

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE RS - CESNORS  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE  
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA: uma análise  
preliminar do fenômeno**

**ARTIGO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Cassia Engres Mocelin**

**Palmeira das Missões, RS, Brasil**

**2013**

# **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA: uma análise preliminar do fenômeno**

**Cassia Engres Mocelin**

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, do Centro de Educação Superior do Norte do RS da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

**Orientador: Prof. David Lorenzi Junior**

**Palmeira das Missões, RS, Brasil**

**2013**

# **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA: uma análise preliminar do fenômeno**

**Cassia Engres Mocelin**

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, do Centro de Educação Superior do Norte do RS da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

**Orientador: Prof. David Lorenzi Junior**

**Palmeira das Missões, RS, Brasil**

**2013**

**Universidade Federal de Santa Maria - UFSM  
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização  
Pública em Saúde EaD**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Artigo de Conclusão de Curso**

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA: uma análise preliminar do  
fenômeno**

elaborada por  
**Cassia Engres Mocelin**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista**

**Comissão Examinadora:**

---

**David Lorenzi Junior, Msc.**  
(Presidente/Orientador – UFSM)

---

**Fernanda Sarturi, Msc.** (UFSM/CESNORS)

---

**Luciane Miritz, Msc.** (UFSM/CESNORS)

Palmeira das Missões, 18 de maio de 2013.

## RESUMO

Artigo de Conclusão de Curso  
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

### **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA: uma análise preliminar do fenômeno**

AUTORA: Cassia Engres Mocelin

ORIENTADOR: David Lorenzi Junior

Data e Local da Defesa: Palmeira das Missões, 18 de maio de 2013.

Este artigo objetivou analisar e discutir o fenômeno da judicialização da saúde pública no Brasil, contribuindo com o debate teórico já instituído em várias áreas do conhecimento. O aporte metodológico foi realizado através de uma reflexão teórica junto a livros, artigos científicos e publicações legais sobre a temática. Os dados quantitativos que estão presentes nas tabelas referem-se a um município da região central do estado do Rio Grande do Sul. Dentre os resultados, a pesquisa apontou que a judicialização da saúde pública vem crescendo a cada dia no Brasil, e que repercute não somente na gestão do SUS, assim como no seu planejamento. Esse fenômeno requer um tipo de atuação do gestor diferenciada, seja na esfera administrativa ou judicial, no sentido de responder às liminares judiciais e evitar novas demandas, mas também continuar preservando os princípios e as diretrizes do SUS. Concluímos também que a efetivação do direito à saúde não depende apenas de ações restritas ou individuais, como é o caso das ações judiciais, mas sim de um conjunto de políticas governamentais articuladas, que garantam a efetividade do direito à saúde. Ademais, este estudo não tem a intenção de esgotar as discussões sobre o tema, pois é relevante considerarmos que tal problemática está em discussão em diferentes segmentos da nossa sociedade como o próprio Estado, Judiciário, sociedade civil, e ainda não existe um entendimento único acerca da questão.

**Palavras-chaves:** Direitos sociais. Judicialização da saúde. Saúde Pública. SUS.

## **ABSTRACT**

Artigo de Conclusão de Curso  
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

# **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA: uma análise preliminar do fenômeno**

AUTORA: Cassia Engres Mocelin

ORIENTADOR: David Lorenzi Junior

Data e Local da Defesa: Palmeira das Missões, 18 de maio de 2013.

This article aims to analyze and discuss the phenomenon of legalization of public health in Brazil, contributing to the theoretical debate already established in various areas of knowledge. The methodological approach was performed through a theoretical along with books, papers and legal publications on the subject. The quantitative data that are present in the tables refer to a city in the central region of Rio Grande do Sul. Among the results, the survey indicated that the legalization of public health is a phenomenon that is growing every day in Brazil, which affects not only the NHS management, as well as in its planning. This phenomenon requires a type of performance manager differentiated, either in administrative or judicial, in order to respond to court orders and avoid new demands, but also continue preserving the principles and guidelines of the SUS. We also conclude that the realization of the right to health depends not only on restricted stock or individual, as in the case of lawsuits, but a set of articulated government policies, which ensure the effectiveness of the right to health. Furthermore, this study does not intend to exhaust the discussion on the topic, it is important to consider such issues are being discussed in different segments of our society as the state itself, judiciary, civil society, and there is still no single understanding about the issue.

