mais vulneráveis economicamente.

No ordenamento jurídico brasileiro, o acesso à justiça é visto como uma garantia fundamental a toda a população, expressa no artigo 134 da CF: “A Defensoria Pública é instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados, na forma do art. 5º, LXXIV”.

Dentre as diversas maneiras de tornar acessível o ordenamento jurídico, uma das principais que se desenvolveram na Constituição brasileira foi a instalação da Defensoria Pública, que oferece assistência judiciária aos mais carentes: “O Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos”.

A Defensoria Pública contribui muito para que o acesso à justiça chegue aos mais carentes, mas ela não produz efeitos significativos para os direitos difusos, pois a assistência é objetivamente prestada para a garantia de direito individual. Os direitos difusos são aqueles que não apresentam apenas um titular de direito que seja identificado; são direitos reivindicados por um grupo de pessoas que buscam interesses com a mesma finalidade; são grupos sociais organizados que lutam pela proteção judicial dos direitos coletivos.

A assistência judiciária gratuita e a representação dos direitos difusos iniciam uma era de mudanças no ordenamento jurídico em prol do acesso à justiça. Efetivase com a atuação marcante do Ministério Público como parceiro da sociedade civil organizada na busca da efetivação de seus direitos sociais inscritos no artigo 6º: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

A atuação do MP é inegavelmente um produtor de cidadania e defesa dos direitos sociais inscritos na Carta Constitucional. Sua atuação em prol da efetivação dos direitos ali inscritos faz com que sua interposição jurisdicional seja sempre requerida pelos grupos prejudicados em auferir seus direitos. Como está inscrito na Constituição, artigo 129, cabe ao Ministério Público: “zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia”.

1.4 A Atuação do Poder Judiciário pós CF-88

A atuação do Poder Judiciário, no que se refere à interpretação do art. 196 da CF-88, é fruto de uma das linhas de pensamento dos parlamentares constituintes que elaboraram a Constituição Cidadã, assim denominada pelo Dr. Ulysses Guimarães.

Na disputa hegemônica dentro da ANC, havia duas correntes de pensamentos quanto à interpretação da nova Constituição. Um grupo de constituintes acreditava que da mesma forma como ocorrera com a Constituição de 1946, a nova Carta teria um significado simbólico. Outro grupo de parlamentares

constituintes acreditava que outros atores interpretariam os textos de forma a entendê-los como normas produtoras de direitos.

Como resultado dessa segunda interpretação, foram criados o mandado de injunção, a ação civil pública (ACP), ação direta de inconstitucionalidade (ADIn), ação declaratória de constitucionalidade (ADC), arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF) e, por fim, a nova conceituação dada ao Ministério Público, que passaria a assumir a responsabilidade de defender a sociedade.

A promulgação da nova Constituição revelou a consequência desse embate ideológico na ANC, sendo a Carta Constitucional sujeita a interpretações que julgariam a concretude de seus valores e princípios. No entanto, o poder discricionário cabe ao Poder Judiciário e sua atuação, resultado do novo papel atribuído, vem se ampliando nos últimos anos, fato denominado de judicialização.

As estruturas da República, então combatidas pelo longo período de exceção que passou o Brasil, dão lugar a estruturas renovadas e ao fortalecimento de órgãos da administração republicana pós-CF-88. O Poder Judiciário passou por uma reformulação, com a criação do Conselho Nacional de Justiça e o aparelhamento do Ministério Público Federal e suas instâncias locais para fiscalizarem o cumprimento da CF-88, sendo esse o fiel da balança entre as ações demandadas pela sociedade.

O Promotor de Justiça pós-Constituição de 1988 representa a sociedade civil na busca pela garantia de seus direitos sociais e, mais do que isso, por ser independente. Isto está inscrito na CFB, conforme Capítulo IV, art. 127: “O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”. Tem atuado de forma harmônica com o desejo da sociedade brasileira.

Isso tudo faz com que os atores das áreas sociais, jurídicas e de saúde comecem a se deparar com uma nova realidade, buscando incorporar conhecimentos dos mais variados campos acadêmicos, sempre orientados pela excelência e obediência aos postos jurídico-institucionais. O MP tem papel fundamental em todo o processo, hoje visto como essencial a manutenção da ordem constitucional do país.

Na prática, a Constituição criou direitos subjetivos: políticos, sociais ou difusos que são exigíveis de forma direta, do poder público, pois são ações constitucionais

contempladas. Segundo Cappelletti (1988, p.26), “interesses ‘difusos’ são interesses fragmentados ou coletivos, tais como o direito ao ambiente saudável, ou à proteção do consumidor.” O Poder Judiciário passou a ter papel decisivo e ativo na concretização do texto constitucional, ou seja, o que está na Constituição é para ser cumprido. No plano jurídico, atribuiu-se à Constituição normatividade plena, passando a mesma a ter aplicabilidade direta e imediata, tornando-se fonte de direitos e obrigações.

A inserção do Poder Judiciário no campo da saúde pode ser percebida como um forte indício de “judicialização da política”, ou seja, a expansão do Poder Judiciário frente aos demais poderes da república, porém a atuação mais visível acontece com as demandas individuais procedentes da Defensoria Pública, demonstrando a eficácia da mesma, como também a rapidez com que os magistrados locais julgam tais demandas.

A qualificação por que passou o Poder Judiciário pós-Constituição de 1988, com a criação e o aprimoramento de instâncias até então distantes da população, faz hoje a diferença no processo que se denomina “judicialização”, seja da saúde ou uma judicialização da política – o que se considera é todo um elenco novo de procedimentos, o que em tempos passados não ocorria.

A Constituição Federal rompe com as normas e estabelece condições para que o Poder Judiciário atue de forma mais próxima ao cidadão, impondo determinações ao Poder Executivo para que se cumpra o descrito no texto constitucional, iniciando uma nova etapa na República do Brasil, que vários pesquisadores do Direito denominam como judicialização da política, pois ao determinar que se cumpra a legislação o Poder Judiciário, interfere nas políticas públicas de saúde do país.

1.5 Problemas da judicialização em saúde no Brasil

O resultado da transformação política e social na área da saúde pelo qual passou o país na última década do século passado e na primeira década deste conduz a política pública de saúde a um patamar de distribuição de cidadania nunca visto antes. Expõe, no entanto, a mesma política pública aos graves problemas

decorrentes de muitos anos de ausência das políticas sociais, resultado da exclusão econômica e social por que passou a sociedade brasileira.

Contrário ao modelo econômico pregado por Lord Keynes e introduzido na Europa pós-guerra com a vitória dos aliados, o *Welfare State*, o liberalismo implantado no Brasil produziu conjunturas contrárias a ampliação de políticas públicas mais socializantes e inclusivas à sociedade. O modelo defendia uma política econômica de Estado intervencionista, através da qual os governos usariam medidas fiscais e monetárias para mitigar os efeitos adversos dos ciclos econômicos: recessão, depressão e *booms*. Quase todas as economias europeias introduziram em sua política econômica os ideais de Keynes, nas décadas de 1950 e 1960, só havendo um contrafluxo neoliberal depois do choque do petróleo em 1974. (HOBSBAWM, 1995, p.398).

Infelizmente, o SUS nasceu num momento de franca expansão do modelo liberal, financiado pelas agências reguladoras internacionais. As ideias de John Maynard Keynes, economista britânico que havia influenciado a macroeconomia moderna, tanto na teoria quanto na prática estavam em descrédito. Portanto, o SUS, como inovador e resultado de práticas sociais mais justas e universais, sofreu com contingências financeiras, resultantes sobretudo de políticas econômicas recessivas, com redução de aporte dos recursos destinados à área social que migraram para área financeira, a chamada “financeirização do capital”.

A recessão mundial e o encolhimento das políticas sociais no Velho Continente aconteciam no momento em que a gestão pública no país implantava um sistema de saúde voltado para a integralidade da assistência com cobertura universal, com financiamento e gestão compartilhada pelos três entes federados. Durante toda a década de 90 e a primeira década deste século, o SUS, premissa inovadora na federação, respeitando um pacto interfederativo, em sua gestão nos três níveis de governo, tem que enfrentar as interferências da macropolítica econômica e da recessão mundial.

O neoliberalismo capitaneado por Grã-Bretanha e Estados Unidos ditava regras para as economias latinas vitimadas por processos inflacionários. As instituições multilaterais (BIRD, FMI) aconselhavam políticas econômicas liberais, como o Estado mínimo, privatizações, desregulamentação do capital e o enxugamento de políticas sociais, entre outras. Os recursos que deveriam aportar no

sistema público de saúde são sequestrados através de várias modalidades: da desvinculação de receitas até contingências para gerar superávits e estabilização monetária. Tais fatos podem explicar em parte as dificuldades do SUS, pois a judicialização nasce com o próprio sistema de saúde, consequência de um subfinanciamento da seguridade social.

Segundo Levcovitz et al. (2001, p.270), “vale ressaltar que a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as ideias neoliberais fortalecidas durante as edições das Normas Operacionais Básicas, nos anos 90.” Dessa forma, ainda que fundado em bases político-ideológicas diferentes - os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado - o consenso acerca da descentralização favorece o avanço desse processo. (LEVCOVITZ et al, 2001, p.270).

Ao se debruçar sobre o processo denominado judicialização da saúde, é oportuno salientar não só as consequências desse fenômeno como também suas possíveis causas. A aquisição de medicamentos e demais insumos da saúde é a principal responsável pela demanda de pleitos judiciais. Procura-se entender como o financiamento das ações e serviços de saúde, como um todo, poderia mitigar ou não tal processo.

O subfinanciamento da saúde pública em nosso país é orgânico, pois nasce com o próprio SUS. Os constituintes, ao elaborarem nossa CF, previram um Orçamento da Seguridade Social (OSS), que a partir de uma visão humanista e inovadora no Brasil, garantiria os recursos necessários para todas as ações e serviços ligados às áreas sociais da Administração Pública. Como proposta inovadora, a sociedade brasileira herdaria uma Assistência Social abrangente e cidadã, resguardando recursos que proporcionariam real atendimento as demandas sociais da população brasileira. Porém, passadas mais de duas décadas da promulgação da CF, o OSS nunca foi implantado pelos executivos que se sucederam; ao contrário, o que se viu foi um crescente sequestro de recursos dos orçamentos sociais em prol da área econômica de governos comprometidos com o ajuste fiscal e o superávit primário, sem falar das renúncias fiscais realizadas recentemente, que tiram recursos das áreas sociais.

O Orçamento da Seguridade Social que consagraria a universalização dos direitos sociais nunca se materializou, frustrando parte da dimensão universalizante

do projeto da Seguridade Social brasileira, pelo desrespeito à destinação constitucional da receita das contribuições sociais (DAIN, 2012, p. 464).

A escolha da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) como âncora para aplicação mínima de recursos na saúde é outra vertente que não assegura recursos maiores para o SUS. Infelizmente, a Emenda Constitucional nº 29, embora tenha conseguido com que estados e municípios aportassem mais recursos na saúde, quanto ao governo federal isso não se repete, já que o desempenho modesto do PIB ano a ano não assegura recursos maiores para o SUS.

Entre 2000 e 2008, a União reduziu de 60% para 46% sua participação no financiamento da saúde. Os estados elevaram de 18,5% para 24,5% sua participação e os municípios, de 22% para 30% (DAIN, 2012, p. 219). No lugar da variação nominal do PIB, os recursos para a saúde poderiam estar atrelados à arrecadação tributária, indicador de melhor êxito nas últimas duas décadas, o que com certeza brindaria o sistema com condições mais favoráveis à crescente demanda por serviços.

A elevação da carga tributária brasileira se dá, principalmente, no campo da Seguridade Social, lugar comum do financiamento das políticas públicas de previdência, assistência social e saúde. As políticas públicas de saúde, no entanto, não se beneficiam desse aumento, sendo esses recursos drenados para o superávit primário e gastos sociais, como o Programa Bolsa Família. Este, apesar de contribuir para amenizar o fosso social da nação, até o momento não apresenta estudos concretos sobre o impacto dessa ação social em benefício da saúde da população por ele atendida, sem falar das falhas de controle sobre os benefícios distribuídos.

O subfinanciamento do SUS é fator estrangulador de sua capacidade de fornecer assistência integral à população brasileira, e até mesmo contingencia sua capacidade de universalizar a prestação de saúde no país. Segundo a OMS, sistemas de cobertura universal, como o brasileiro, demandam 6,5% do PIB. Entretanto, a consolidação dos gastos nas três esferas de governo soma apenas 3,7% do PIB,¹ contrastando com EUA (7,8%), Canadá (7,5%), México (4,9%), Argentina (4,6%), Chile (4,0%) e Uruguai (9,0%) (DAIN, 2012, p. 218).

¹ Indicadores da OPAS para 2009 (ANFIP, 2011).

Além do subfinanciamento exercido sobre o sistema, são de grande preocupação os projetos conhecidos de reforma tributária, que não escondem suas intenções em diminuir a tributação exclusiva destinada às áreas sociais, enfraquecendo ainda mais os orçamentos sociais. A desoneração fiscal exercida nos últimos anos, a pedido de setores econômicos fortes, como a indústria automobilística, também contribui para uma decadência acentuada na receita tributária, das contribuições de cunho sociais.

Com a maior participação dos governos subnacionais no financiamento do sistema, surge outro obstáculo que é a não regulamentação da definição das ações e serviços de saúde, induzindo desvios de aplicação por ambiguidade de conceituação legal de gastos, estimada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em R\$12 bilhões no período 2000/2004 (DAIN, 2012, p. 219).

O acanhado orçamento do SUS frente à necessidade de expansão dos serviços para atender à crescente demanda coloca a gestão do SUS em situação de vulnerabilidade, gerando descrédito junto à população e enfraquecendo a relação de cidadania oferecida pela universalização e integralidade. O estrangulamento de receitas observado, que gera desequilíbrios na prestação da assistência, resulta no aumento do processo de judicialização que vem ocorrendo nos últimos anos. Mas apesar de todos os entraves mencionados, o SUS é a política social universalizante mais bem-sucedida na história do país.

Como resultado das transformações mencionadas, a fragmentação dos recursos alocados para a política pública de saúde e a inclusão do gestor local no cenário temático da judicialização trouxeram para a gestão municipal as reivindicações peculiares por ações e serviços de saúde, responsabilizando a gestão local do sistema por toda a prestação desse bem comum. Surgiu então um novo ingrediente na disputa pelo melhor acesso, medicamento mais novo e eficiente, procedimento mais seguro e eficaz: as demandas judiciais na saúde pública em todos os municípios do Brasil.

O direito à saúde estabelecido configura o cerne da política de saúde pública, sendo indissociável da responsabilidade assumida pela gestão no cumprimento de suas funções, fazendo da gestão do SUS uma linha nova no processo de administração da res publica. O gestor tem a responsabilidade de conduzir uma política de saúde gerada por um movimento sociopolítico que antagonizava todo um

processo decadente, oligárquico e destituído de ética democrática e participativa. O novo processo por que passa a gestão do SUS é decorrente da busca por garantias que a cidadania proporciona a quem luta por algo.

Em todo o processo administrativo, seja público ou privado, a gestão é condutora de um sistema que ela integra quanto produtora do mesmo; no SUS, nem sempre a gestão escolhe esse ou aquele caminho, simplesmente se adapta para fornecer os meios necessários para que as ações se concretizem, alguns gestores sentem-se parte do sistema. Há, entretanto, conduções individuais dessa política que, ao não perceberem a abrangência das medidas tomadas, irá conduzir a resultados tão diferentes, de forma que não alcancem o resultado social a que se destinam, havendo assim, a responsabilização da gestão no processo contínuo da judicialização. Surge então um segundo executor para as políticas públicas de saúde em não conformidade com o previsto no sistema de saúde, o Judiciário, comprovando-se assim falha da gestão na execução das ações e serviços de saúde públicos delegados aos executivos de União, estados e municípios.

Ao tornar os municípios entes autônomos na federação, a Carta Magna promulgada em 1988, resultado de lutas democráticas, na busca de revitalizar o Estado democrático de direito, produziu um novo ingrediente na república do país. Logo após a promulgação da Constituição, houve um incremento na criação de novos municípios, elevando assim consideravelmente o quantitativo de componentes da federação, que só conseguem sobreviver graças aos repasses do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). E seguindo a lógica de aproximar as decisões dos cidadãos em seus locais, distribuiu responsabilidades até então garantidas e mantidas pelo poder central, dentre as quais oferecerem ações e serviços de saúde à população residente nos municípios, conforme estabelecido na Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), promulgada dois anos depois da Constituição Federal (CF), em 1990.

Com a constituição do SUS, os municípios se viram diante de uma nova atribuição que até então era exercida por outro ente da federação (estados ou União). A organização, direção e gestão do SUS passam a ser exercidas por todos os municípios com todas as atribuições que o sistema prega em sua formulação. Isso levou municípios pequenos a criarem a Secretaria Municipal de Saúde, que em muitos não existia, pois as ações e serviços de saúde passavam ao largo da

municipalidade recém-inaugurada e mesmo daquelas que já existiam antes da CF-88.

Essa nova situação no campo da saúde pública viria a se tornar mais complexa com o surgimento e aumento de casos da nova doença globalizada; a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e as doenças que este novo micro-organismo causava, denominada síndrome da imunodeficiência adquirida (sigla Aids, em inglês).

O tratamento para a nova infecção passou a exigir um volume maior de recursos para aquisição de novos medicamentos (antirretrovirais), fabricados no exterior e de altos custos, sem falar das internações e tratamentos concomitantes de infecções oportunistas, desencadeadas pelo vírus que atingia os doentes.

A promulgação da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS, todos importados e de custos elevados, é o ponto inicial do processo ora estudado. Tal lei respondia a um pedido não mais efetuado pelos meios que até então representavam a sociedade nessas causas, ou seja, o Poder Legislativo em particular e o Poder Executivo, através de campanhas públicas para este fim.

Optou-se naquele momento por provocar o Poder Judiciário e as Cortes Estaduais para que se fizesse valer o que estava descrito no texto constitucional do país, mas precisamente o artigo 196 – “saúde é direito de todos e dever do Estado” –, dando início ao processo que se denomina “judicialização da saúde”.

As demandas dos portadores do vírus HIV e doentes de Aids na década de 90 são o marco onde o terceiro poder da República é provocado e responde aos postulantes de forma positiva, assentindo com o descrito no texto da Constituição e mudando a prática do entendimento jurídico a partir daí. No entanto, tal processo judicializante que primeiramente atendia a um nicho específico de usuários do sistema, expandiu-se e fez valer a todos que procuram por esta via o que está assentado em lei, tornando o Poder Judiciário promotor de legislação, como a descrita anteriormente, como também adquire papel interventor nas políticas públicas de saúde, ao fazer os gestores cumprirem as determinações legais.

Tais fatos produzem discussão entre os atores do campo da saúde e do direito, conduzindo o tema a pronunciamento do Supremo Tribunal Federal (STF) na Audiência Pública realizada em 2009, quando atores envolvidos na temática tiveram

oportunidade de se posicionar a respeito da mesma e proporcionar à Corte um recorte preciso das consequências do processo em andamento, resultando em jurisprudência seguida pelos demais tribunais.

A judicialização teve início, mas deixou de ser um processo novo e passou na segunda década do novo século a constituir instrumento corriqueiro na busca da efetivação do direito assegurado, levando a gestão do sistema, em seus três níveis de atuação, a se deparar com volumosos gastos para atender as demandas.

Essa interferência do Poder Judiciário na política não é um fenômeno particular ao Brasil. Tate e Vallinder (1995) identificam a interferência de mandados dos tribunais nas políticas públicas em quase todos os países democráticos nos últimos anos. Além disso, os autores ressaltam que, mesmo os países membros da União Europeia já tiveram suas políticas alteradas devido à ingerência da Corte Europeia. (MACHADO, 2010, p.43).

Segundo Vianna et al. (1999, p. 25), “a judicialização da política e do social seria, então, um mero indicador de que a justiça se teria tornado um último refúgio de um ideal democrático desencantado.” Numa perspectiva mais ampla, “a política se judicializa a fim de viabilizar o encontro da comunidade com os seus propósitos, declarados formalmente na Constituição” (VIANNA et al, 1999, p.40).