**Key-Words:** Social rights. Legalization of health. Public Health. SUS.

# 1 INTRODUÇÃO

Até a promulgação da Constituição Federal de 1988, a sociedade tinha três tipos de brasileiros: uma parte da população rica, que podia pagar consultas, exames e internações; os trabalhadores com carteira assinada e que tinham direito à previdência social daquela época; e a grande maioria da população que não tinha direito a absolutamente nada, ou seja, eles eram objeto da filantropia e da caridade. Apenas em 1988, com a nova Constituição Brasileira e com a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), todos os brasileiros passaram a ter direito à saúde como um direito de cidadania.

A política pública de saúde do Brasil é permeada por contradições, o SUS é uma política pública, universal, com princípios e diretrizes que são os mesmos em todo o território nacional, mas que não se efetivam de maneira uniforme. Essa conjuntura tem levando os usuários a buscarem alternativas para garantir seu direito à saúde, sendo uma delas a judicialização.

A ampliação da atuação do sistema de justiça no acesso à assistência à saúde tem repercussões sobre a gestão, influenciando na tomada de decisão dos profissionais envolvidos, e que, ao menos em parte, decorre das deficiências da própria administração pública.

Pode-se observar que, a demanda judicial individualizada, contra entes públicos, relacionada a procedimentos e/ou medicamentos, teve um crescimento exponencial nos últimos anos, expressando reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições, para a garantia e promoção dos direitos de cidadania amplamente afirmados em diversas leis nacionais como também internacionais.

Borges (2007) conceitua judicialização, em termos genéricos, como o fenômeno constituído pela influência do Poder Judiciário nas instituições políticas e sociais, enquanto que Soares e Deprá (2012, p. 7) conceituaram judicialização dizendo que “o termo refere-se ao crescente fenômeno da busca, por meio da Justiça, de medicamentos ou demais tecnologias que os usuários não conseguem obter diretamente no Sistema Único de Saúde”.

Conforme Ventura et al (2010), de fato, a judicialização da saúde traz alterações significativas nas relações sociais e institucionais, com desafios para a gestão e para os diversos campos do saber-fazer, representando efetivamente o exercício da cidadania plena e a adequação da expressão jurídica às novas e crescentes exigências sócias.

Diante desse contexto, o SUS enfrenta desafios cotidianamente, principalmente para proporcionar o atendimento universal, frente à crescente demanda pelos serviços públicos de saúde.

A partir dessas considerações, o presente estudo tem como objetivo contribuir com a efetivação do direito universal à saúde e melhorar a gestão das organizações de saúde pública.

## **2 METODOLOGIA**

Este estudo trata-se de uma reflexão teórica acerca do tema, sendo construído através do levantamento de dados encontrados na literatura já existente (MARCONI, 2008). A revisão bibliográfica que foi realizada concentrou atenção nos conceitos, nas definições, nas noções, além de outros elementos necessários para a melhor compreensão dos objetos do estudo (saúde pública, judicialização da saúde, direitos sociais, SUS). Para as legislações, portarias, decretos e leis, foram acessados os endereços eletrônicos do Ministério da Saúde, assim como outros endereços eletrônicos oficiais. Os dados quantitativos apresentados nas tabelas foram coletados no ano de 2012 e referem-se a um município da região central do Estado do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 20.000 habitantes e ilustram a realidade discutida nesse artigo.