A CF-88 declara o direito à saúde como um direito universal e dever do Estado. Sendo assim, sua não observância, na prática, é uma violação do direito constitucional, levando a sociedade através de grupos organizados, ou individualmente, a proporem ações contra o Estado. Torna assim a concretização de um direito constitucional em prática concreta de políticas públicas de saúde.

Como resultado de todo esse processo, no campo jurídico-institucional há a noção de “cidadania complexa”, ou seja:

[...] a atividade dos agentes do sistema jurídico, bem como a dos agentes sociais em direção a ele, são interpretadas enquanto ação política que busca, no plano da aplicação do direito, soluções e resoluções para dilemas oriundos dos conflitos sociais. (EISENBERG, 2002, p. 46).

O sistema, no entanto, começa a apresentar sintomas graves de que pode morrer da cura, vítima do excesso de ambição, da falta de critérios e de voluntarismos diversos. (BARROSO, 2008, p.3). Por um lado, proliferam decisões extravagantes ou emocionais, que condenam a Administração ao custeio de

tratamentos irrazoáveis, seja porque inacessíveis, seja porque destituídos de essencialidade, bem como de medicamentos experimentais ou de eficácia duvidosa, associados a terapias alternativas. Por outro lado, não há um critério firme para a aferição de qual entidade estatal - União, estados e municípios – deve ser responsabilizada pela entrega de cada tipo de medicamento. Diante disso, os processos terminam por acarretar superposição de esforços e de defesas, envolvendo diferentes entidades federativas e mobilizando grande quantidade de agentes públicos, aí incluídos procuradores e servidores administrativos.

Desnecessário enfatizar que tudo isso representa gastos, imprevisibilidade e disfuncionalidade da prestação jurisdicional. Supostamente existe uma colisão de valores ou de interesses que contrapõe, de um lado, o direito à vida e a saúde e, de outro, a separação dos Poderes, os princípios orçamentários e a reserva do possível. Porém, o que ocorre é o direito à vida e à saúde de uns versus o direito à vida e à saúde de outros. Questão de solução juridicamente difícil, já que valores éticos e filosóficos são intrínsecos ao problema.

No entanto, crítica oposta à jurisprudência brasileira se apoia na circunstância de a norma constitucional aplicável estar positivada na forma de norma programática. O artigo 196 da Constituição Federal deixa claro que a garantia do direito à saúde se dará por meio de políticas sociais e econômicas, não através de decisões judiciais. Segundo Barroso (2008, p.22), “a possibilidade de o Poder Judiciário concretizar, independentemente de mediação legislativa, o direito à saúde, encontra forte obstáculo no modo de positivação do artigo 196, que claramente defere a tarefa aos órgãos executores de políticas públicas.”

Outro fator a ser questionado na atuação judicial é a legitimidade democrática, pois se retira dos poderes legitimados pelo voto popular a prerrogativa de decidir de que modo os recursos públicos devem ser gastos. A população de um município pode, por exemplo, priorizar medidas preventivas de proteção à saúde, ou concentrar a maior parte dos recursos na promoção da saúde do que em medidas meramente curativas, via medicamentos de alto custo. No presente contexto, é correto afirmar que o benefício auferido por uma população com a distribuição de medicamentos é significativamente menor que aquele obtido caso os mesmos recursos fossem investidos em outras políticas de saúde pública, como por exemplo,

políticas intersetoriais de saneamento básico e de construção de redes de água potável.

As políticas públicas de saúde devem assegurar a redução das desigualdades econômicas e sociais. Contudo, quando o Judiciário assume o papel de protagonista na implementação dessas políticas, privilegia aqueles que possuem acesso qualificado à Justiça, seja por conhecerem seus direitos, seja por poderem arcar com os custos do processo judicial. Por isso, a possibilidade de o Judiciário determinar a entrega gratuita de medicamentos mais serviria à classe média que aos pobres. Inclusive, a exclusão destes se aprofundaria pela circunstância de o governo transferir os recursos que lhes dispensaria, em programas institucionalizados, para o cumprimento de decisões judiciais, proferidas, em sua grande maioria, em benefício da classe média.

Considerando o grande território do Brasil, encontram-se vastas áreas desprovidas de instituições da administração pública, onde se encontram apenas um Posto de Saúde e uma unidade das Forças Armadas, como acontece na região da floresta amazônica.

O SUS é parte integrante da cidadania brasileira; sua visão universal, o comprometimento com a integralidade e o respeito à equidade são diretrizes filosóficas que perpassam a noção de saúde pública e contribuem para o fortalecimento da identidade nacional.

2 O IMPACTO DAS AÇÕES JUDICIAIS GARANTIDORAS DO DIREITO À SAÚDE SOBRE O SUS BRASILEIRO

O SUS começa a apresentar sinais de que pode fatalmente se exaurir pela falta de critérios e excessos nas demandas judiciais, que pleiteiam medicamentos experimentais ou de duvidosa eficácia, e ainda não passaram em testes, nem foram aprovados para comercialização no país pela ANVISA. Há também ações que pedem procedimentos em terapias alternativas e até aqueles destituídos de essencialidade para o tratamento da doença em questão.

Existe também a questão do federalismo e solidariedade entre os entes da federação, colocando União, estados e municípios em patamares de igualdade nos tratamentos das ações e por vezes acarretando superposição de esforços, levando à sobrecarga dos sistemas de defesas dos três entes e mobilizando grande quantidade de agentes públicos e recursos para fazer frente à judicialização, onerando o sistema de saúde e diminuindo a quantidade de recursos que poderiam atender outros programas. Lógico supor que as despesas realizadas pela judicialização importam em sequestros de recursos de outras áreas do SUS.

A principal causa para os cidadãos interpelarem judicialmente o SUS é a demanda por medicamentos. Estes são insumos fundamentais nos diversos processos de saúde e ainda representam um dos setores mais importantes da economia mundial. Nos países europeus, do total de gastos com saúde, os medicamentos representam quase 17%, ficando atrás somente dos gastos com internações e tratamentos ambulatoriais. No caso do Brasil, estima-se essa participação em torno de 20% dos gastos totais em saúde. O que impressiona no Brasil é o peso dos gastos das famílias com medicamentos chegando a um terço do gasto total (IBGE, Conta satélite de Saúde, 2012). O governo financia menos de 20% do total gasto no setor, em contraposição a 60-70% nos países europeus. E isso dá muita legitimidade para a judicialização do acesso à aquisição de medicamentos. Os gastos do SUS para distribuição de medicamentos às famílias giram em torno de 5,5% de seus gastos totais.

A questão dos medicamentos depende de um conjunto de políticas e ações estratégicas, sempre de caráter intersetorial. Envolve a produção de fármacos essenciais, a pesquisa e o desenvolvimento de novas tecnologias, a formação de

recursos humanos para várias atividades, desde a pesquisa até a orientação e dispensação do medicamento ideal para o usuário, sem falar nos mecanismos de regulação econômica, controle sobre patentes, promoção da saúde, com garantia de acesso ao medicamento de qualidade, com uso racional e custo acessível.

Como se vê, a questão de medicamentos requer do Estado uma coordenação política, que seja intervencionista, reguladora, normatizadora e produtora de bens e serviços, cuja finalidade é a prestação de um bem comum à sociedade – a saúde.

A Assistência Farmacêutica (AF), como política pública, teve início em 1971, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que tinha como missão fornecer medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los (BRASIL, 1971). A criação da CEME é considerada como primeiro esforço do Estado brasileiro na produção e abastecimento de medicamentos essenciais (KORNIS et al, 2008, p.89).

A CEME durante sua trajetória desenvolveu importantes ações voltadas para a saúde da população, apesar das dificuldades que foram identificadas para efetivação de seus objetivos (KORNIS et. al, 2008, p.89). A elaboração do seu primeiro plano diretor, proposto através do Decreto nº 71.105/72 se destaca pela sua preocupação no sentido de garantir o licenciamento para a distribuição de medicamentos e demais insumos farmacêuticos.

Em 1.976, homologou a Relação Nacional de Medicamentos Básicos (RMB), através da Resolução nº 96 do seu Conselho Diretor que, em 1.977, passa a ser denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Outra importante iniciativa da CEME é o lançamento, ainda em 1.987, do Programa de Farmácia Básica destinado ao uso ambulatorial (KORNIS et. al, 2008, p.89).

A CEME foi responsável pela Assistência Farmacêutica no Brasil até 1997, quando foi desativada, sendo suas atribuições transferidas para diferentes órgãos e setores do Ministério da Saúde. No entanto, deve-se ter presente que o emergente processo de regulação farmacêutica tem suas origens na extinção da CEME em 1977, na edição da PNM em 1998 e, finalmente na criação da ANVISA em 1999 (KORNIS et al, 2008, p.95).

Em 1998, foi instituída a Política Nacional de Medicamentos (PNM), através da Portaria GM/MS nº 3.916, cujas finalidades eram: garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos; promover o uso racional dos

medicamentos; permitir acesso da população a medicamentos considerados essenciais.

Também através da mesma portaria, foi instituído um conjunto de diretrizes para alcançar os objetivos propostos, sendo consideradas prioridades: a revisão da RENAME; a reorientação da AF; a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de Vigilância Sanitária de medicamentos. Portanto, a Assistência Farmacêutica tem caráter sistêmico, multidisciplinar e envolve o acesso a todos os medicamentos considerados essenciais.

A PNM estabelece as responsabilidades para cada uma das três esferas de gestão. Como ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde, envolvendo a alocação de grandes volumes de recursos públicos.

Fundamentado nas propostas aprovadas na I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou em 2004 a Resolução nº 338, que instituiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

De acordo com a PNAF, a Assistência Farmacêutica deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns de seus eixos estratégicos a manutenção, a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde e a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações (BRASIL, 2004c).

As ações de Assistência Farmacêutica devem estar fundamentadas nos princípios previstos no Artigo 198 da CF e no Artigo 7 da LOS (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). As mudanças de caráter estrutural no processo de reorientação farmacêutica não param aí, ainda temos a Portaria nº 843/2005, que cria a Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos e o Decreto nº 5.812/2006, que institui a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (KORNIS et al, 2008, p.95).

O financiamento da AF é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e pactuado na CIT. Os recursos federais são repassados na forma de blocos de financiamento, entre os quais o Bloco de Financiamento da AF, que é constituído por três componentes (BRASIL, 2007).

O componente básico da AF destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de AF no âmbito da atenção básica em saúde e aquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica e presentes na RENAME vigente. A AF na atenção básica é financiada pelo MS, estados e municípios. De acordo com a Portaria 1.555, de 30 de julho de 2013, a partida federal é de R\$5,10/habitante/ano, e as contrapartidas estadual e municipal devem ser de no mínimo R\$2,36/habitante/ano. São adquiridos através do componente básico da AF medicamentos e insumos de AF dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher. Podendo também ser comprados com esses recursos medicamentos fitoterápicos estabelecidos na RENAME vigente, matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição. Um percentual de até 15% da soma das contrapartidas estaduais e municipais pode ser aplicado também em ações de estruturação das Farmácias do SUS, e qualificação dos serviços farmacêuticos destinados à AF básica.

Além do repasse financeiro aos estados e/ou municípios, o MS também é responsável pela aquisição e distribuição das insulinas humanas (NPH e Regular), dos contraceptivos orais e injetáveis, além de DIU e diafragma.

O componente estratégico da AF é o financiamento para o custeio de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas de saúde estratégicos: controle de endemias focais, controle tuberculose, controle de hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais dos Programas de DST/Aids, sangue e hemoderivados e imunobiológicos; alimentação e nutrição, controle do tabagismo e influenza. Este componente é executado centralizadamente pelo MS, com posterior distribuição às Secretarias Estaduais de Saúde e disponibilização à população através da dispensação na rede pública estadual e municipal.

Quadro 02: Competência dos entes federados em relação aos medicamentos estratégicos.

Ministério da Saúde	Secretarias Estaduais de Saúde	Secretarias Municipais de Saúde
Protocolos de tratamento, Planejamento e Programação, Financiamento e Aquisição centralizada, Distribuição aos estados ou municípios.	Armazenamento, Distribuição às Regionais ou Municípios, Programação.	Armazenamento, Distribuição às Unidades de Saúde, Programação, Dispensação.

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

O terceiro componente do bloco de AF é o financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009. Sua principal característica é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso para todas as doenças contempladas na CEAF. Assim, os medicamentos e outras tecnologias em saúde necessária para garantir a integralidade são definidos nos PCDT por meio das diferentes linhas de cuidado. Para o atendimento integral das doenças do CEAF, é necessária uma interação entre a RENAME e a RENASES.

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e forma de organização distintas. O grupo 1 é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro. O grupo 2 é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é das Secretarias Estaduais de Saúde. O grupo 3 é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição e dispensação de responsabilidade dos municípios sob regulamentação da Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, que aprova a AF na atenção básica.

Independentemente do grupo, o fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos PCDT estabelecidos pelo MS, de abrangência nacional.

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.554/2013, que passa a ser o novo marco regulatório do CEAF, o grupo 1 passa a ser composto por 86 fármacos em 145 apresentações farmacêuticas, sendo que destes, 41 fármacos em 67 apresentações são adquiridos pelo MS. O grupo 2, cujos medicamentos devem ser adquiridos, financiados e dispensados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, passa a ser composto por 53 fármacos em 120 apresentações farmacêuticas.

Considerando os medicamentos dos grupos 1, 2 e 3, atualmente o CEAF é composto por 197 fármacos em 379 apresentações farmacêuticas indicados para o tratamento das diferentes fases evolutivas das doenças contempladas.

Os gastos do SUS com procedimentos de alta complexidade apresentam, nos medicamentos de dispensação excepcional, uma situação crítica que pode configurar crescente ineficiência alocativa dos recursos públicos de saúde (CONASS, 2007, p. 114). Os gastos com medicamentos aumentaram de 5,8% em 2002 para 12,1% em 2011, com pico de 12,1% em 2008. Os gastos com medicamentos na atenção básica cresceram 62%, enquanto os gastos com medicamentos para tratamento de doenças crônicas e degenerativas cresceram 159%.

O impacto financeiro sobre o SUS é evidente, conforme mostram os números a seguir: em 2003, as despesas para atender às demandas judiciais do Ministério da Saúde foram de R\$ 171.641,53; já em 2011 essa despesa somava R\$ 243.954.000,00.

Citando um dado ilustrativo do ano de 2007, no Estado do Rio de Janeiro foram gastos com os programas de Assistência Farmacêutica R\$ 240.621.568,00, cifra bastante superior aos R\$ 102.960.276,00 que foram investidos em saneamento básico.

Os repasses do MS a estados e municípios para atender às demandas judiciais em 2005 eram de R\$ 116.504,54; em 2011 esse valor subiu para R\$ 22.106.705,99. São aumentos exponenciais que, somados os valores do gasto direto mais os repasses efetuados chegam em 2011 a R\$ 266.060.705,99, obrigando ao MS a requisitar suplementação orçamentária para cumprir as obrigações oriundas das demandas judiciais.

A judicialização da saúde chegou às redes sociais, outro fator de incremento no número de ações. Postagens de usuários da rede social pedem diretamente à presidente da República que inclua na lista do SUS o medicamento Herceptin (Trastuzumab - 440mg), para mulheres acometidas de câncer na mama. Somente esta medicação já consumiu R\$ 4.928.036,30, ou seja, 2,48% do total comprado ano passado. Sua aplicabilidade, no entanto, favorece somente 25% das mulheres acometidas, garantindo uma sobrevida de melhor qualidade, segundo a rede social.

Segundo reportagem da Revista *Época*, publicada em 19 de março, de 2012, “O paciente de R\$ 800 mil”:

A história do rapaz que recebe do SUS o tratamento mais caro do mundo revela um dos maiores desafios do Brasil: resolver o conflito entre o direito individual e o direito coletivo à saúde. O paciente realiza o tratamento no Hospital Sírio-Libanês. De acordo com a Revista americana Forbes, nenhum tratamento é tão dispendioso quanto usar o medicamento Soliris (Eculizumab), que é importado. Cada frasco custa R\$ 11.000,00, são usados três frascos por quinzena, resultando num custo mensal próximo de R\$70.000,00 e um custo anual próximo de R\$800.000,00. Em cinco anos de tratamento os gastos são de R\$4.000.000,00.

Este caso descrito com detalhes pela reportagem da revista ilustra a questão tão grave que é a judicialização da saúde no Brasil. A reportagem continua com entrevistas de gestores do SUS, detalhando como o sistema de saúde é usado por médicos que prescrevem o tratamento, indicam a associação da patologia que já conta com um advogado especialista no tema; e o desfecho conhecido por todos, ou seja, o fornecimento do medicamento ao paciente.

Quando uma revista deste porte menciona matéria com longo detalhamento dos casos é porque sabe da importância do que está acontecendo com a saúde pública no país. São números crescentes que preocupam a gestão do sistema, como se vê a seguir: o Ministério da Saúde gastou em 2005, com 387 ações, R\$ 2.400.000,00; já em 2011, com 7.200 ações, o gasto foi de R\$ 243.000.000,00.

O secretário de Saúde do Estado de São Paulo, Giovanni Guido Cerri, entrevistado pela revista na mesma ocasião, afirmou que as despesas com medicamentos para atender a 25 mil cidadãos que entraram com ações na justiça em 2010 foram de 700 milhões de reais, quase metade de todo os gastos com a Assistência Farmacêutica, de um bilhão e meio de reais para o ano, crescendo 200 milhões/ano as despesas com ordens judiciais para o fornecimento de medicamentos.

No Estado do Ceará, os gastos com quatro demandas para a aquisição do medicamento Soliris, da reportagem mencionada acima, correspondem a 67% do valor do repasse para a compra de medicamentos básicos do município de Fortaleza inteiro. (Revista *Época*, 19/03/2012). No município de Buritama, em São Paulo, com 15 mil habitantes e um orçamento de R\$ 650.000,00/ano na saúde, se gasta a metade com demandas judiciais (REVISTA ÉPOCA, 19/03/2012). E no Estado de São Paulo, no ano de 2006, os 3.600 usuários do SUS que entraram com ações

judiciais foram responsáveis por gastos da ordem de R\$ 65.000.000,00 (REVISTA ÉPOCA, 19/03/2012).

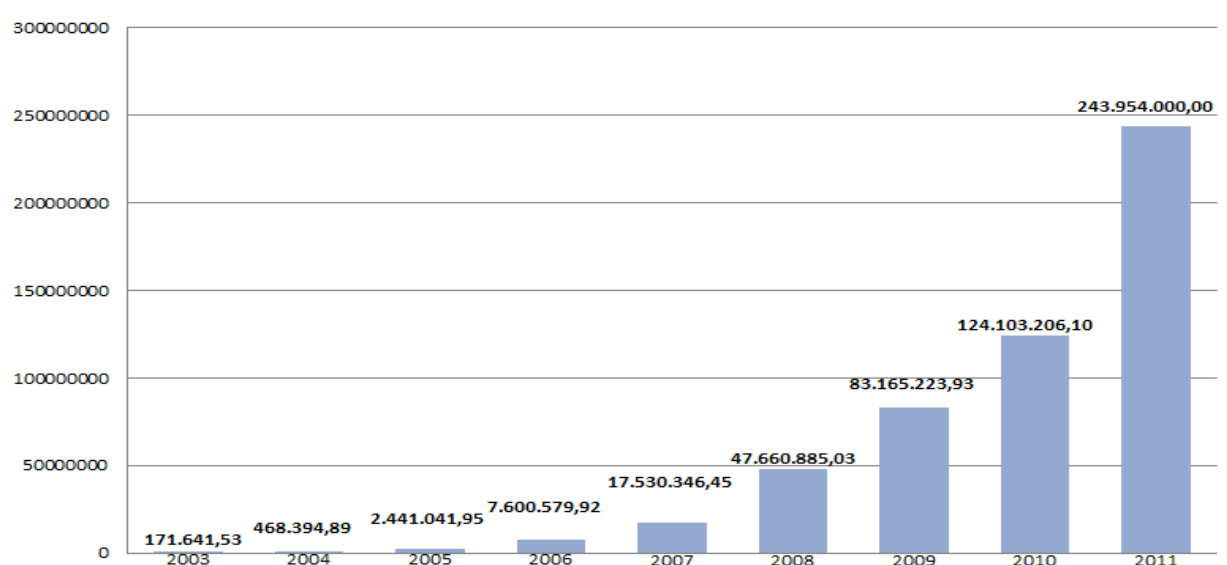
Outra questão peculiar no que diz respeito à judicialização do acesso a medicamentos é a concentração dos advogados por processos. Em 2006, em São Paulo verificou-se que apenas seis advogados eram responsáveis por quase 35% das ações impetradas para aquisição de medicamentos, e outros 13 advogados eram responsáveis por 29% das ações judiciais. (CHIEFFI; BARATA, 2010, p.4).