## 3 REVISÃO TEÓRICA

### 3.1 O Direito à saúde como direito social e constitucional

A ordem das Santas Casas de Misericórdia foi instituída em Portugal em 1498. No Brasil, a primeira Santa Casa de Misericórdia foi fundada em 1539, na cidade de Olinda, no litoral, apenas 39 anos depois do descobrimento do país, época das grandes expedições de caravelas com seus navegadores em busca de fama e fortuna (SOUZA, 2001). Esta instituição foi a precursora do atendimento à saúde da população. No Brasil, elas estão intimamente relacionadas com a história e as marcas da saúde brasileira. No início, sua finalidade, era ajudar os “pobres”, socorrer e tratar os enfermos, amparando gratuitamente os não assistidos pelo capital através do Estado.

Foram, por um longo período, as únicas responsáveis pelo atendimento médico-hospitalar aos “indigentes”. Segundo Cruz *apud* Souza (2001, p. 10),

[...] por absoluta omissão do Estado<sup>1</sup>, as Santas Casas de misericórdia representaram por muito tempo a única opção de atendimento [...] tornando-se o único refúgio para aqueles a quem foram negadas as condições mínimas e dignas de sobrevivência humana, e que não eram assistidas pelo Estado nem mesmo no momento da doença.

Sua origem, crescimento e desenvolvimento estão intimamente ligados aos sentimentos cristãos de filantropia e humanidade, assumindo muitas das obrigações sociais do Estado (SOUZA, 2001).

Por vários séculos, então, as Santas Casas de Misericórdia atenderam os indigentes, enfermos, enfim, as pessoas que o Estado não atendia. Nessa época, não existia uma intervenção específica do Estado na saúde da população como um todo, o mesmo só passou a se preocupar na segunda metade do século XVIII

---

<sup>1</sup> Quando nos referimos ao Estado, grafado com inicial maiúscula, estamos tratando da organização que exerce o poder supremo sobre o conjunto de indivíduos que ocupam um determinado território (COELHO, 2009).

quando acontece a Revolução Industrial que encerrou a transição entre feudalismo e capitalismo.

De acordo com a teoria de Karl Marx, a Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra, integra o conjunto das chamadas “Revoluções Burguesas” do século XVIII, na passagem do capitalismo comercial para o industrial, é nesse momento que se percebe que as condições de saúde da população interferem na produtividade do sistema capitalista (WIKIPÉDIA, 2012).

Segundo Foucault (1979, p. 81), "o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho".

Dessa forma, o Estado passa a intervir na vida da população, com o intuito de "controlar" e como um meio de aumentar sua potência. Os soberanos começaram a exercer um poder sobre a vida das pessoas, mas era um poder de interesse estratégico, porque a vida humana passa a ter um valor estratégico enquanto mão-de-obra, como um "recurso humano" para o sistema capitalista (RUIZ, 2007 – informação verbal).

Foi também nessa época, que aconteceu a abolição da escravidão no Brasil, 1888. Apesar da existência do dispositivo legal, não foi propiciado as condições necessárias de sobrevivência à população negra brasileira da época, fazendo com que muitos negros continuassem a trabalhar nas fazendas de café, auferindo baixos salários, em situações precárias de sobrevivência.

A economia brasileira, no início do século XX, era predominantemente agroexportadora, centrada na monocultura do café, o que se exigia do sistema de saúde uma política destinada ao controle de doenças que poderiam prejudicar as exportações e a produtividade. Por esta razão, até o início dos anos 30, predominou o modelo sanitário campanhista (POLIGNANO, 2006).

A acumulação capitalista tornou possível o processo de urbanização com a vinda de imigrantes e a crescente industrialização do país. Parte dos imigrantes optou por trabalhar nas fazendas de café, e outros decidiram permanecer nas cidades, desenvolvendo o setor de serviços.

Na década de 30, os processos de industrialização e urbanização, fizeram com que surgissem nas periferias das cidades bolsões de pobreza. Também nesse período houve uma grande corrente migratória do nordeste para o sudeste do país, onde as pessoas buscavam melhores condições de vida e trabalho, mas quando

chegavam às grandes cidades que estavam se formando, não alcançavam seus objetivos, tendo que ir morar nas periferias, ou em cortiços, ou seja, com falta de infraestrutura adequada. É nesse período que surge a questão social<sup>2</sup> sendo tratada, na época, como caso de polícia. Segundo Bravo (2006) a saúde também emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado.