O medicamento mais solicitado nas ações em São Paulo, no mesmo ano, foi o Adalimumab - 40 mg, cujo valor atual está em torno de R\$ 7.000,00. O referido medicamento para tratamento da artrite foi requisitado em 249 ações, por oito advogados e solicitado por 73 prescritores. (CHIEFFI; BARATA, 2010, p.6).

Ainda no estudo realizado por Chieffi e Barata (2010) chama à atenção a concentração de demandas judiciais por profissionais, tanto dos operadores do direito quanto dos médicos. Apenas um advogado é responsável por 148 ações pleiteando a medicação, ou seja, quase 60% do total das ações judiciais pedindo a compra do medicamento. E um médico é o responsável por 15 ações, ou seja, 6% do total das demandas judiciais pela medicação.

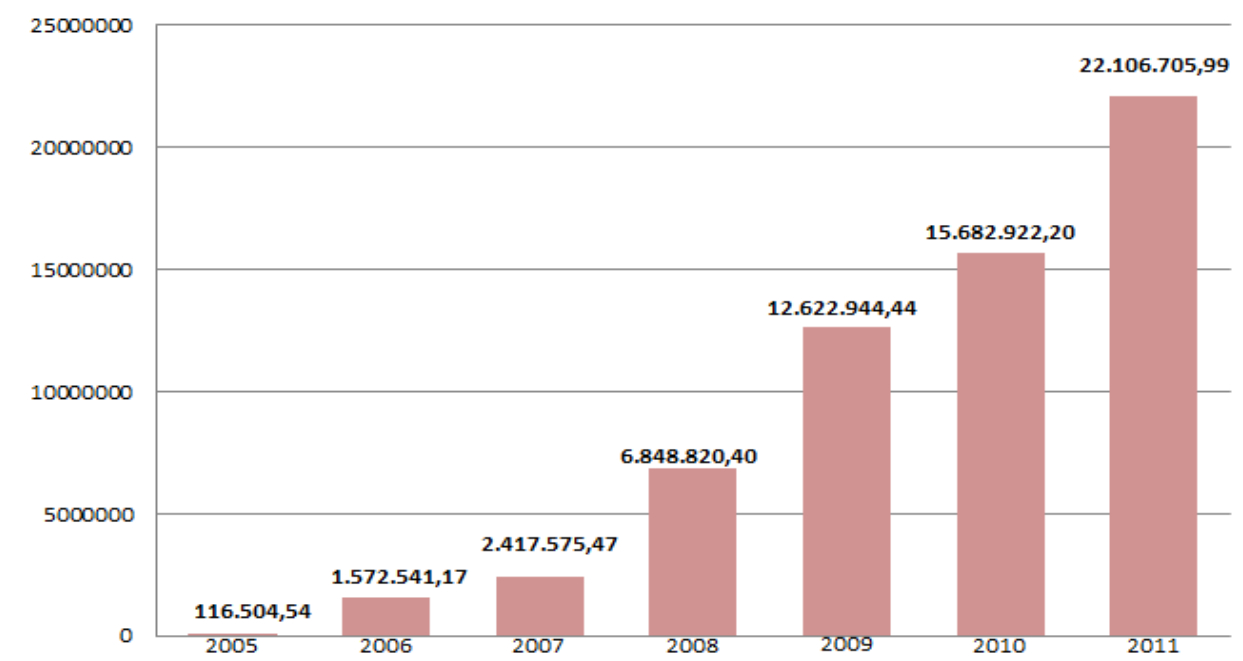
Em comparação a outros serviços e aplicações em ações que poderiam melhorar a saúde da população e a qualidade de vida da mesma, o Estado do Rio de Janeiro é um exemplo típico: em 2007, gastou R\$ 240.621.568,00 com o bloco da Assistência Farmacêutica e R\$ 102.960.276,00 com ações e serviços de saneamento básico. Em 2008, aplicou em Assistência Farmacêutica R\$ 334.563.900,00, e com o Saneamento Básico, R\$ 91.159.284,00. Ou seja, enquanto os gastos com a Assistência Farmacêutica cresceram em um ano, o mesmo não ocorreu com as ações para Saneamento Básico, que poderiam beneficiar um número muito maior da população do estado que o fornecimento gratuito de medicamentos.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o gasto total federal com a compra de medicamentos e itens relacionados com saúde demandados por ação judicial pulou de R\$ 2.400.000,00 em 2005 para R\$ 124.000.000,00 em 2010, aumento que não cessa no último biênio, conforme o gráfico a seguir, que mostra a evolução dos gastos com a compra de medicamentos de 2003 a 2011:

Gráfico 1. Evolução dos gastos (valores correntes) ações judiciais, 2003/2011

Fonte: Ministério da Saúde

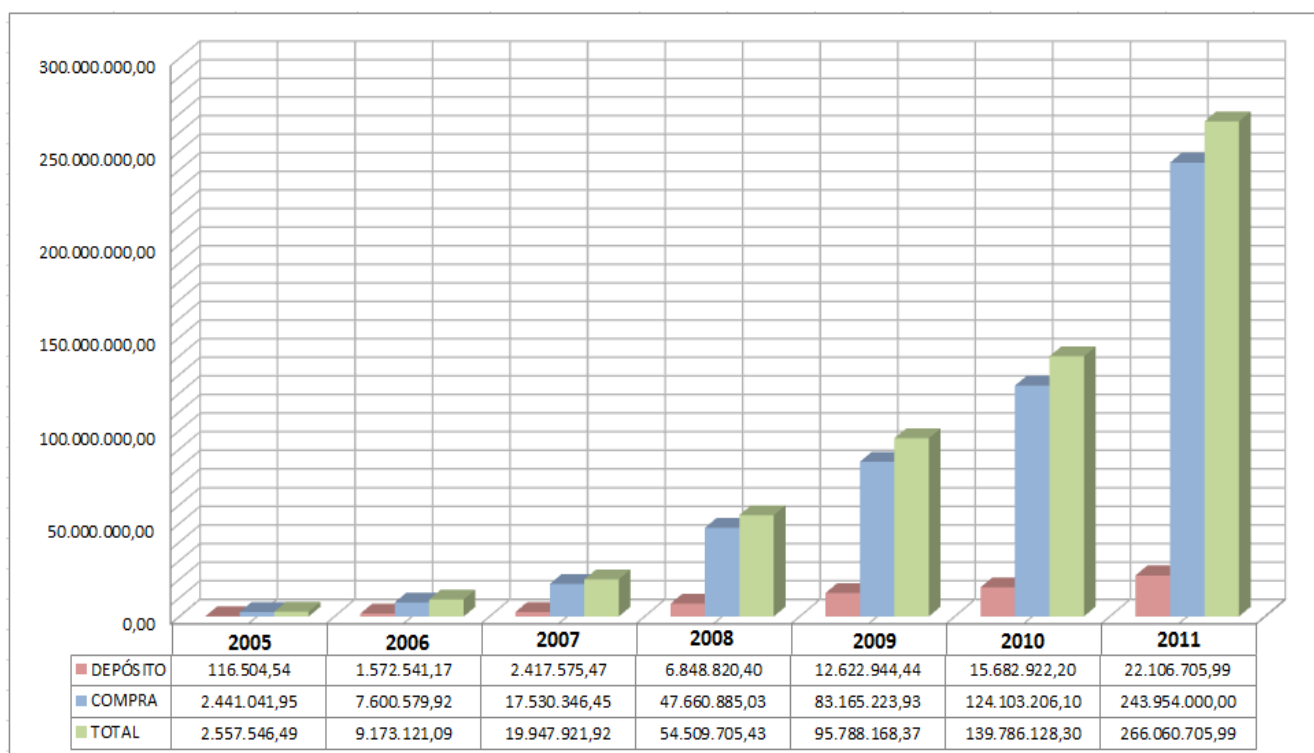
O gráfico a seguir mostra a evolução de gastos com depósitos judiciais e repasses aos estados e municípios, realizados pela União, para fazerem frente às demandas judiciais, no período de 2005 a 2011.

Gráfico 2. Depósitos judiciais e repasses aos estados e municípios efetuados pelo Ministério da Saúde (valores correntes), 2005/2011.

Fonte: Ministério da Saúde

O gráfico que se segue demonstra a totalidade dos gastos realizados pelo MS, na compra de medicamentos oriundos das demandas judiciais, como também os repasses e depósitos realizados pela União, no período de 2005 a 2011, mostrando uma forte evolução desses gastos. A coluna marrom representa os depósitos judiciais, a coluna azul a compra de medicamentos e a coluna verde o somatório das duas colunas.

Gráfico 3. Gastos totais do Ministério da Saúde (valores correntes), 2005/2011



Fonte: Ministério da Saúde

3 O IMPACTO DAS AÇÕES JUDICIAIS GARANTIDORAS DO DIREITO À SAÚDE NA PERSPECTIVA MUNICIPAL

Na ocasião da escolha do tema a ser abordado neste estudo, a preocupação com o assunto levou ao encontro de externalidades, que foram surgindo no transcorrer da pesquisa. A saúde é fator gerador de cidadania, em decorrência de sua universalização e gratuidade, diretrizes filosóficas que compõem o núcleo essencial de todo o sistema de saúde brasileiro. Mas não são somente esses aspectos que tem interface com o direito assegurado mediante políticas públicas. A condução estratégica das políticas públicas pelos governos deve oferecer aos cidadãos do país as condições necessárias para promover o bem-estar geral de sua população.

É oportuno ver em que condições os municípios do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil se encontram diante das mudanças econômicas deslanchadas pós-crise do capital especulativo em nível mundial, diante de um ambiente em que as despesas crescem para atender às demandas judiciais, e a situação macroeconômica, tanto mundial como do país, passa por contingências em virtude do momento recessivo da economia global.

Ao realizar um breve estudo sobre as características dos municípios que compõem o Estado do Rio de Janeiro, se destaca que dos 92 municípios do estado, 66 são de pequeno e médio porte, ou seja, mais de 70% do número de municípios que constituem o estado. Configura-se assim uma das externalidades que acabam por fazer de Saquarema um lócus comum da maioria dos municípios do estado.

Esse conjunto de municípios com número populacional semelhante e, por conseguinte com condições socioeconômicas parecidas, também são gestões levadas a enfrentar os mesmos problemas que o estudo local aborda. Embora a maioria da população viva na região metropolitana do estado, é na maior parte dos municípios de pequeno e médio porte que as demandas judiciais mais impactam nas finanças dessas gestões públicas, até porque tem peso maior nesses municípios.

Outra externalidade que pode ser apontada é que nos municípios pequenos e médios o acesso a uma Defensoria Pública, eficiente como o caso de Saquarema, é

mais facilitado do que em grandes municípios, pois há maior proximidade do Poder Judiciário ao cidadão, sendo mais relevante do que nos grandes centros.

Ao levantar o número de municípios no Brasil, verifica-se que o acontecido no Estado do Rio de Janeiro se repete no nível nacional: 95% dos municípios no Brasil são de pequeno e médio porte, segundo dados do IBGE (2007), o que faz do município de Saquarema um grão de areia nesse universo de gestões municipais Brasil afora, que se deparam com a judicialização da saúde, em condições semelhantes, a saber: baixa infraestrutura de serviços básicos, como saneamento e água tratada; emigração de população jovem para cidades que oferecem ensino superior e depois mais emigração dessa população à procura de colocação em mercado de trabalho mais atraente, oferecidos em outros municípios; imigração de população mais envelhecida que procura municípios menores após suas aposentadorias, visto serem os municípios pequenos e médios, via de regra, mais baratos para viver.

A tabela abaixo classifica os municípios brasileiros, segundo a faixa populacional, confirmando que a maioria da população brasileira ainda vive em municípios pequenos e médios.

Tabela 1. Faixa populacional x municípios, Brasil, 2007

Faixa populacional	MUNICÍPIOS	
	Nº	%
Até 5 mil	1.370	24,6
5 mil até 10 mil	1.283	23,1
10 mil até 20 mil	1.280	23,0
20 mil até 50 mil	1.047	18,8
50 mil até 100 mil	309	5,6
100 mil até 1 milhão	260	4,7
1 milhão	15	0,3
Total	5.564	100,0

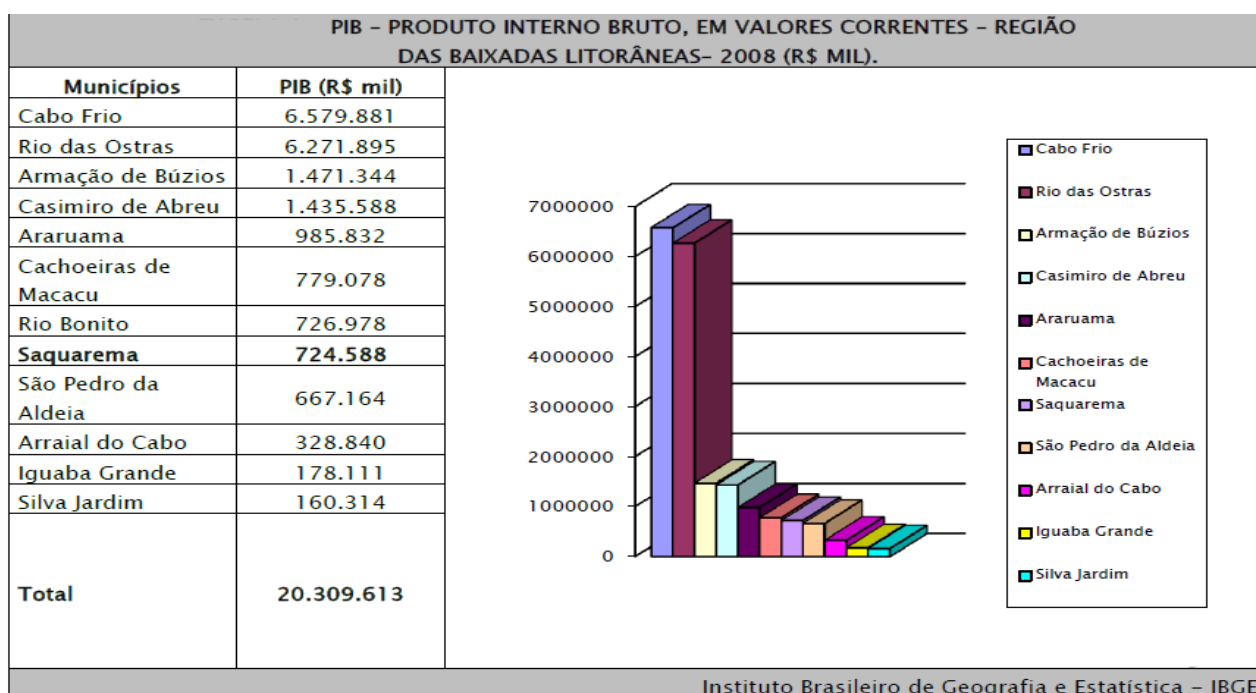
Fonte: IBGE (2007).

Saquarema apresenta um expansionismo de área urbana, já que suas antigas fazendas e sítios são loteados para fazerem frente à nova população que vem da região metropolitana, em sua maioria aposentados. Essa população, quase sempre da classe C, apresenta notório perfil de envelhecimento. Somam-se a esses fatores a característica econômica do município, que apresenta na cesta de serviços sua

maior participação, com quase nenhuma da área industrial e ausência do componente agropecuário em suas atividades, notabilizando-a como importador de alimentos e de bens de consumo, com pouca capilaridade de investimentos e dependente do Fundo de Participação dos Municípios para honrar seus compromissos financeiros. Teve um aumento de 68,10% da variação dos repasses de 2011 para 2012, segundo dados do Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM).

Ao se observar o gráfico do PIB em valores correntes do ano de ano de 2008, realizado pelo IBGE, Saquarema apresenta valores de médio a baixo PIB entre os demais municípios da região da baixada litorânea, conforme tabela abaixo.

Tabela 2. PIB, em valores correntes. Municípios da Baixada Litorânea



Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

Fonte: IBGE (2008)

Segundo dados da Secretaria Municipal de Fazenda e do Fundo Municipal de Saúde, Saquarema gastou R\$ 700.000,00 com ordens judiciais em 2011 e cerca de R\$ 1.000.000,00 no ano de 2012. No ano de 2011, o bloco total da Assistência Farmacêutica (incluindo Farmácia Popular e Assistência Farmacêutica Básica) chegou a R\$ 493.291,35, e no ano de 2012 os recursos desse bloco transferidos fundo a fundo foram de R\$ 463.807,40. Ou seja, enquanto os repasses do bloco da

Assistência Farmacêutica diminuíram cerca de R\$ 30.000,00, as despesas com demandas judiciais aumentaram em R\$ 300.000,00.

Observando os demais dados, os recursos gastos com as demandas judiciais no ano de 2012 são mais que a metade dos recursos repassados através do Piso Atenção Básica (PAB-fixo), que foi de R\$ 1.844.593,50. Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde já trabalha com valores próximos a R\$ 1.300.000,00 para o ano em curso.

A participação do município em 2011 foi de 26,88% das despesas com ações e serviços públicos de saúde, superando assim os 15% previstos na Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012, segundo relatório do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS/2011), apresentado ao Conselho Municipal de Saúde de Saquarema.

Em valores correntes as despesas totais com saúde, de janeiro a dezembro de 2011, foram de R\$30.184.911,13. Sendo que R\$9.381.130,48 foram recursos próprios do tesouro municipal. Assim, os gastos com ordens judiciais em 2011 que somaram R\$700.000,00 representam 2,5% do total de despesas efetuadas com ações e serviços de saúde, e também representam cerca de 8% das receitas próprias aplicadas em saúde no município. (SIOPS/2011).

Essas são as perspectivas do município de Saquarema. A judicialização da saúde no município impacta preponderantemente nos recursos repassados fundo a fundo, retirando recursos do Piso de Atenção Básica para honrar as despesas com as demandas judiciais, já que os repasses do bloco da Assistência Farmacêutica não são suficientes para cobrir as despesas com as ordens judiciais.

Além disso, o município não consegue executar uma política de Assistência Farmacêutica na atenção básica a contento, pois desvia recursos desta para honrar as despesas oriundas das ordens judiciais.

4 A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SAQUAREMA

4.1 Breve histórico sobre Saquarema

Em março de 1531, chegaram os portugueses a Saquarema e regiões vizinhas. Martim Afonso de Souza fundeu sua frota em frente ao antigo Morro do Canto, situado próximo a Barra Nova, onde encontraram os índios Tamoios que denominavam o local onde moravam de *socoa-y-rema* (lago sem conchas, na língua indígena). Em 1594, chegaram os primeiros religiosos e somente em 12 de janeiro de 1755, o governo concedeu o título de Freguesia ao Curato de Nossa Senhora de Nazareth de Saquarema.

No final do século XVII, a cultura do café sobressaía em Saquarema, que em 8 de maio de 1841 obteve sua emancipação político-administrativa quando o Visconde de Baependi, vice-presidente da província, concedeu a categoria de município ao Arraial de Nossa Senhora de Saquarema, que até então pertencia à Comarca de Cabo Frio. A existência da vila foi curta, e 18 anos depois, em 6 de fevereiro de 1859, retornou à categoria de freguesia, com denominação de Vila de Araruama. Os habitantes de Saquarema protestaram junto às autoridades e conseguiram a reintegração na categoria de vila em 29 de janeiro de 1861.