Em função das péssimas condições de trabalho e da falta de garantias de direitos trabalhistas surge o movimento operário, com influência dos imigrantes vindos da Europa. Os imigrantes europeus já tinham conquistado direitos através do movimento operário europeu, então procuraram mobilizar a classe operária no Brasil na luta pela conquista dos seus direitos trabalhistas, como jornada de trabalho de 8 horas, férias remuneradas, regulamentação do trabalho de mulheres e menores, criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões (POLIGNANO, 2006).

Em 1923 as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) foram instituídas, posteriormente substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), em 1933, sendo que é a partir desse momento que o Estado começa a participar no processo de assistência médica e recuperação da saúde no Brasil, com a criação do Sistema Previdenciário.

É a partir principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros.

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da

---

<sup>2</sup> Na atualidade, a “questão social” diz respeito ao conjunto multifacetado das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. A “questão social” expressa desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização (IAMAMOTO, 2007, p. 177). Belfiore-Wanderley; Bógus; Yazbek (2008), colocam que a questão social hoje está assentada a partir da produção e distribuição de riquezas, essencialmente, traduzindo-se pela erosão dos sistemas de proteção social, pela vulnerabilidade das relações sociais e pelo questionamento da intervenção estatal.

formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos (BRAVO, 2006, p. 5-6).

Em 1967, nasce o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, unificando os institutos de pensões, aposentadorias, benefícios e assistência.

Em 1975 foi instituído no papel o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que se caracterizava por atuar junto aos problemas reconhecidos como coletivos, com o objetivo de cuidar, desde epidemias até o controle sanitário, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A década de 80, no Brasil, foi um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar (POLIGNANO, 2006).

Em 1983 foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações preventivas-curativas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar<sup>3</sup> e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

Este período coincidiu com o movimento de transição democrática, com eleição direta para governadores e vitória da oposição em quase todos os estados nas primeiras eleições democráticas deste período que aconteceram em 1982.

O movimento das "DIRETAS JÁ" (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais. Na área de saúde, culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS) e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986,

---

<sup>3</sup> "A década de 80, é uma década de grande salto tecnológico, a automação, a robótica e a microeletrônica invadiram o universo fabril, inserindo-se e desenvolvendo-se nas relações de trabalho e de produção do capital" (ANTUNES, 2000, p. 23). Nesse período também começa o aprofundamento do neoliberalismo, com a privatização e a terceirização de serviços que são de responsabilidade do Estado.

a qual lançou as bases da reforma sanitária<sup>4</sup> e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS).

Estes fatos ocorreram concomitantemente com a eleição da Assembléia Nacional Constituinte em 1986 e a promulgação da nova Constituição Federal em 1988.

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção de saúde estava voltada para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania<sup>5</sup>. Esta visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento das diretas já, a sociedade procurou garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania que foram motivos de lutas e reivindicações por longos anos (POLIGNANO, 2006).

Os direitos sociais regulamentados em 1988 foram a resultante da pressão dos movimentos sociais e de lutas dos trabalhadores contra o Estado e não simplesmente uma concessão da hegemonia do poder à classe proletária.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a aprovação dos princípios da seguridade social tendo como tripé: saúde, assistência social e previdência, as políticas de saúde iniciam um processo de descentralização para os municípios com a criação do SUS.

Com o princípio de descentralização os municípios começaram a se responsabilizar pela atenção básica/primária da política de saúde, que pressupõe a existência de um conselho municipal de saúde, o fundo municipal de saúde e o plano municipal de saúde, esses três elementos constituem as decisões da política social de saúde no município.

---

<sup>4</sup> O termo reforma sanitária foi utilizada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população.

<sup>5</sup> A cidadania tem como pressupostos a satisfação, a materialização de direitos, ou seja, é preciso ter moradia, educação, saúde, lazer. Os cidadãos são profundamente estigmatizados pela falta de dimensão política da cidadania. Pelas próprias condições sociais, políticas e culturais em que vive, praticamente metade da população brasileira é transformada em massa amorfa, sem alcançar direitos básicos de sobrevivência (BONAMIGO, 2000, p. 85).

Segundo a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS - NOB/RH SUS (2005), a Constituição Federal de 1988 consagrou a cidadania e a dignidade da pessoa humana como direitos fundamentais. Esses ideais foram inscritos no texto constitucional, elevando à condição de relevância pública as ações e os serviços de saúde, na medida em que ordena ser a saúde um direito fundamental do homem.

Nesse sentido, a positivação dos direitos humanos no Brasil, mereceu especial cuidado de parte da Assembleia Nacional Constituinte constituída em 1986, sobretudo porque o país encerrava um período de 21 anos de ditadura militar em que os direitos civis, políticos e sociais foram agredidos sistematicamente. O artigo 196 da Constituição Federal/1988 define que

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2012).

A saúde passou a ser definida de uma forma mais abrangente, tendo como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 2012).

O SUS é definido pelo artigo 198 da Constituição Federal de 1988, onde prevê que as ações e serviços públicos de saúde constituem um sistema único que tem como diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 2012).

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento, também estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social. Foram definidos como princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, participação popular, descentralização política administrativa (BRASIL, 2012).

A Lei 8.142 cria os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, fala da participação da comunidade e acompanhamento das políticas e ações de saúde.

Foram documentos norteadores para a execução, operacionalização e funcionamento do SUS as Normas Operacionais Básicas (NOB), tendo sido editadas a NOB-SUS 01/91 (BRASIL, 2012), NOB-SUS 01/93 (BRASIL, 2012), NOB-SUS 01/96 (BRASIL, 2012). As NOB's definiram e direcionam as estratégias que orientaram a operacionalidade do SUS até a aprovação do Pacto pela Saúde, que se encontra vigente atualmente.

Em fevereiro de 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou uma nova proposta de pactuação sobre o funcionamento do SUS, o Pacto pela Saúde. Construiu-se uma pactuação que contempla três dimensões: a) Pacto pela Vida, b) Pacto em Defesa do SUS e o c) Pacto de Gestão do SUS.

Conforme o Ministério da Saúde (2012) o Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação.

A transferência dos recursos também foi modificada, passando a ser divididas em seis blocos de financiamento: - Atenção Básica, - Média e Alta Complexidade da Assistência, - Vigilância em Saúde, - Assistência Farmacêutica, - Gestão do SUS e - Investimentos em Saúde.

A Lei 8080, de dezembro de 1990, chamada Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), foi regulamentada através do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, vinte e um anos depois de sancionada.

A regulamentação traz, como novas exigências, a definição de regiões de saúde, as redes de atenção à saúde, o planejamento ascendente e integrado, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e o contrato organizativo da ação pública da saúde. Este contrato organizativo é um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos para a organização da rede. O objeto é, além de organizar, integrar as ações e os serviços de Saúde para garantir a integralidade da assistência aos usuários. O contrato resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na rede, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Ele também definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com

relação às: ações e serviços, os indicadores e as metas, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada.

### **3.2 A opção neoliberal e seu impacto na saúde pública**

Vários autores dissertam sobre os avanços que a Constituição Federal de 1988 trouxe a população brasileira, considerada uma das cartas mais progressistas do mundo, abarcando um leque generoso de direitos civis, políticos e sociais. No entanto, relatam também sobre os problemas estruturais que o Estado brasileiro possuía no contexto de implantação dos preceitos constitucionais, o que era adverso à expansão e atuação do Estado, impondo restrições ao exercício de suas responsabilidades, principalmente na garantia da saúde como direito de cidadania.

Segundo Polignano (2006), para analisarmos a história das políticas de saúde no país faz-se necessário a definição de algumas premissas importantes, tais como: - a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira; - a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira; - a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro; - a conquista dos direitos sociais tem sido sempre uma resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros e, nunca uma dádiva do Estado, como alguns governos querem fazer parecer.