Já no período republicano, em 3 de janeiro de 1890 foi elevada à categoria de cidade. O cartão postal do município é a Igreja de Nossa Senhora de Nazareth, sem dúvida uma referência para o turismo religioso e cultural. O município é intensamente visitado pelos turistas também pelas belezas naturais de sua sede, situada em estreita restinga, entre o Oceano Atlântico e a Lagoa de Saquarema.

4.2 Características do município de Saquarema

O Estado do Rio de Janeiro é composto por 92 municípios, distribuídos em oito regiões de governo: Metropolitana, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense, Serrana, Baixadas Litorâneas, Médio Paraíba, Centro-Sul Fluminense e Costa Verde (ou Baía de Ilha Grande).

Saquarema está localizada na região das Baixadas Litorâneas. Possui uma extensão territorial de 353,5 Km², correspondente a 7,02% da área da Região das Baixadas Litorâneas, com população estimada em 77.522 habitantes em 2012, e concentração de 209,9 habitantes por Km². Essa população residente, segundo publicação no Diário Oficial da União de 31 de agosto de 2012, é considerada para fins de repasse do Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

Saquarema possui um IDH de 0,762, ocupando a 46ª posição no estado, considerado mediano para nossas condições socioeconômicas; 33,03% dessa população vivem com renda que varia de um a dois salários mínimos, segundo dados do IBGE, para um salário mínimo praticado em 2010 de R\$ 510,00, com PIB per capita de R\$ 11.304,23, também apurado em 2010.

Estando a apenas 100 km de distância da capital do estado e ligando-se a este por duas rodovias bastante movimentadas, o município recebe grande número de visitantes, principalmente no verão, à procura de suas praias e de lazer em geral, estimando-se esse acréscimo populacional em até 80% de sua população fixa.

Saquarema é constituído em três distritos: Saquarema, Bacaxá e Sampaio Corrêa. As principais atividades econômicas são: serviços, hotelaria, turismo, comércio varejista e, nos últimos anos, vêm se instalando indústrias no recente parque industrial construído no distrito de Sampaio Corrêa, denotando significativa mudança no perfil socioeconômico e nas relações de emprego e renda.

Também por ser um município que faz fronteira com a Região Metropolitana do estado (denominada Metropolitana II), ao norte com Rio Bonito e a oeste com Maricá, vem experimentando nos últimos anos uma migração para o interior de seus limites, pessoas que procuram uma cidade com características interioranas, mas próxima à capital, aumentando a procura pelos serviços prestados pela municipalidade, incluindo logicamente os serviços de saúde.

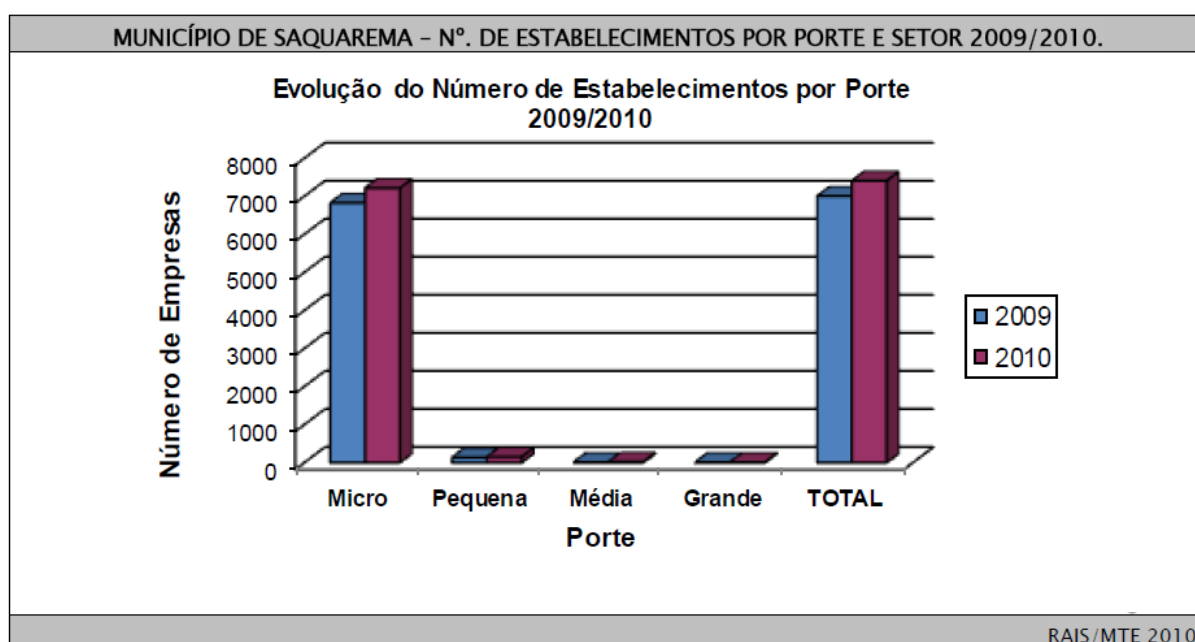
Uma breve análise do perfil econômico de Saquarema mostra que o município carece de empresas de médio e grande porte, tendo sua força empresarial maciça nas microempresas. Isso faz crer que há grande dependência econômica dos munícipes quanto à participação da administração municipal na vida econômica local, fazendo com que a Prefeitura Municipal exerça papel proeminente nas atividades geradoras de emprego e renda para a população, tentando mitigar a escassez de empregos.

Um esforço nesse sentido foi a criação de um polo industrial, porém como a infraestrutura ainda é deficiente em vários aspectos, os médios e grandes empresários não se sentem atraídos, pois as vias de acesso rodoviários ainda são precárias, e há deficiência de saneamento básico e outros.

De posse do número de microempresas existentes no município, é quase nula a participação de outros tipos de estabelecimentos, o que talvez mascare um processo de subemprego ou desemprego disfarçado. Em sua maioria são realizações de empreendedores individuais, restringindo a empregabilidade dessas microempresas ao núcleo familiar, até que surjam oportunidades de emprego formal com melhor remuneração.

O gráfico a seguir mostra a evolução do número de estabelecimentos por porte, onde se vê a grande expansão de microempresas no município no biênio 2009/2010.

Gráfico 4. Número de estabelecimentos por porte. Saquarema, 2009/2010



Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego (2010).

4.3 Características da população de Saquarema

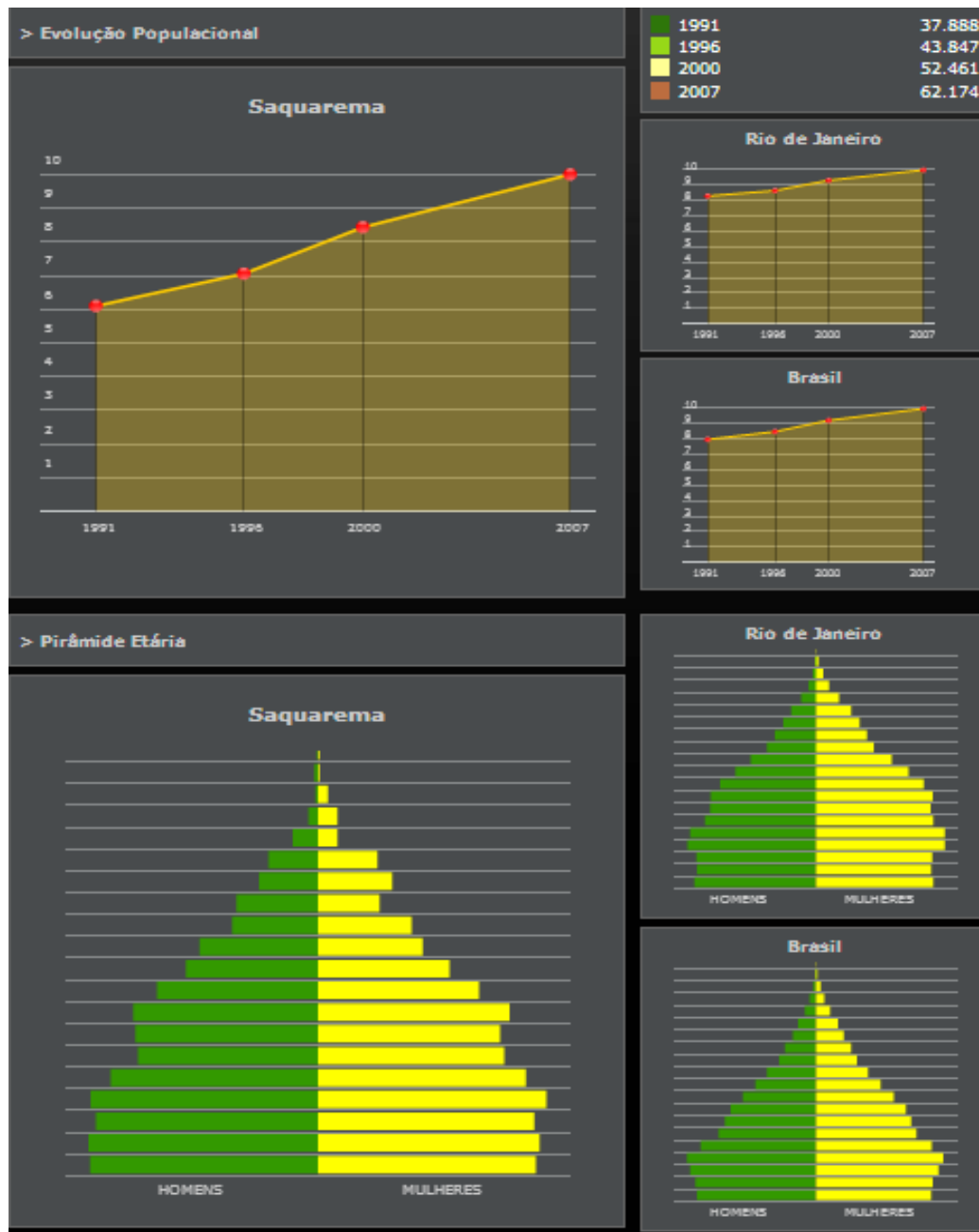
Um dos melhores indicadores para identificar os perfis populacionais é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que permite medir o desenvolvimento de uma população além da dimensão econômica. É calculado com base na: a) renda familiar per capita (soma dos rendimentos dividida pelo número de habitantes); b) expectativa de vida dos moradores (esperança de vida ao nascer); e c) taxa de alfabetização de maiores de 15 anos (número médio de anos de estudo da população local).

Variando de zero a um, o IDH classifica os municípios segundo três níveis de desenvolvimento humano: municípios com baixo desenvolvimento humano (IDH até 0,5); municípios com médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8); e municípios com alto desenvolvimento humano (IDH acima de 0,8). Quanto mais próximo de um, mais alto é o desenvolvimento humano.

Como apresentado no item 4.2, a população estimada de Saquarema em 2012 era de 77.522 habitantes; seu IDH é 0,762. O município é predominantemente urbano, com pequena fatia de população rural e equivalente entre gêneros. Quando se verifica a distribuição entre faixas etárias, apesar de haver um número significativo de jovens, vê-se o crescimento da faixa etária acima de 60 anos, o que dá ao município perfil populacional semelhante ao do país. Os dados e indicadores são fornecidos pelo IBGE, segundo censo 2010.

Ao analisar os gráficos da evolução populacional de 1991 a 2007, o município de Saquarema apresenta comportamento semelhante ao do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil, podendo-se afirmar a mesma coisa em relação as pirâmides etárias no gráfico a seguir:

Gráfico 5. Evolução populacional: Brasil, RJ, Saquarema

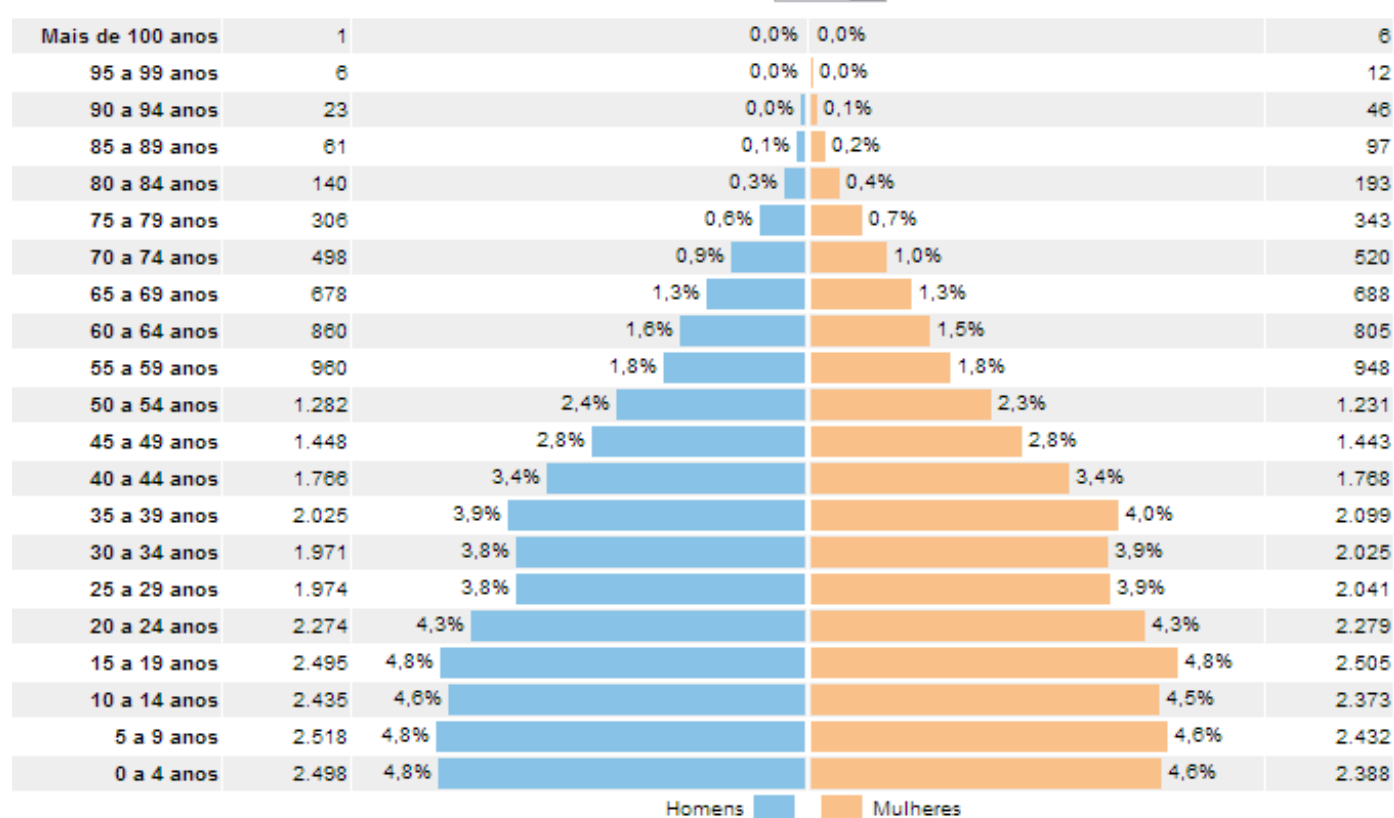


Fonte: IBGE (2010).

Análise comparativa entre as pirâmides (2000/2010) demonstra um adelgaçamento em sua base (2010), principalmente nas duas primeiras faixas etárias, ou seja, crianças até nove anos, com pequeno aumento nas faixas superiores a 45 anos, denotando um perfil de mudança para os próximos anos. Observam-se envelhecimento, migração de jovens e diminuição do número de jovens no futuro, também pela diminuição da fecundidade segundo a pirâmide de 2010.

Gráfico 6

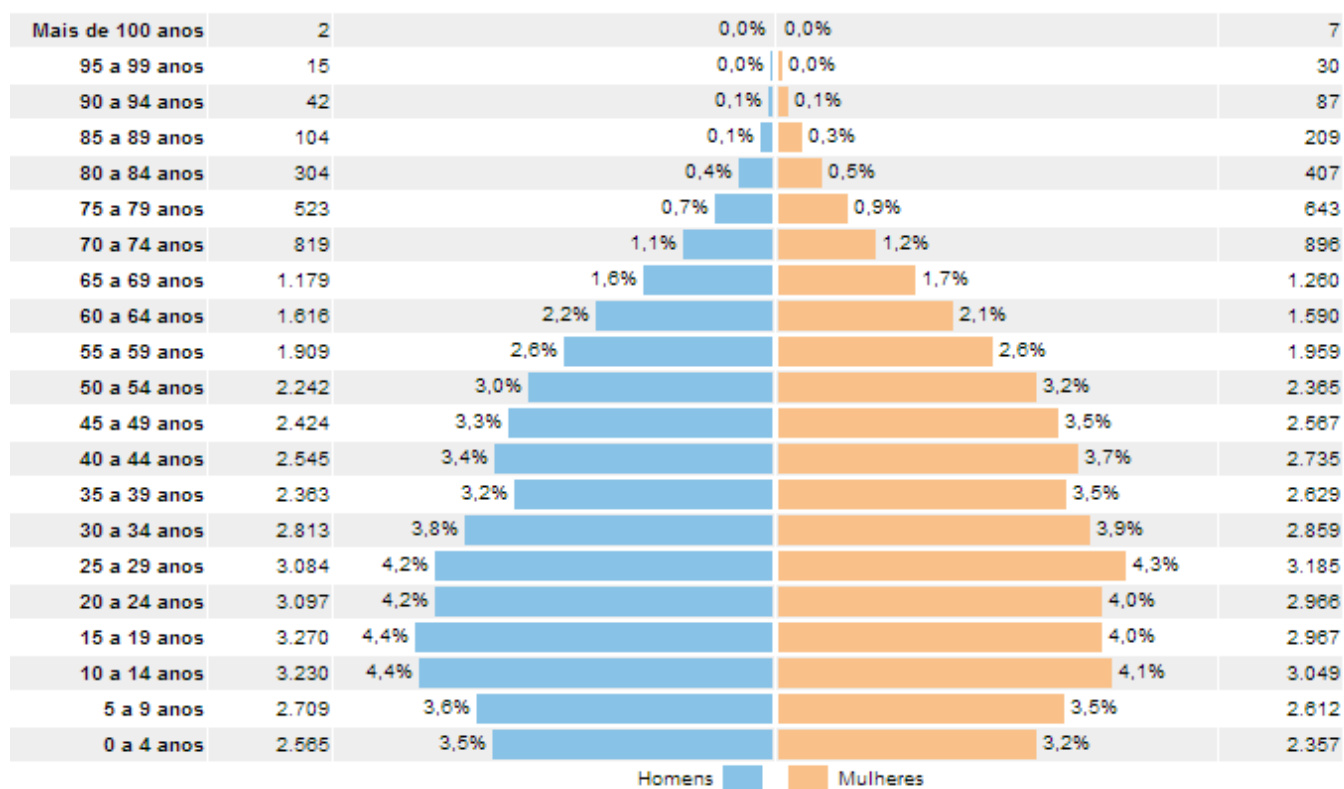
Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade
Saquarema (RJ) - 2000



Fonte: IBGE (2000).

Gráfico 7

Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade
Saquarema (RJ) - 2010



Fonte: IBGE (2010).

Ao analisar a tabela que se segue, as duas colunas mais altas são as que representam as faixas etárias mais avançadas, acima de 30 e 50 anos respectivamente, perfazendo um total de 39.143 habitantes, ou seja, uma população de município pequeno em processo de envelhecimento, com grande concentração urbana e um equilíbrio entre gêneros.

Tabela 3. Distribuição da população de Saquarema, 2010

POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SAQUAREMA	
Total	74.221
Urbana	70.448
Rural	3.773
Homens	36.846
Mulheres	37.375
0 - 4 anos	4.922
5 - 9 anos	5.321
10 - 14 anos	6.279
15 - 19 anos	6.237
20 - 29 anos	12.332
30 - 49 anos	20.935
50 + anos	18.208

Faixa etária predominante no município de Saquarema

Número de habitantes

Faixa Etária

- 0 - 4
- 5 - 9
- 10 - 14
- 15 - 19
- 20 - 29
- 30 - 49
- 50 + anos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Censo 2010

Fonte: IBGE (Censo 2010).

A população de Saquarema corresponde a 9,15% do total da população da Região das Baixadas Litorâneas do Estado do Rio de Janeiro. Observa-se que a população é predominantemente urbana e apresenta participação feminina equivalente à masculina numa proporção de 98,6 homens para cada 100 mulheres. A maioria da população encontra-se na faixa etária entre 30 e 49 anos, seguida pela faixa de 50 anos ou mais.

Somando-se as duas faixas etárias, alcança-se mais da metade do número populacional cheio, o que leva a projetar para um futuro próximo o incremento das faixas etárias na parte superior da pirâmide. O prognóstico para o envelhecimento populacional nacional se faz presente no município.

A pirâmide populacional, que já teve uma base mais ampla em 2000, agora mostra uma condensação nas faixas intermediárias em 2010. Outra observação se dá por conta do grande aumento da população residente nos últimos vinte anos,

deixando de ser um município de pequeno porte, com população de 37.888 habitantes em 1991, para chegar à segunda década do novo século com mais de 74.000 habitantes, levando-o a categoria de município médio – ou seja, a população dobrou em duas décadas.

Os dados coletados pelos censos realizados no município indicam mudança no perfil populacional e projetam, para o futuro próximo, uma realidade diferente que a gestão municipal não havia planejado nos anos anteriores à divulgação dos censos.

A municipalidade que anteriormente trabalhava na perspectiva de demandas de políticas públicas para jovens e adolescentes, agora deve se preocupar também em atender as demandas da população que envelhece em seu território, demandando mais serviços de saúde e também uma mudança urbana e arquitetônica que melhore as condições de acesso das pessoas idosas, envolvendo vários setores da administração municipal, como transporte, obras, urbanismo, turismo, lazer e sem dúvida um dos mais valiosos: as ações e serviços de saúde voltados para uma população semelhante àquelas do Hemisfério Norte.

Tais serviços, aí incluídos os da assistência farmacêutica, objeto das ações judiciais no município, devem se tornar cada vez mais dispendiosos, já que o percentual da população incluída nas classes C1 e C2 são a maioria encontrada nos domicílios de Saquarema.

Segundo a última pesquisa, somando-se os domicílios das classes C1, C2 e D, encontram-se 66% do número de domicílios de Saquarema. Com o envelhecimento da população, aumentará a demanda por mais serviços de saúde, resultando no aumento das requisições pelos medicamentos, via judicial, através da Defensoria Pública, que em Saquarema realiza trabalho eficiente, sendo acessível à população que dela necessita.

A tabela a seguir mostra os números de domicílios e as classes econômicas do município.

Tabela 4. Número de domicílios urbanos/classes econômicas, Saquarema, RJ

NÚMERO DE DOMICÍLIOS URBANOS / CLASSES ECONÔMICAS DO MUNICÍPIO DE SAQUAREMA	
Classes Econômicas	Número de Domicílios Urbanos
A1	56
A2	638
B1	1.951
B2	4.734
C1	6.440
C2	5.244
D	3.438
E	188
Total	22.689

Gráfico de barras mostrando o número de domicílios urbanos por classe econômica em Saquarema, RJ. O eixo Y representa o número de domicílios urbanos (0 a 8000) e o eixo X representa as classes econômicas (A1 a E). A classe C1 possui o maior número de domicílios, com aproximadamente 6.440 unidades.

Fonte: IBGE (2010).

Classes econômicas (Renda Média Familiar Mensal - em R\$)²

(*) classe A1 = 14.400,00

(*) classe A2 = 8.100,00

(*) classe B1 = 4.600,00

(*) classe B2 = 2.300,00

(*) classe C1 = 1.400,00

(*) classe C2 = 950,00

(*) classe D = 600,00

(*) classe E = 400,00

A migração do centro para a periferia da região metropolitana experimentada nas últimas décadas no Estado do Rio de Janeiro, primeiro em virtude da oferta de trabalho na região petrolífera de Campos e Macaé, e depois em decorrência da fuga natural da população de áreas de grande concentração populacional nos grandes centros para cidades pequenas e médias, fez surgir uma nova realidade para as municipalidades do interior do estado, trazendo à tona novas discussões sobre o tema da saúde. Essas mudanças levaram em pouco tempo a gestão pública a se deparar com quadros epidemiológicos díspares, no qual a convivência de velhas enfermidades da saúde pública, como hanseníase e tuberculose, convivem com afecções da modernidade urbana: sobrepeso, diabetes, dislipidemias e outras.

Tratando do tema “migração”, há de se observar dois fatores que, diferentes entre si, contribuem para o aumento das perspectivas quanto ao tema geral da pesquisa: “a judicialização da saúde na gestão local do sistema”. Primeiro há um

fluxo de pessoas aposentadas e pensionistas que chegam a municípios interioranos em busca de uma melhor qualidade de vida. Ou seja, casas e terrenos mais baratos que as metrópoles, menor índice de violência urbana, etc.

No caso de Saquarema, há um contrafluxo de pessoas jovens, que após terminarem seus estudos de graduação, realizados em outros municípios, já que não há na cidade ensino universitário, migram para centros maiores à procura de colocação no mercado de trabalho. Esses jovens irão dinamizar economias de outras cidades, principalmente as produtoras de petróleo e gás do Norte Fluminense e também a região metropolitana do estado.

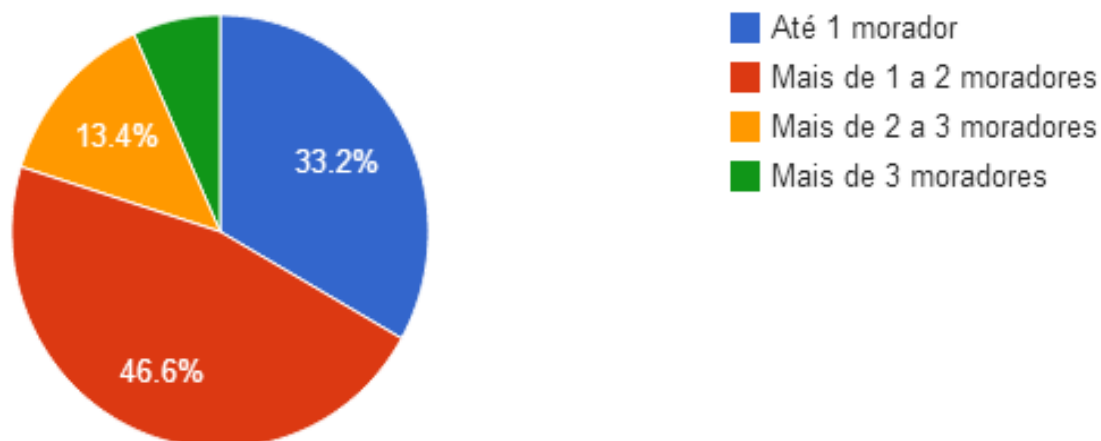
O quadro delineado é visível na última pirâmide etária (de 2010), quando apresentou aumento das camadas superiores e adelgaçamento das inferiores. Além da falta de perspectivas para a população jovem, outro fator de migração para outros municípios é a precária estrutura de serviços básicos, como acesso a água tratada, saneamento básico e transporte, fazendo com que essa população saia de seu local de origem à procura de municípios próximos que garantam acesso adequado aos bens de que necessitam, incluindo emprego formal com melhor remuneração que os oferecidos no município.

Outra informação importante, resultante do censo realizado no município, indica que as famílias de Saquarema moradoras na mesma unidade domiciliar não são numerosas. Moram na mesma residência em média duas pessoas, chegando o município a ter 33,2% dos seus domicílios com apenas um morador, o que denota grande urbanização, chegando a 95% da população total.

Esse fato auxilia na indicação de quais políticas públicas, tanto na área da saúde como em outras, devem ser implementadas pela gestão municipal, como mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 8

Domicílios particulares permanentes com densidade de moradores por dormitório



Fonte: IBGE (2010).

A partir dos dados fornecidos pelo IBGE, no Censo 2010, observa-se que Saquarema não possui nenhuma instituição de formação educacional de nível superior, o que leva sua população jovem a migrar para estudar em outros municípios da região, como Cabo Frio e Silva Jardim, e também municípios da região metropolitana do estado, principalmente São Gonçalo e Niterói. Tal fato é facilmente comprovado pelos ônibus universitários lotados em direção a essas cidades, transporte universitário oferecido pelo poder público municipal aos jovens que estudam fora de domicílio.

4.3.1 Principais Indicadores Sociais de Saquarema

- Produto Interno Bruto = R\$ 11.303,09 (per capita);
- Pessoas ocupadas com carteira assinada = 9.700;
- Pessoas ocupadas sem carteira assinada = 8.829;
- Pessoal ocupado total = 24.762;
- Rendimento mensal domiciliar per capita nominal – valor médio – R\$566,00;
- Matrículas no ensino fundamental: 12.353;
- Matrículas no ensino médio: 2.759;

- Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais - 6,3%, distribuída segundo faixa etária: 15-24 anos = 1,2%; 25-39 anos = 2,7%; 40-59 anos = 7,5%; e >60 anos = 16,6;
- Docentes do ensino fundamental: 748;
- Docentes do ensino médio: 214;
- Número de estabelecimentos de ensino pré-escolar: 21;
- Número de estabelecimentos de ensino fundamental: 46;
- Número de estabelecimentos de ensino médio: 3;
- Número de estabelecimentos de ensino superior: 0.

No quadro de receitas e despesas orçamentárias, o município de Saquarema ainda está com certa folga, porém com uma aproximação do máximo desejado nessa relação.

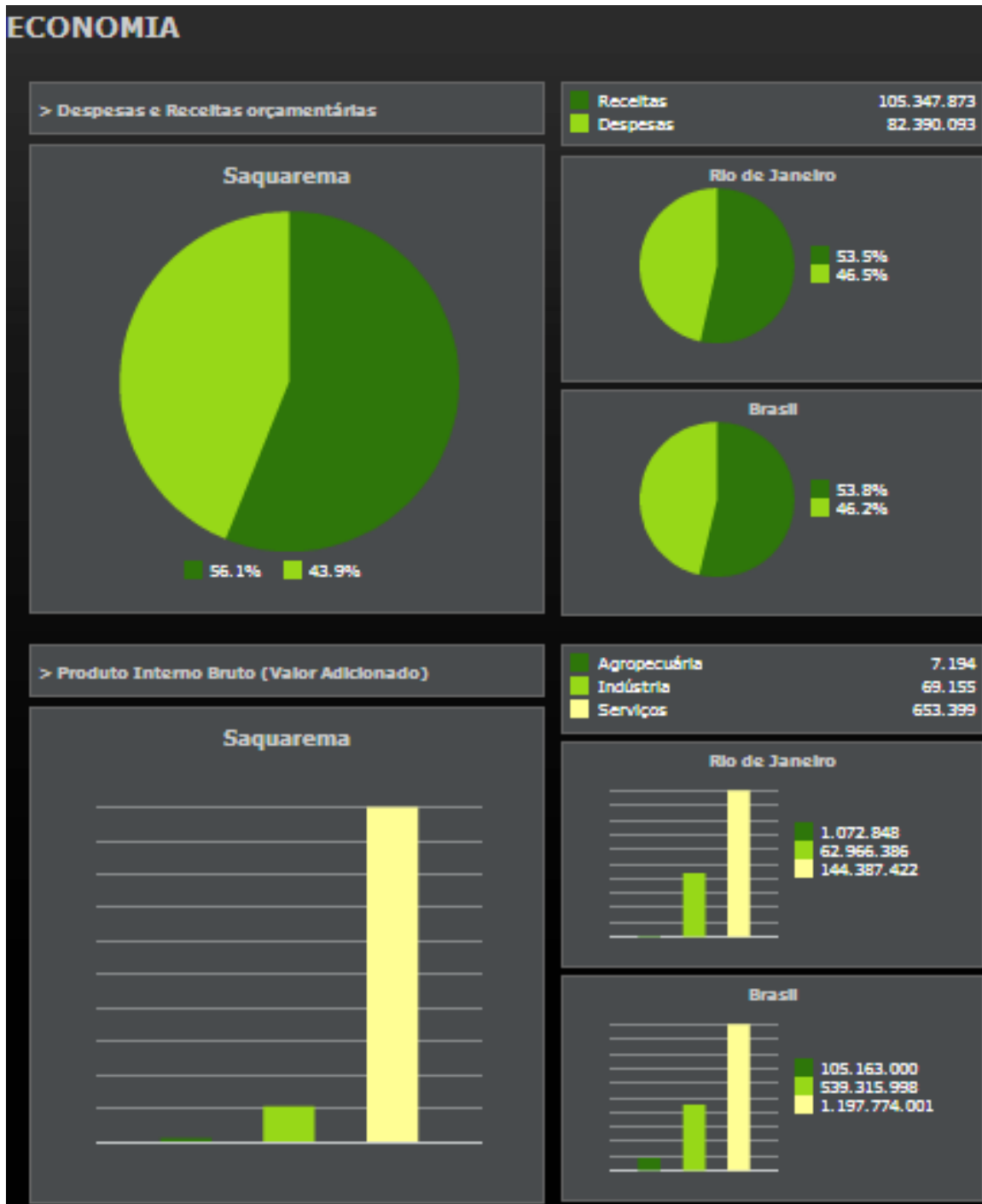
Outra informação preocupante que nos fornecem os dados é quanto à composição das atividades econômicas no rol do município, com grande participação de serviços na composição de seu Produto Interno Bruto (PIB). São serviços prestados por microempresas, quase sempre com caráter de empreendedorismo pessoal, denotando talvez uma situação de desemprego disfarçado. A participação da indústria é muito pequena na constituição do PIB e o setor de agropecuária é praticamente inexistente, mostrando que o município é grande importador de alimentos, apesar de ainda possuir razoável área rural, devendo mesmo não ter uma agricultura de subsistência mínima.

Esse fato também é comprovado em virtude da população residente em domicílio rural ser de 5% da população total do município, em sua maioria trabalhadores das novas instalações industriais que se instalam no recente distrito industrial. Justamente o terceiro distrito possuía a vocação agropecuária do município e era onde se localizavam alguns pastos de rebanho bovino e uma pequena área agrícola que produzia frutas.

À semelhança do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil, o município urbanizou-se nas últimas décadas do século passado, e o que restava de área agricultável está se transformando em condomínios de lotes residenciais para atender à população que migra da área rural para residir mais próximo do local de

trabalho, na cidade e no novo condomínio industrial. O gráfico a seguir mostra a participação maciça dos serviços na economia de Saquarema.

Gráfico 9. Receitas/despesas do Brasil, RJ e Saquarema, 2010



Fonte: IBGE (2010).

O total de pessoas com deficiência severa é de 1.669, sendo: deficiência visual severa = 354; deficiência auditiva severa = 87; deficiência motora severa = 355; e deficiência mental/intelectual severa = 873.

A deficiência mental/intelectual é a mais incidente na população de Saquarema, seguida pelas deficiências motora e visual situadas nas faixas econômicas de menor poder aquisitivo, entre as que não têm nenhum rendimento até as que afirmam receber entre meio a um salário mínimo. À frente, as informações aqui coletadas, surgirão nos processos do Setor de Ordens Judiciais da Secretaria Municipal de Saúde de Saquarema.

No campo das deficiências de origem mental/intelectuais severas, observam-se as demências senis, doença de Alzheimer e Parkinson. Na outra ponta, a esquizofrenia e a epilepsia que atinge público jovem, em ambas as situações, são usuários crônicos e dependentes de medicamentos pelo restante de suas vidas.

A segunda causa de deficiências – a motora – é motivada pelas sequelas de acidente vascular cerebral e pelas complicações do diabetes. Encontram também nessa colocação as deficiências visuais.

Todas as deficiências mostram comprometimento da população com as doenças crônicas e degenerativas e o provável envelhecimento dos habitantes de Saquarema. Esses sinais impactarão nos serviços assistenciais de saúde, principalmente na medicalização dessas pessoas.

Com uma população de 1.669 pessoas com deficiência severa, Saquarema tem cerca de 2% de sua população necessitando de políticas públicas especiais para atender este número de munícipes. Esse quadro de deficiências, associado a uma população de perfil econômico predominante na classe C, importará numa demanda maior por serviços públicos de saúde, inclusive o fornecimento de medicamentos pelo SUS.

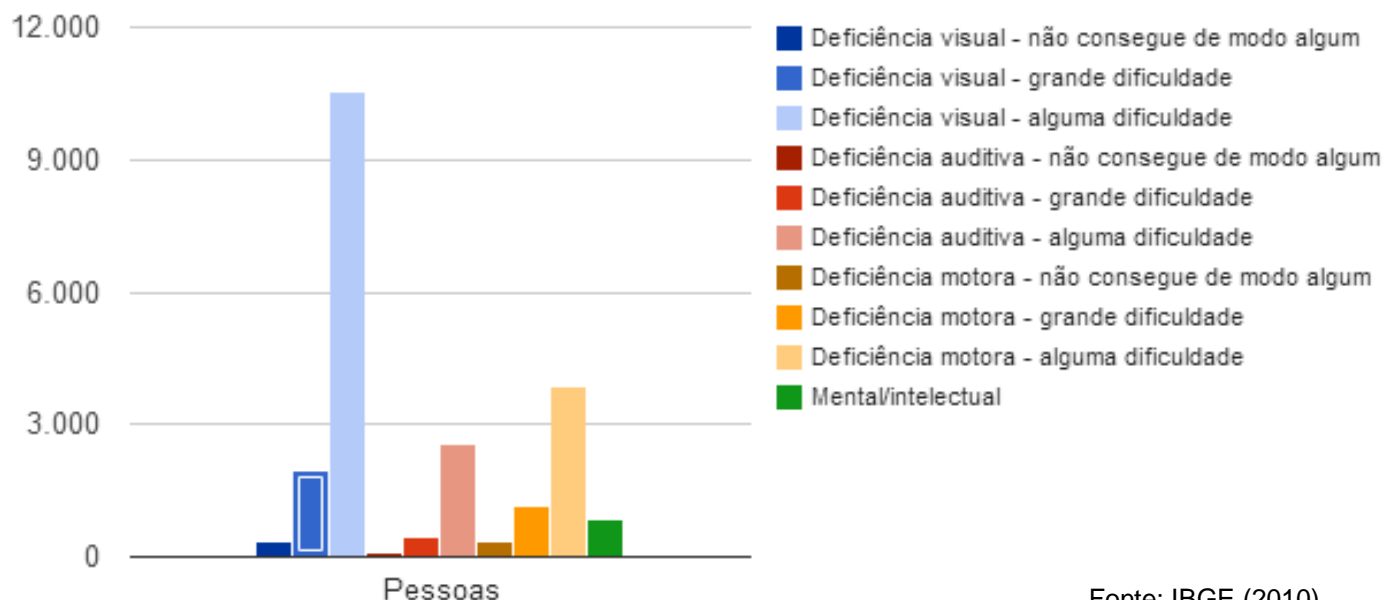
Gráfico 10

Pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, com alguma deficiência, por rendimento



Gráfico 11

População residente, por tipo de deficiência permanente



Fonte: IBGE (2010).

O município possui 23.103 domicílios, sendo:

- domicílios particulares permanentes – abastecimento de água – rede geral = 9.426;
- domicílios particulares permanentes – energia elétrica = 23.054;
- domicílios particulares por tipo de saneamento – adequado = 25,4%;
- domicílios particulares por tipo de saneamento – semi-adequado = 70,6%;
- domicílios particulares por tipo de saneamento – inadequado = 4,0%;
- urbano/adequado = 26,7%;
- urbano/semi-adequado = 71,0%;
- urbano/inadequado = 2,3%;
- rural/adequado = 0,5%;
- rural/semi-adequado = 63,2%;
- rural/inadequado = 36,3%.

Quanto aos serviços essenciais, como abastecimento de água tratada e coleta de resíduos (esgoto) adequada, sua cobertura é pequena, pois somente menos da metade dos domicílios urbanos conta com o serviço, que é prestado por empresa particular, sob concessão. Tais precariedades no saneamento do município colaboram para o surgimento de doenças parasitárias e endemias na população.

O aumento populacional, já descrito, com a chegada de indústrias no recente condomínio industrial instalado no terceiro distrito do município, região que tem os menores índices dos serviços de saneamento, torna a política pública de saúde fator imprescindível para a população do município, visto que esses vazios assistenciais, oriundos de outros segmentos públicos, irão acarretar aumento da demanda por serviços de saúde.

Com o segmento de prestadores de serviço de saúde particular e rede conveniada acanhada e face ao perfil socioeconômico da população, o SUS é o grande responsável por atender às expectativas e necessidades da população local. E ainda, possuindo expressiva população jovem, apresenta alto índice de acidentes de trânsito, sendo o abuso de álcool como fator determinante desses acidentes, quase sempre de motociclistas, que demandam vários procedimentos de saúde até sua total reabilitação para a vida produtiva, quando não ficam sequelados e passam a fazer parte dos pensionistas jovens da Previdência Social.

O município conta com uma população urbana grande e com rendimentos baixos, em sua maioria trabalhadora do comércio local e serviços, tais como construção civil e serviços de hotelaria, incrementados na sazonalidade do verão.

Apesar de se encontrar a apenas 100 km da capital do estado, Saquarema carece de infraestrutura básica, como rede de abastecimento de água potável (menos da metade dos domicílios são abastecidos por esse serviço) e a coleta de esgoto de forma adequada ocorrem somente em 26,7% dos domicílios urbanos e 2,3% dos domicílios rurais, acarretando um agravo importante na saúde de sua população, que são as doenças causadas pelo uso de água imprópria ao consumo, determinante social importante no estudo do perfil epidemiológico da população.

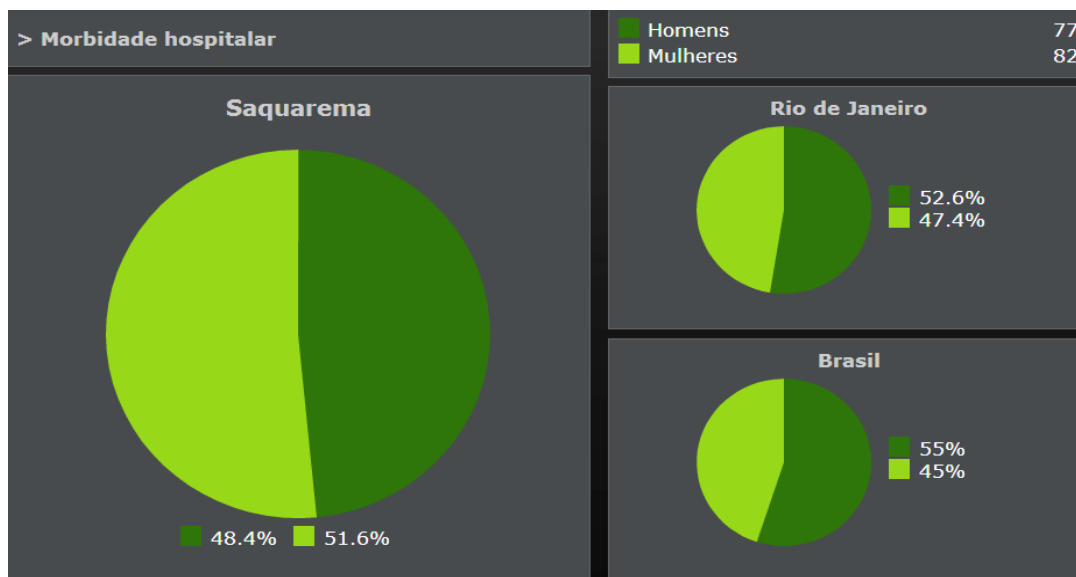
Como na maioria das cidades brasileiras, existe o dual de doenças infecto-parasitárias decorrente de ingestão de água não tratada e ausência de saneamento básico, concomitante às doenças crônicas não transmissíveis, em virtude de sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e maus hábitos alimentares.

Com alto índice de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas surgindo mais cedo, expondo pessoas no meio de sua vida produtiva. O que leva ao aumento do consumo de medicamentos para tratamento desses agravos à saúde e aumenta a procura por serviços e ações de saúde cada vez mais especializados.

4.3.2 Perfil epidemiológico da população de Saquarema

- Nascidos vivos em 2010 = 843;
- Nascidos vivos com anomalia congênita nos últimos anos: 2007 = 5; 2009 = 8; 2010 = 1;
- Mortalidade Hospitalar em 2010: total = 159 óbitos (homens = 77 óbitos; mulheres = 82 óbitos).

Gráfico 12. Morbidade hospitalar no Brasil, RJ e Saquarema, 2010



Fonte: IBGE (2010).

Segundo as informações coletadas, as causas mais frequentes de óbitos são:

1. Doenças do aparelho circulatório – 48 óbitos, sendo 20 de homens e 28 de mulheres. Ao observar os dados das morbidades relatadas nos atestados de

óbitos, verifica-se que a hipertensão arterial e o diabetes são os agravantes mais encontrados para esta causa de óbitos, quase sempre aparecem associados na declaração de óbito.

2. Doenças do aparelho respiratório – 47 óbitos, sendo 28 de homens e 19 de mulheres; ao realizar a análise desses dados com as morbidades apresentadas pela população e suas internações, as neoplasias surgem como causa primária para a mortalidade por doenças do aparelho respiratório. Tanto o câncer de pulmão como os de outra origem, que levam a metástases pulmonares, confirmam as neoplasias, na verdade como causa mortis primária nessa situação.
3. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas – 32 óbitos, sendo 14 de homens e 18 de mulheres; aqui a principal causa de óbitos é o diabetes mellitus, doença que vem avançando muito no município, se tornando quase uma epidemia, já que o Programa Municipal de Hipertensão contabiliza cerca de 500 pacientes em tratamento para diabetes, em uso de medicação hipoglicemiante e acompanhamento clínico.
4. Doenças infecciosas e parasitárias – 19 óbitos, sendo oito de homens e 11 de mulheres; após análise dos demais dados do município, verifica-se que somente em decorrência de Aids faleceram seis pacientes em 2010, praticamente um terço dos óbitos totais para esta causa. Somam-se a esses dados os pacientes acometidos de tuberculose pulmonar, que é um agravo importante no município e de difícil solução, com alguns abandonos de terapia e resistência terapêutica aos fármacos em uso. Esses dois componentes podem exemplificar bem o porquê da quarta causa de óbito, sem falar que o contágio é mais propenso em populações vulneráveis, seja economicamente e também pela ineficiência de saneamento básico como agravante para as parasitárias.

Quadro 3. Morbidades mais frequentes na população de Saquarema (2009 a 2012)

Hipertensos	730
Hipertensos com diabetes	468
Hipertensos com doença renal	41
Hipertensos, diabéticos com doença renal.	52

Fonte: SMSS (elaboração própria).

De janeiro de 2011 a julho de 2012, houve 43 internações no hospital municipal, por complicações do diabetes. Ao observar os dados colhidos quanto às morbididades mais frequentes dos munícipes de Saquarema, que são as doenças crônico-degenerativas, estas respondem pela primeira causa de óbitos no município.

Os pacientes inscritos no Programa DST/Aids em 2011 foram 96 adultos, 69 em uso de antirretroviral (ARV) e 27 sem antirretroviral (ARV). Somam-se a estes cinco pacientes novos e quatro gestantes.

Quanto aos casos de HIV e Aids entre crianças e transmissão vertical: foram dois casos de HIV confirmados com ARV. Estão em acompanhamento, como expostas ao vírus, seis crianças; três receberam alta com resultado negativo para HIV após acompanhamento.

No período de 2002 a 2008, o número de óbitos foi consideravelmente alto, em média oito por ano. Em 2009 houve queda para dois óbitos, mas em 2010 esse número cresceu para seis óbitos, mantendo a média com cinco óbitos em 2011.

O município de Saquarema, como a maioria das municipalidades do país, passou de uma sociedade rural até fins da década de 1960 para uma sociedade urbana, com trabalhadores no comércio e serviços. As doenças que aparecem como causadoras de morbidade são as mesmas de todo o perfil do estado e do país, com grande participação das doenças cardiovasculares, metabólicas e endócrinas, gerando o mesmo perfil de despesas com atenção secundária e terciária em saúde e onerando sobremaneira o município em seus gastos de saúde. Também há ainda o

aparecimento de eventos infectocontagiosos, como agravos importantes no adoecimento da população, fatores que demonstram a vulnerabilidade de uma população sedentária, desinformada, com hábitos alimentares nocivos e sujeita às iniquidades, como a ineficiência do saneamento básico, que geram esse perfil perverso de saúde da população.

Quanto à mortalidade, não seria diferente do restante do estado. É semelhante ao que ocorre no Brasil, com as mortes sendo causadas por doenças do aparelho circulatório (doenças cardiovasculares em geral), doenças do aparelho respiratório, em virtude das neoplasias de pulmão e metástases pulmonares. Seguem-se como terceira causa mortis as doenças endócrinas e metabólicas, principalmente a diabetes tipo 2, na quarta posição como causa de óbitos entre a população local estão os agravos infectocontagiosos.

Essas informações inserem o município de Saquarema na mesma realidade do país e da unidade federativa, com envelhecimento populacional como perspectiva nova e próxima, aliada aos determinantes sociais em saúde, que culminam com a crescente despesa em ações e serviços de saúde, principalmente na média e alta complexidade, tendo como denominador recursos finitos repassados pela União e estado, somados à aplicação de verbas próprias.

4.4 Serviços de saúde e recursos humanos em saúde no município

Quanto à logística de saúde, a cidade possui um hospital em Bacaxá, que conta com atendimento de urgência/emergência, maternidade, pequenas cirurgias, leitos de clínica médica e cirúrgica, além de internação infantil. A cidade possui ainda três postos de urgência, sendo um no centro da cidade, outro em Jaconé e o terceiro no distrito de Sampaio Corrêa. Sua rede assistencial também comporta uma Policlínica Municipal em Bacaxá e um Centro de Atendimento Materno Infantil, no centro de Saquarema. Quanto à rede de atenção básica, Saquarema possui 12

Unidades de Saúde da Família, com cobertura populacional em torno de 50-55% da população.

A baixa cobertura de Estratégia Saúde da Família e o serviço de pronto-atendimento do hospital, que na verdade realiza um ambulatório de qualidade duvidosa, são duas deficiências dos serviços de saúde do município que contribuirão, juntamente com a deficiência de disponibilidade de exames complementares, para uma prestação de assistência à saúde calçada na hiperprescrição de medicamentos e seu uso de forma indiscriminada.

O que chama a atenção na cidade é a mesma não possuir nenhum hospital ou maternidade de cunho filantrópico ou particular, mesmo conveniado. Todas as unidades são públicas, cabendo à complementação da rede em termos laboratoriais e de alguns exames de imagem à rede particular contratada. Além disso, há um grande número de profissionais de saúde, em seus consultórios e clínicas que atendem a clientela particular e dos planos de saúde, que por via de regra são os mesmos profissionais que prestam serviços ao SUS nas unidades supramencionadas.

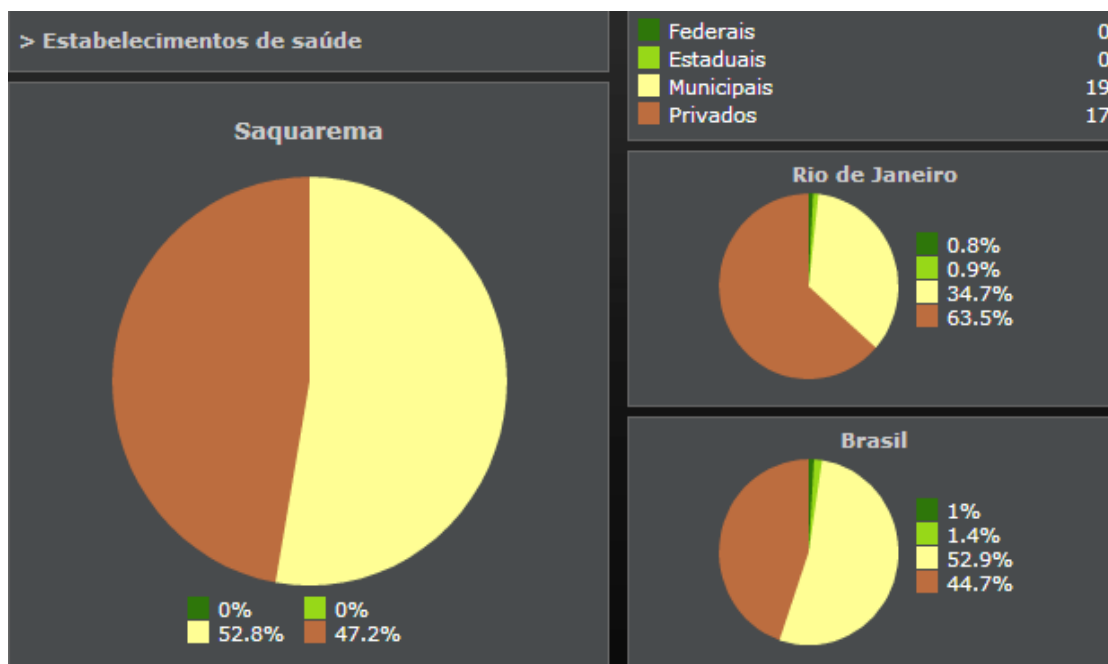
4.4.1 Serviços de Saúde

Saquarema possui, no total, 36 estabelecimentos de saúde, a saber:

- estabelecimentos públicos de saúde = 19;
- estabelecimento de saúde público federal = 0;
- estabelecimento de saúde público estadual = 0;
- estabelecimentos de saúde públicos municipais = 19;
- estabelecimentos de saúde privados = 17;
- estabelecimentos de saúde privados com fins lucrativos = 14;
- estabelecimentos de saúde privados sem fins lucrativos = 03;
- estabelecimentos de saúde com internação = 01;
- estabelecimentos públicos de saúde com internação = 01;

- total de leitos para internação = 60 (públicos / municipais).

Gráfico 13. Estabelecimentos de saúde em Saquarema, 2010



Fonte: IBGE (2010)

4.4.2 Rede assistencial municipal

O Hospital Municipal Nossa Senhora de Nazareth possui 60 leitos no total, divididos nas seguintes clínicas:

- Cirúrgica = 14;
- Obstétrica = 14;
- Médica = 25;
- Pediátrica = 07.

A rede de assistência de saúde do município conta ainda com:

- Equipes de Saúde da Família = 12;
- Centro de Atendimento Materno-infantil = 01;

- Postos de Urgência = 03;
- Policlínica Municipal = 01;
- Mamógrafo com comando simples = 02;
- Mamógrafo com estereotaxia = 0;
- Raios-X para densitometria óssea = 0;
- Tomógrafo = 0;
- Ressonância magnética = 0;
- Ultrassom Doppler colorido = 05;
- Eletrocardiógrafo = 10;
- Equipamento de hemodiálise = 0;
- Raios-X até 100ma = 01;
- Raios-X de 100 a 500ma = 04;
- Raios-X mais de 500ma = 01;
- Estabelecimentos com atendimento ambulatorial = 22.

4.4.3 Recursos Humanos (médicos) / por unidade de saúde municipal

Quadro 4. Número de médicos por especialidades lotados nas unidades de saúde municipais.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Nazaré	Posto de Urgência de Jaconé	Posto de Urgência de Sampaio Corrêa	Posto de Urgência de Saquarema	Policlínica Municipal Carlos Campos da Silveira
Neurologia - 2 Angiologia - 1 Cardiologia - 4 Pediatria - 14 Clínica Geral - 18 Medicina Intensiva - 3 Anestesiologia - 7 Hemoterapia - 1 Cirurgia Vascular - 1 Cirurgião Geral - 9 Ginecologia /Obstetria - 9 Neurocirurgião - 3 Ortopedia /Trauma - 6 Otorrinolaringologia - 1	Cardiologia - 1 Clínica Geral - 1 Ortopedia/Trauma - 1	Cardiologia - 1 Pediatria - 1 Clínica Geral - 7 Ortopedia/Trauma - 1	Cardiologia - 1 Clínica Geral - 4 Ortopedia/Trauma - 1	Neurologia - 3 Cardiologia - 5 Pediatria - 1 Clínica Geral - 3 Pneumologia - 2 Psiquiatria - 2 Dermatologia - 1 Gastroenterologia - 1 Homeopatia - 1 Ginecologia/Obstetra - 1 Oftalmologia - 2 Urologia - 1 Endoscopia - 1 Radiologia - 2 Saúde da Família - 12

Fonte: SMSS (elaboração própria).

No total, 137 médicos atuam na Secretaria Municipal de Saúde de Saquarema. Esses dados foram colhidos na Secretaria de Atenção à Saúde (MS), banco de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), número de profissionais cadastrados segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), por meio eletrônico em fevereiro de 2013.

Trabalhando com o número de 137 médicos para uma população de 77.522 habitantes, tem-se a média de 1,77 médicos/mil habitantes, maior que o padrão estabelecido pela OPAS/OMS, que é de 1/mil, referendado pelo estudo IDB/2008.

Com uma população com alto grau de incidência de doenças endócrinas e metabólicas, o município conta apenas com um especialista na área. E a saúde do homem também é outro problema, pois só há um especialista na rede em todo o município.

Ao observar as especialidades médicas em atividade no município de Saquarema, verifica-se que a necessidade da população não é atendida, embora pelo coeficiente da OMS o município apresente um número razoável de médicos.

A pequena quantidade de especialistas em diversas áreas torna a integralidade da assistência uma quimera filosófica do SUS, pois não há recursos humanos suficientes nem para cumprir as ações e serviços de saúde recomendados pelo Ministério da Saúde para a atenção básica da população. O SUS no nível local está longe de proporcionar à população os requisitos mínimos para alcançar a integralidade das ações e serviços, tampouco consegue instituir a equidade como forma de amenizar as vulnerabilidades da população de um município onde o saneamento básico e as condições socioeconômicas são fatores determinantes das condições de saúde.

De acordo com a base de banco de dados do CNES para o município, encontra-se um número razoável de ginecologistas/obstetras e também de pediatras, para uma população que vem se estabilizando e cuja fecundidade é mantida em patamares aceitáveis. Não há, entretanto, um geriatra para uma população em visível ritmo de envelhecimento, o que talvez explique o aumento das morbidades e das mortalidades nos segmentos populacionais mais vulneráveis, como idosos de baixo poder aquisitivo, com hábitos alimentares alicerçados no passado descompromissado com a alimentação saudável e suscetível à mídia medicalizante reinante no país.

Como este estudo se refere à judicialização de medicamentos, a pesquisa focou como recursos humanos de saúde somente os precursores dos mesmos. Os dados colhidos sobre os serviços de saúde demonstram que a característica principal dos serviços ofertados é de natureza municipal, não havendo participação de nenhuma unidade federal e estadual na prestação de serviços de saúde no município.

O segmento particular complementa a prestação, principalmente para os usuários de planos de saúde, mas como o único hospital de Saquarema é municipal, os usuários de planos, quando necessitam de assistência hospitalar, são atendidos na unidade do município. Talvez por isso o grande número de procedimentos na unidade, sobretudo no serviço de pronto-atendimento.

Outras informações a partir dos dados selecionados na pesquisa demonstram o baixo componente tecnológico na estrutura de prestação dos serviços de saúde, pois o município não conta com vários aparelhos para elucidação diagnóstica com a ajuda da imagem, tais como ressonância magnética, tomografia computadorizada, densitometria óssea, mamógrafo de última geração e aparelho de raios X acima de 500 ma (uma unidade deste).

Essa escassez de recursos tecnológicos nos serviços de saúde do município impactará na assistência à saúde, como posteriormente será visto nas prescrições que dão origem às ordens judiciais.

4.5 As ações judiciais para fornecimento de medicamentos em Saquarema

A Secretaria Municipal de Saúde de Saquarema instalou em 2009 um centro de atendimento aos usuários do SUS que impetravam ações judiciais para a aquisição de medicamentos. Ao instituir o Setor de Ordens Judiciais, o gestor local pretendia agilizar o processo para aquisição de medicamentos, evitando o risco de incorrer em improbidade administrativa. Ao mesmo tempo, cumpriria a ordem judicial, sanando o litígio que poderia gerar sanções penais, tanto à administração pública, quanto ao próprio secretário de saúde.

Ao chegar ao Setor de Ordens Judiciais, os usuários são recebidos por uma equipe, que conta com uma advogada, um farmacêutico e um funcionário administrativo. O atendimento realizado na primeira vez consiste no cadastro do

usuário requerente, os medicamentos pleiteados na ordem judicial e a confirmação daqueles que não estão na grade da rede. A partir daí, é encaminhado ao setor de compras e licitações da Prefeitura o rol dos medicamentos requisitados. Isso gerou mais rapidez na aquisição e diminuiu os conflitos entre os cidadãos que necessitam de seus medicamentos e a gestão local.

Foram realizadas reuniões com a Defensoria Pública e a advogada do setor, a fim de esclarecer os procedimentos seguidos e minimizar as queixas e os conflitos inerentes à situação. Tentou-se assim estabelecer uma parceria entre o Poder Executivo local e o Poder Judiciário. A finalidade era demonstrar ao Poder Judiciário que a gestão do SUS no município está envidando esforços para mitigar o problema.

O gestor do município, após essa iniciativa, não passou mais pela situação constrangedora da ameaça de privação de liberdade, que muitos outros gestores vivenciaram em algum momento. O Poder Judiciário local entende que a gestão municipal do SUS, ao instituir um setor para atender aos munícipes das demandas judiciais, demonstra respeito à democracia e à garantia dos direitos fundamentais.

Também se estabeleceu uma relação mais harmoniosa com o usuário que requer atendimento e acesso aos medicamentos de que necessita. Com essa medida, o gestor minimizou os conflitos inerentes à situação litigiosa.

O Setor de Ordens Judiciais, ao contar com um farmacêutico, aperfeiçoa sua relação com os usuários, pois os medicamentos que fazem parte da rede são logo distribuídos aos requisitantes, enquanto aqueles que necessitam de compras realizadas por licitações feitas no nível central, logo assim que entregues pelas firmas vencedoras, são distribuídos aos postulantes.

O setor realiza cadastro do usuário, sendo o mesmo chamado por telefone para receber seus medicamentos. Quando o usuário é impedido de comparecer ao setor por problemas de ordem física ou alguma limitação inerente a sua patologia, o setor entrega os medicamentos em sua residência.

O farmacêutico do Setor de Ordens Judiciais, ao examinar os processos que deram entrada no setor, verifica quais medicamentos estão disponíveis na rede local, se há medicamentos de dispensação excepcional, para acionar o polo regional em Cabo Frio, a fim de se buscar os medicamentos e distribuí-los aos pacientes. Também é importante sua informação ao setor de compras da Secretaria Municipal de Saúde, informando o fármaco que pode ser adquirido, pois possui o mesmo

princípio ativo do medicamento solicitado, usando os genéricos e similares para isso. Igualmente, ao entregar os medicamentos aos pacientes, exerce uma ação educativa para o uso racional e consciente do medicamento, tirando dúvidas quanto à posologia. Assim, procura promover ação educativa em saúde, ligada à assistência farmacêutica.

A demora na realização da licitação para a compra dos medicamentos é uma das queixas que frequentemente surgem no Setor de Ordens Judiciais. Como o setor não é o mesmo que compra, naturalmente, às vezes ele é empoderado pelos usuários que desejam receber o mais breve possível suas medicações, mas a burocracia do Setor de Licitações da Prefeitura é lenta e parece não entender a especificidade da situação. Isso gera alguns conflitos entre as pessoas que demandaram as ações e o Setor de Ordens Judiciais.

Todos os processos que deram entrada no Setor de Ordens Judiciais da SMSS foram digitados e fazem parte do banco de dados do setor.

Todas as demandas judiciais que fizeram parte do estudo foram atendidas, em sua totalidade, pela gestão municipal do SUS. Algumas mais céleres outras nem tanto, o que pode prejudicar um tratamento que necessita de medicamentos de uso contínuo. Porém não há estudos sobre a melhora da qualidade da assistência depois da implantação do setor, o que se observa é a diminuição da ansiedade do usuário ao saber que tem um setor específico para seu atendimento, e para a entrega dos medicamentos de que necessita.

4.5.1 Análise do universo das ações judiciais

Este estudo contabilizou 78 ações judiciais no período, sendo 70 no ano de 2011 e 8 ações em 2012. Parece pouco, mas acrescenta-se a esse número 28 processos administrativos, 14 processos de 2011 e 14 de 2012. São processos administrativos que não migraram para ações judiciais em virtude do entendimento entre o Poder Judiciário e o Setor de Ordens Judiciais (SMSS).

Todos os processos judiciais foram analisados uma a uma, e selecionados somente os processos judiciais que deram entrada no Setor de Ordens Judiciais (SMSS), entre 01/01/2011 e 31/12/2012. Apesar da informatização do setor, optou-se pela análise documental física de cada um e a partir daí elaborar uma planilha

(Excel), de posse dos dados coletados e a sistematização dos mesmos, optou-se por instrumentalizar a pesquisa escolhendo alguns segmentos para análise, para isso algumas variáveis foram eleitas para aprofundar o estudo do caso.

A gestão de Saquarema, em dois anos, recebeu 106 demandas por medicamentos, perfazendo um gasto total de R\$ 1.700.000,00, sendo o valor informado através do Setor de Licitações e Compras da Prefeitura Municipal de Saquarema. Despesa que deve aumentar em virtude das demandas serem sempre por medicamentos de uso contínuo, não é uma situação pontual.

Quanto à análise das ordens judiciais que deram entrada entre 01/01/2011 e 31/12/2012, optou-se pela busca de dados que fornecessem informações sobre: a) o processo judicial; b) as principais características dos autores das ações, c) as patologias relacionadas e os principais medicamentos requisitados e d) quais especialidades estavam mais relacionadas nas prescrições que acompanham as ações judiciais e também nos processos administrativos do mesmo período.

No estudo do processo judicial (a), foram analisadas duas variáveis: (1) se o autor da ação é beneficiário da gratuidade de justiça e (2) se houve decisão judicial, antecipatória de tutela (liminar).

Ordens Judiciais para aquisição de medicamentos, segundo hipossuficiência econômica do autor. Comarca de Saquarema:

Indica hipossuficiência do autor (concede gratuidade de justiça - DP) - 78. (100%).

Nega pedido de gratuidade de justiça - 0.

A análise dessa primeira variável (1a) permitiu constatar que a solicitação e o deferimento da gratuidade de justiça e, conseqüentemente, o reconhecimento judicial da hipossuficiência econômica do autor da ação é uma característica importante das ações judiciais em Saquarema, contemplando todos os autores das ações judiciais para aquisição de medicamentos.

A apreciação dos pedidos de tutela antecipada. Comarca de Saquarema:

Foi concedida a tutela antecipada, integralmente, para fornecimento dos medicamentos solicitados - 78. (100%).

Negativa do pedido de tutela, ou condicionar o pedido ao cumprimento de exigências por parte do autor - 0.

A análise da segunda variável (2a) mostra que as decisões judiciais são pautadas pela comprovação de necessidade dos autores das ações, mediante a apresentação de receituários e laudos médicos. O resultado evidencia a soberania da prescrição dos medicamentos solicitados, tornando este documento apresentado pelo autor o passaporte necessário para que sua demanda seja atendida pelo Poder Judiciário.

As ações impetradas pela Defensoria Pública são sempre deferidas com liminar e tutela antecipada, além de multa diária por descumprimento das sentenças, não cabendo recurso ao réu.

Todas as ações foram impetradas pela Defensoria Pública da Comarca de Saquarema, o que denota grande eficiência e fácil acesso da população ao Poder Judiciário local e, ao mesmo tempo, a carência de quem recorre ao mesmo, já que a gratuidade de justiça, diferente do que acontece no SUS, não é universal, o autor da ação deve comprovar que não possui condições econômicas para constituir um advogado, devendo ser atendido pela DP.

Quanto as principais características dos autores das ações judiciais (b), os itens que melhor descrevem a população autora e constam nos processos analisados são o gênero (1b) e a faixa etária (2b). A gratuidade de justiça identifica o nível de renda da população autora das ações, ou seja, provavelmente, entre um e dois salários mínimos.

A variável que diz respeito ao gênero (1b) está assim distribuída nos processos judiciais estudados (78 processos judiciais):

Gênero Masculino - 28 autores = 35,90%.

Gênero Feminino - 50 autoras = 64,10%.

Total = 78 autores = 100%.

A análise da primeira variável (1b) desse seguimento comprova o que vários estudos mostram, as mulheres procuram mais os serviços de saúde que os homens. Até porque há mais linhas de cuidado para a população feminina do que a masculina.

A outra variável, quanto ao perfil da população autora das ações judiciais é a faixa etária (2b), que para melhor compreensão, dividiu-se em quatro faixas etárias principais:

0 a 20 anos - 18 autores = 23%.

21 a 40 anos - 7 autores = 9%.

41 a 60 anos - 7 autores = 9%.

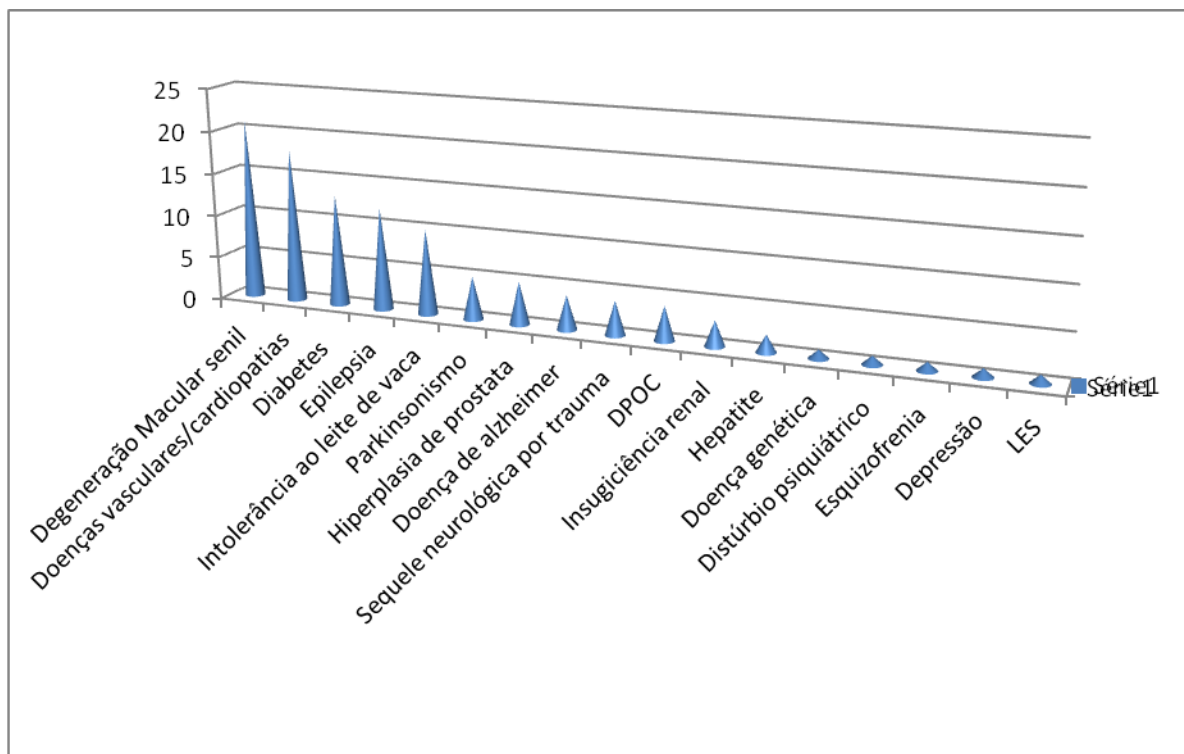
> 61 anos - 46 autores = 59%.

Total: 78 autores = 100%.

A análise da segunda variável (2b) desse segmento aponta para as duas faixas etárias das extremidades como sendo as que mais procuram por serviços e ações de saúde. Sendo a população acima de 61 anos a que mais acionou a justiça, seguida da população infantil e jovem até os 20 anos.

Para análise das patologias relacionadas nas requisições dos medicamentos (c1), foram coletados dados tanto nas ordens judiciais quanto nos processos administrativos. A escolha se deve ao fato do processo administrativo ser fruto do entendimento da DP de Saquarema e da advogada do Setor de Ordens Judiciais (SMSS), o que representa um universo considerável para pesquisa, totalizando cento e seis demandas por aquisição de medicamentos.

Gráfico 14. Número de patologias relacionadas nas prescrições dos medicamentos encontradas nos processos judiciais e administrativos. SMSS, 2011/2012 (Total de 106 demandas judiciais).



Fonte: SMSS (elaboração própria).

A análise da variável (c1), patologias relacionadas nas prescrições e laudos médicos que constam nas ações judiciais aponta as principais indicações:

Degeneração macular senil - 21 ações (20%).

Cardiopatias e doenças vasculares - 18 ações (17%).

Diabetes - 13 ações (12%).

Epilepsia - 12 ações (11,5%).

Intolerância ao leite vaca - 10 ações (9,5%).

Sub-total: 74 ações (70% ações)

Os pedidos de medicamentos decorrentes de outras doenças não são significantes em termo de número de ações, mas talvez em quantidade de recursos, visto que: a insuficiência renal, o lúpus eritematoso sistêmico, a DPOC, a hepatite e a esquizofrenia são doenças crônicas, de difícil manejo e tratamentos dispendiosos.

O que mostra a variável (c1) sobre as patologias é que, praticamente, todas são crônicas, com grande poder de incapacitação para os indivíduos afetados e dependência contínua aos medicamentos requisitados.

A segunda variável (c2) desse segmento busca dados sobre os principais medicamentos requisitados nas ações pesquisadas. No quadro a seguir estão as principais prescrições encontradas e suas respectivas indicações.

Quadro 5. Principais medicamentos prescritos x indicação

Principais medicamentos prescritos	Indicação
Ocuvite Lutein / Neovite Lutein	Degeneração macular senil
Colírios: Azopt, Travatan e Xalatan	Pressão intraocular, glaucoma
Atenolol, Hidroclorotiazida e Losartana	Hipertensão arterial
Fitas Accu-chek active e Sinvastatina	Diabetes e Dislepidemias
Depakene, Depakote e Lamitor	Epilepsia
Leites especiais	Intolerância à lactose

Fonte: SMSS (elaboração própria).

A análise da variável (c2), medicamentos prescritos, mostra que são de uso contínuo para tratamento de enfermidades crônicas ou de longa duração.

A última variável escolhida para estudar os processos em Saquarema concentra-se nas especialidades dos prescritores (variável d), vistas nos receituários de medicamentos e laudos médicos, que serviram de comprovação para a entrada do processo contra a gestão municipal de saúde.

As especialidades encontradas nos receituários e laudos médicos por ordem de aparecimento nas ações judiciais (SMSS):

(1ª) Oftalmologia - 21 ações (20%)

(2ª) Cardiologia - 17 ações (16%)

(3º) Pediatria - 16 ações (15%)

(4ª) Endocrinologia - 14 ações. (13%)

(5ª) Neurologia - 12 ações. (11%)

(6ª) Clínica Geral - 6 ações. (6%)

(7ª) Pneumologia, psiquiatria e urologia - 4 ações por especialidade. (4% cada especialidade)

(8ª) Otorrinolaringologia, cirurgia vascular, ortopedia, dermatologia - 2 ações por especialidade. (2% cada especialidade)

Total: 106 demandas judiciais (100%). Os valores percentuais estão aproximados.

A análise da variável (d), especialidades vistas nos receituários médicos e laudos apontam que a oftalmologia, cardiologia, pediatria e endocrinologia são as principais especialidades que prescrevem medicamentos que são requisitados através da DP, seja por ordem judicial ou via processo administrativo. As quatro especialidades respondem por cerca de 60% do total das demandas judiciais para aquisição de medicamentos em Saquarema.

4.5.2 Análise dos principais resultados da pesquisa

Os principais resultados da pesquisa merecem destaque em seus diversos segmentos, com suas respectivas variáveis escolhidas na coleta de dados realizada no Setor de Ordens Judiciais (SMSS).

Em primeiro plano podemos apontar a gratuidade de justiça e a ação eficiente da DP da Comarca de Saquarema no acolhimento da questão, colocando-se ao lado dos cidadãos do município.

Além disso, o Poder Judiciário local entende o direito à saúde como direito fundamental a vida, deferindo os pedidos de tutela antecipada, resguardando assim o direito do cidadão a vida e fazendo cumprir o escrito na CF-88 e o estabelecido na Lei nº8080/90.

A respeito das características dos usuários do SUS que reivindicam o direito à saúde, através do Poder Judiciário, pode-se afirmar que os mesmos são indivíduos de poucos recursos financeiros, visto terem conseguido a gratuidade de justiça, são em sua maioria mulheres e grande número está acima da faixa etária dos sessenta anos, representando sessenta por cento do total das demandas judiciais.

Não foi possível verificar o grau de escolaridade dos usuários, pois não há nos processos dados que forneça essa informação.

Quanto as enfermidades dos usuários, são crônicas, algumas degenerativas, o que leva ao uso de medicamentos de forma contínua.

As doenças vasculares e cardiológicas, embora pareçam em segundo lugar na origem das demandas, não sequestram tanto recursos, pois vários medicamentos solicitados estão na rede do SUS.

Outras doenças, tais como DPOC, hepatite e LES, embora apareçam em pouca quantidade nas requisições, demandam recursos elevados em virtude dos valores dos medicamentos, quando os mesmos não estão disponíveis no polo regional de Cabo Frio, que atende a região da baixada litorânea e fornece os medicamentos do CEAF.

Além de medicamentos é grande a procura por outros insumos, tais como fitas para verificar o nível de glicose no sangue e leites especiais para as crianças que tem intolerância ao leite de vaca. Nas petições relativas às doenças neurológicas e suas sequelas é comum a requisição por fraldas descartáveis.

A pesquisa apontou que três especialidades médicas (oftalmologia, endocrinologia e pediatria) são responsáveis por cerca de 40% das prescrições totais para aquisição de medicamentos e insumos. Os núcleos dessas prescrições são as doenças oftalmológicas (degeneração macular senil), o diabetes e a intolerância ao leite de vaca.

A demanda financeira para aquisição dos medicamentos é contínua, visto não ser um atendimento pontual, mas uma aquisição constante para s SMSS.

A pesquisa também aponta que o perfil epidemiológico da população e suas principais características estão evidentes no processo: o envelhecimento e a condição econômica da mesma.

Também é evidente a deficiência do SUS local quanto à prestação da assistência farmacêutica aos usuários, com grande deficiência da AF básica, pois em vários processos analisados observou-se o pedido por medicamentos desse bloco, o que não se justifica.

A análise dos principais resultados da pesquisa realizada nos processos administrativos e ordens judiciais de Saquarema mostraram a importância da judicialização para a gestão municipal do SUS, não somente pelos valores financeiros envolvidos, mas também por deixar claro, que esse é um problema multifatorial que exige da gestão local várias intervenções, em diferentes campos do conhecimento e da práxis.

Tudo isso leva a uma reflexão sobre o papel da gestão local e sua responsabilidade sanitária perante a população assistida, pois os recursos drenados pela judicialização poderiam ser destinados para outras ações e serviços.

Com apenas R\$ 137.701,05 poderiam ser realizados exames citopatológicos cérvico-vaginal/microflora no total da população feminina acima dos vinte anos de idade. E com R\$ 354.633,90 seria realizada biópsia de endométrio em toda população feminina acima de 20 anos de idade.

A mamografia bilateral de rastreamento em população feminina acima dos 35 anos de idade é um procedimento importante, recomendado pela Portaria GM/MS nº 1.183, de 03 de junho de 2009. Toda a população feminina da faixa etária preconizada seria atendida com cerca de R\$ 668.475,00. Os gastos com esses procedimentos poupariam recursos no enfrentamento de neoplasias em estadiamentos mais avançados.

É uma pequena amostra de como recursos drenados para atender à judicialização em Saquarema punem a gestão, e o que é o mais importante, retiram da coletividade de usuários do SUS a possibilidade de terem acesso a procedimentos importantes na proteção à saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o estudo de caso sobre a judicialização do acesso à aquisição de medicamentos em Saquarema, há uma situação de conflito instalada na gestão local do SUS. De um lado, o direito constitucional inscrito na CF-88 e garantido na LOS, fazendo-se cumprir através da intervenção do Poder Judiciário, assegurando aos usuários do sistema público de saúde os medicamentos necessários ao tratamento de suas doenças; do outro lado, a gestão municipal, confrontada com a situação gerada pela judicialização, obrigada a disponibilizar aos usuários todos os medicamentos requisitados nas ações judiciais, sob a ameaça de sofrer punições caso descumpra o deferido na antecipação de tutela.

Portanto a judicialização da saúde é uma situação de conflito, que embora mostre as fragilidades que existem no SUS, também permite identificar os sucessos alcançados pela saúde pública brasileira após sua promulgação. Pois ao descentralizar as ações e serviços de saúde para as municipalidades criou um sistema universal para mais de cinco mil operadores sistêmicos, e junto a isso faz valer a integralidade da atenção à saúde.

A universalidade não existe sem a integralidade, isso torna o SUS um modelo socialista, solidário, que é antagônico ao modelo liberal, privado que hoje existe na saúde de forma hegemônica.

Os resultados apresentados pela pesquisa apontam a observância da universalidade e integralidade da assistência como o fator desencadeante do processo de judicialização local, e isso deve ser entendido como fortalecimento da instituição como um todo, e não como fraqueza, afinal o Poder Judiciário, no caso de Saquarema, uma DP eficiente, ao deferir os pedidos dos usuários está exigindo da gestão o cumprimento do que está estabelecido nas diretrizes filosóficas do SUS.

Porém, essa decisão importa em consequências para a gestão municipal, ignorar isso é fechar os olhos para as deficiências que fragilizam a gestão local em saúde. E isso tem haver com a descentralização das ações e serviços de saúde, pois todo o arcabouço organizacional do SUS (descentralizado, hierarquizado e regionalizado) deve servir para garantia do arcabouço filosófico do SUS (universalidade, integralidade e igualdade).

Outras conclusões são evidentes, como a deficiência da AF local, pois vários medicamentos solicitados deveriam estar na rede, pois fazem parte da RENAME e do componente básico da AF.

Além disso, a migração da população acima dos sessenta anos para o município, com baixo poder aquisitivo e portadora de doenças crônicas, em uso de medicamentos de forma contínua, conduzem a conclusão que a judicialização da saúde em Saquarema chegou para ficar.

Esta pesquisa apontou outro fator de ineficiência nas ações de saúde: a hiperprescrição de medicamentos. Os prescritores, profissionais de saúde do SUS, na ausência de exames complementares de maior densidade tecnológica e de custos mais elevados, que os auxiliem na formulação de um diagnóstico nosológico mais preciso, se utilizam da hiperprescrição de medicamentos com a clara intenção de tentar cobrir um leque maior de alternativas de tratamento.

Com a crescente despesa para a aquisição dos medicamentos, quase sempre de uso contínuo, demandados pela judicialização, Saquarema precisaria de um aporte maior de recursos, fato que não condiz com a realidade, quando se verificam os repasses. Como nos demais municípios brasileiros, tanto os repasses do FPM, como os de fundo a fundo na saúde obedecem à lógica do número de habitantes do município, e não da real necessidade da população residente. E mais ainda, Saquarema não conta com economia vigorosa que possa dar a administração municipal recursos em caixa necessários, a fim de que a mesma invista mais em ações e serviços de saúde.

Saquarema não fica estanque aos processos de mudanças em consequência das políticas neoliberais introduzidas no passado recente. O município passa pelo incremento da atividade de microempreendedorismo individual, que disfarça uma situação semelhante ao desemprego, já que várias dessas microempresas fecham alguns anos depois de sua abertura, permanecendo em atividade por pouco tempo.

A economia é frágil, não possui um segmento industrial forte em seu componente, nem agronegócios como alguns municípios Brasil afora. O município depende exclusivamente da cota de serviços para fazer frente ao grande contingente de mão de obra não qualificada na região, o que o torna mais vulnerável à depressão mundial que prejudica o país e as unidades da federação.

As ações judiciais e os processos administrativos nos anos de 2011 e 2012 demandaram recursos da ordem de R\$1.700.000,00 no período. Para o ano em curso, já se projetam gastos da ordem de R\$1.300.000,00, valor próximo ao repasse do PAB-fixo do ano passado e três vezes o valor do repasse do bloco da AF para este ano.

O envelhecimento da população e a hipossuficiência de recursos dos cidadãos conduzem a um horizonte nada favorável para a gestão em saúde de Saquarema. Além dos fatores mencionados, a população conta com uma DP eficiente e atuante, como também um MP ciente de suas funções e prerrogativas, fiscalizando e atuando, quando necessário, para garantir o direito à saúde da coletividade do município.

Nesse cenário, Saquarema é lugar comum no Brasil e as diferentes fragilidades vistas na pesquisa com certeza devem aparecer em outras unidades territoriais.

O Brasil, com uma grande população, vasto território e diversidades regionais importantes, não pode se dar ao luxo de deixar de aportar volumes consideráveis de recursos em pesquisas e ações para a saúde pública. Tampouco pode deixar de realizar investimentos para a construção de um parque tecnológico em saúde, que forneça a autonomia necessária para a fabricação dos insumos e medicamentos.

As gestões municipais continuarão a arcar com a crescente necessidade de recursos para a aquisição de medicamentos e outros insumos requisitados nas ações judiciais, sem falar que se trata de um segmento dos mais onerados em todas as etapas de seu processo, desde o início das pesquisas para a descoberta de um novo medicamento até sua comercialização para uso geral.

Analisando o IDH dos noventa e dois municípios que compõem o estado do Rio de Janeiro, verifica-se que oitenta e seis estão na mesma faixa que Saquarema, com o índice de desenvolvimento humano médio.

Quarenta e dois municípios do Estado do Rio de Janeiro encontram-se na mesma faixa populacional de Saquarema, apresentando perfil de desenvolvimento econômico similar e vazios assistenciais parecidos, com pouca ou nenhuma infraestrutura para atendimento à saúde de forma integral.

Como Saquarema, os municípios do estado do Rio de Janeiro apresentaram em 2012 uma cobertura média de 44% de ESF. Deixando metade da população sem

atenção básica, o que leva a mesma a procurar atendimento médico nos Postos de Urgência e Hospitais, estes acabam por realizar ambulatórios de qualidade duvidosa, resultando na hiperprescrição de medicamentos, também observada nessa pesquisa.

O estudo sobre Saquarema aponta para uma necessidade de se conhecer melhor como estão os outros municípios interioranos em relação ao processo de judicialização. Não podemos afirmar, porém não é difícil concluir que as semelhanças estão mais próximas que as diferenças, e um estudo mais profundo pode mostrar a realidade da judicialização do acesso à aquisição de medicamentos nos outros municípios do estado.

As questões colocadas aqui são: quantas Saquaremas temos em nosso estado? E no Brasil?

A situação encontrada pelo estudo em Saquarema é recorrente nos demais municípios do estado? Da região? E do Brasil?

Oportunidade interessante de estudo é saber quanto as municipalidades estão gastando com a aquisição de medicamentos para cumprir as ordens judiciais.

No estudo realizado foram apresentados gastos diretos do MS e repasses a estados e municípios para aquisição dos medicamentos da judicialização. Porém, isso não representa o universo do problema como um todo. Seria somente uma amostra da situação, pois se projetarmos o ocorrido em Saquarema para os demais municípios, o que há de fato é uma situação de conflito que se tornará fora de controle no futuro próximo.

Saquarema pode estar refletindo a realidade estadual e nacional. Por isso o estudo aqui realizado aponta para um leque maior de oportunidades de pesquisa.

Estudos posteriores devem avaliar se o problema enfrentado por Saquarema repete-se nas outras gestões municipais de saúde.

Se projetarmos que quarenta municípios do estado possuem características demográficas, perfis socioeconômicos, epidemiológicos e vazios assistências semelhantes, se esses municípios também contarem com uma DP similar a DP da Comarca de Saquarema, podemos hipoteticamente supor, já que não há estudos sobre isso, que a judicialização do acesso à aquisição de medicamentos é fator recorrente nesses municípios.

O levantamento de questões e posterior discussão do tema podem verificar até que ponto a judicialização do acesso à saúde e à assistência farmacêutica pode inviabilizar o SUS.

Como estudo de caso em que a gestão municipal em saúde é o foco da pesquisa, não poderia finalizar essa conclusão sem propor a gestão em saúde de Saquarema um elenco de ações defensivas para enfrentar a situação exposta no trabalho.

Em decorrência das análises efetuadas, uma das sugestões que este trabalho traz é a implementação de ações defensivas pela gestão municipal. Tais como: a realização de perícias nas prescrições que dão origem as demandas judiciais. A análise das prescrições por peritos evitaria induções, prescrições viciadas e identificaria desvios atrelados a determinadas empresas farmacêuticas.

Outra ação defensiva é sempre optar pelo princípio ativo dos medicamentos e evitar a compra do produto de marca. Além do diálogo com os prescritores, a fim de se evitar a hiperprescrição de medicamentos verificada em algumas ações, sempre estimulando a prescrição de medicamentos da RENAME, o que pode ser outra medida a seguir.

A advogada do Setor de Ordens Judiciais da SMSS poderia solicitar perícias judiciais para examinar os processos, somente para aqueles nos quais os valores dos medicamentos fossem muito elevados e justificassem a perícia judicial.

Outra medida que poderia ser adotada seria uma campanha informativa e educativa para o uso racional de medicamentos. No entanto, essa campanha teria de ser em âmbito nacional para colher bons resultados.

No caso de Saquarema, se faz urgente aumentar a cobertura da ESF e melhorar a qualidade da ESF já existente. Também se faz necessário aumentar a oferta de exames complementares de tecnologia mais avançada, proporcionando ao médico melhor definição diagnóstica e evitando assim a hiperprescrição.

Essas são algumas ações defensivas e sugestões que a gestão da SMSS pode adotar, sempre buscando a eficiência da gestão e a prestação de boa qualidade das ações e serviços de saúde para sua população, respeitando os ditames filosóficos do SUS e contribuindo efetivamente para uma boa organicidade da instituição.

Estudos posteriores devem continuar essas discussões e levar adiante conclusões que possam ajudar a estancar essa verdadeira bomba relógio colocada no colo das gestões municipais da saúde em todo o Brasil.

No entanto, não somente a gestão é prejudicada com a judicialização da saúde; o usuário do SUS é com certeza o mais atingido por esse processo, pois faltam recursos para outras áreas da saúde, como atenção básica, promoção e prevenção em saúde, que diminuiriam os riscos de doenças e agravos.

O usuário ainda fica exposto a uma situação na qual o tratamento da sua doença é conduzido de forma a lhe oferecer quantidade maior de medicamentos de que realmente necessitaria, pois os meios para realizar um diagnóstico preciso de sua patologia não são disponibilizados na rede pública de saúde.

Para um país que ainda não resolveu a questão das doenças negligenciadas ou doenças órfãs, como a tuberculose e a hanseníase, as questões até aqui colocadas são importantes para propor mais discussões e aprofundamento das mesmas.

Aumentar sua rede de atenção básica pode ser um dos caminhos, mas solidariamente os três entes federados, União, estados e municípios precisam que suas políticas de atenção à saúde, como um todo, diminuam os vazios assistenciais e as carências tecnológicas vistas em Saquarema, que trazem como consequência um aumento da judicialização do acesso à saúde. Carências essas que ocorrem nas demais unidades da federação, colaborando para o aumento do processo aqui pesquisado.

Ao estudar o processo denominado judicialização, os pesquisadores fortalecem a estrutura do SUS. O projeto de reforma sanitária não acabou, ele continua presente e se faz necessário que aqueles que o defendem continuem vigilantes e atuantes nas diferentes formas de se fazer o SUS.

Este estudo exploratório de caso demonstrou a importância da academia na busca de soluções para os problemas da gestão do SUS. A aproximação da academia, produtora de conhecimento e ciência, com a atividade-fim, de gestão, coloca o SUS na vanguarda desse processo: transdisciplinar, transversal; condutor das transformações e ajustes que o SUS necessita realizar, para se manter produtor de cidadania através dos cuidados de saúde dispensados à população do país.

REFERÊNCIAS

AITHI, Fernando M. A. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. USP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2006.

AITHI, Fernando M. A. **Curso de direito sanitário - A proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Editora Quartier Latin, 2006.

ANFIP. Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil. Disponível em: < <http://www.anfip.org.br/publicacoes/artigos>>. Acesso em: 23/07/2013.

ASENSI, Felipe; PINHEIRO, Roseni (Org.) - **Direito Sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2012.

BAPTISTA, Tatiana W. F. **Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil: vinte anos de reforma sanitária**. Brasília, MS, Projeto Nordeste II, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 1998, 71p.

BARROSO, Luis R. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Rio de Janeiro: UERJ, 2008, 36p.

BOBBIO, Norberto. **Teoria do Ordenamento Jurídico**. Tradução: Ari Marcelo Solon. São Paulo: EDIPRO, 2011.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade; por uma teoria geral da política**. Tradução: Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BONFIM, Regina L. D. **Agenda única de saúde: a busca do acesso universal e a garantia do direito à saúde**. 2008. 164p. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. 140 p.

BRASIL. Decreto nº. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (Ceme). Diário Oficial da União, Brasília; 1971.

BRASIL. Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2013. Dispõe sobre a base de cálculo e aplicação mínima pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde. Regulamenta o art. 198 da Constituição Federal. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília, DF. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada - 1973 a 2006**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 16p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. 2007. Coleção Progestores, vol.7. CONASS, Brasília, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, seção 1 nº 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 27 fev. 2013.

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: < <http://www.fns.saude.gov.br>> Acesso em: 30 ago. 2012.

BRASIL. Portal Saúde. Ministério da Saúde. Informações sobre a saúde da população dos municípios brasileiros. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. SIOPS. Sistema de Informações de Orçamento Público em Saúde. Orçamento Fiscal e da Seguridade Social (Exercício 2011). Disponível em: <http://www.siops.datasus.gov.br/consleiorespfiscal.php?S=225&UF=33>> Acesso em: 16 mai. 2012.

CAPPELLETTI, Mauro. **Acesso à Justiça**. Tradução: Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre, FABRIS, 1988.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cássia Barradas. **Legal suits: Pharmaceutical Industry strategies to introduce new drugs in the Brazilian**

Public Healthcare System. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 44(3), p.1-8, 2010.

DALLARI, S.G. - **O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde** - Revista Saúde Pública, São Paulo, v.25 n.5, p.401-405, Out/1991.

DALLARI, S.G. **O direito à saúde.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, n.22, p.57-63, 1988.

DALLARI, S. G. **Uma nova disciplina: O Direito Sanitário.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, n.22, p.327-334, 1988.

DAIN, S. **O financiamento do SUS e o direito à saúde: das frustrações aos desafios.** In: ASENSI, F.; PINHEIRO, R. (Org.) Direito Sanitário. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2012.

DAIN, S.; MACHADO, F. R. de S. **Direito e saúde: contribuições para o estudo da judicialização.** In: ASENSI, F.; PINHEIRO, R. (Org.) Direito Sanitário. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2012.

DIAS, Hélio P. - **Direito Sanitário.** Editora do Ministério da Saúde, Brasília - DF, 2003.

EISENBERG, J. **Pragmatismo, direito reflexivo e judicialização da política.** In: VIANNA, L. W. (Org.) A democracia e os três poderes no Brasil. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

FIRJAN. Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal. Disponível em: <<http://www.firjan.org.br/ifdm>> Acesso em: 02 fev. 2013.

Gosta, Esping-Andersen. **The Three Worlds of Welfare Capitalism.** Cambridge. Polity Press & Princeton University Press, 1.990.

HOBBSAWM, Eric – **Era dos Extremos: o breve século xx: 1914-1991.** Tradução Marcos Santarrita. São Paulo. Companhia das Letras. São Paulo, 1995.

IBGE. Distribuição do número de municípios por faixa populacional. [S.I.], 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: jun.2009. In: OLIVEIRA, R. G. de; GRABOIS, V.; MENDES, W. V. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS.** Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em: 26 nov. 2012.

IBGE. Informações, dados, estatísticas, publicações. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 out. 2012.

IPEA. Instituto de Economia Aplicada. Informações sobre políticas públicas e desenvolvimento. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2012.

JUNIOR, Paulo B. R. **A judicialização do acesso a medicamentos: a perspectiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**. 2008. 111p. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2008.

KORNIS, George E. M.; BRAGA, Maria Helena; ZAIRE, Carla E.F. **Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2000)**. Rev. APS, v.11, n.1, p.85-99, jan/mar 2008.

LAKATOS, Eva M. **Técnicas de pesquisa**. 6ª edição. São Paulo. Editora Atlas, 2006.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana D. de; MACHADO, Cristiani V. - **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.6(2), p.269-291, 2001.

MACHADO, Felipe R. de S. **A judicialização da saúde no Brasil: cidadanias e assimetrias**. - 2010. 185f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direito sanitário e saúde pública / 2 v.** – (Série E. Legislação de Saúde) Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iório Aranha (Org.) Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada- 1973 a 2006**. Ministério da Saúde: Editora do MS, Brasília-DF, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resoluções do Conselho Nacional de Saúde**. MS, CNS: Editora do MS, Brasília-DF, 2007.

OLIVEIRA, Roberta G.; GRABOIS, Victor; MENDES, Walter V. - **Qualificação de gestores do SUS**, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, EAD/ ENSP, 2009.

PEPE, Vera L. E. – **Manual de indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAQUAREMA. Fundo Municipal de Saúde de Squarema. Disponível em: <<http://www.transparencia.saquarema.rj.gov.br/pronimtb/index.asp?acao=3&item=9>> . Acesso em: 30 ago. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAQUAREMA. Portal Saquarema. Prefeitura Municipal de Saquarema. Informações sobre o município de Saquarema. Disponível em: <<http://www.saquarema.rj.gov.br>>. Acesso em: 04 Fev. 2013.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento do Brasil. Informações sobre IDH e Objetivo e do Milênio. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br>>. Acesso em: 16 jul. 2012.

ROZENFELD, Suely (Org.) - **Fundamentos da Vigilância Sanitária**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

SEBRAE. Serviço Brasileiro de Apoio as Micro e Pequenas Empresas. Informações sobre economia nos municípios do estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.sebraerj.com.br>>. Acesso em: 10 de set. 2012.

SEGATTO, Cristiane. O paciente de 800 mil reais. ÉPOCA, São Paulo, n.722, p.52, 19 mar. 2012. Semanal.

TATE, C. N. **Why the Expansion of Judicial Power?** In: TATE, C. N.; VALLINDER, T. (Org.) *The Global Expansion of Judicial Power*. New York, London: New York University Press, 1995.

TEIXEIRA, Mariana F. **Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do Estado e do Município do Rio de Janeiro**. 2011. 71f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

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

VIEIRA, Fabiola; ZUCCHI, Paola. **Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil**. Rev. Saúde Pública, 2007; 41(2): 214-22.

ZANOBINI, G. **Corso di Diritto Amministrativo**. Vol. V, Milano. Dott Giuffrè, 1965.