"Os direitos do homem são direitos históricos que emergem gradualmente das lutas que o homem trava por sua própria emancipação e das transformações das condições de vida que essas lutas produzem" (BOBBIO *apud* COUTO, 2004, p. 5).

O contexto econômico regido pelo capitalismo monopolista<sup>6</sup>, pelo neoliberalismo, pela globalização e pela reestruturação produtiva gera

---

<sup>6</sup> Modo de organização econômica, política e social, cujo sentido não se orienta para o atendimento das necessidades sociais da maioria das pessoas, mas para a rentabilidade do capital (BEHRING, 2003, p. 65).

desemprego, medo e instabilidade nos atualmente empregados, uma quantidade grande de empregos precários fugazes, pobreza e várias situações de violência social (BISNETO, 2005, p. 124).

Ao longo do século XX, particularmente nas três últimas décadas, o processo de incorporação das atividades de serviços à forma capitalista de produção põe em evidência um acelerado processo de expansão e diversificação do setor de serviços (COSTA, 1998).

Na realidade atual, as atividades de serviços passam a ser parte da dinâmica de acumulação, vindo a se configurar como uma das questões que assume relevância no conjunto das recentes transformações societárias, aí incluídos o processo de reestruturação produtiva e a globalização da economia (COSTA, 1998, p. 98).

A marca da reestruturação produtiva no Brasil é a redução de postos de trabalho, o desemprego dos trabalhadores do núcleo organizado da economia e a sua transformação em trabalhadores por conta própria, trabalhadores sem carteira assinada, desempregados abertos, desempregados ocultos por trabalho precário, desalento, entre outros (MOTA; AMARAL, 1998).

Todos esses trabalhadores que perdem seus empregos, que são excluídos do mercado de trabalho, ou até a grande parte dos trabalhadores que nem chegam a se inserir nesse mercado, se constituem a população alvo das políticas públicas estatais.

Ressalta Guerra (2000, p.18) que as “políticas sociais se constituem ao longo da história, em uma das estratégias de que o Estado dispõe para alcançar o consenso e ser legitimado politicamente pelas classes fundamentais, quais sejam, trabalhadores e capitalistas”. Dessa forma, o Estado necessita de profissionais para implementar essas políticas sociais, que são formalizadas através de programas, projetos, serviços e benefícios.

Guerra (2000, p.18-19) diz ainda que

[...] as políticas sociais nos países dependentes são focalistas, setorizadas, fragmentadas, autonomizadas, abstraídas de conteúdos (político-econômicos) concretos. Sua natureza compensatória e seu caráter fragmentado e abstrato expressam o seu limite: elas não visam romper e, de fato, não rompem com a lógica capitalista.

“Com a reestruturação produtiva, associada à política neoliberal do Estado, há um retrocesso, com tendência à desregulamentação dos direitos sociais públicos e universais” (FREIRE, 1998, p. 181).

Isso tudo junto com as formas de exclusão social, as dificuldades de vínculos afetivos devido à exorbitância do individualismo, a fragmentação da realidade social, desencadeiam inúmeras formas de agravos na saúde da população (BISNETO, 2005, p. 124).

Refletir sobre as transformações do mundo do trabalho, da flexibilização da economia, da mundialização do capital é também apreender que esta conjuntura que o Estado brasileiro assume, influencia diretamente nas condições de trabalho dos profissionais da saúde pública, e na qualidade e quantidade dos serviços que são disponibilizados e acessados pela população usuária do SUS.

Nos serviços de saúde, é possível perceber as precárias condições de trabalho que os trabalhadores enfrentam cotidianamente para realizar o seu processo de trabalho, o número de procedimentos e atendimentos limitados, a falta de recursos financeiros ao setor da saúde pública, o baixo investimento nessa política social. Essas, assim como outras comprovações, expressam as consequências do processo de adoção do capitalismo/neoliberalismo pelo Estado brasileiro, que está presente a infiltração do capital e dos serviços privados dentro do setor público de saúde.

Na saúde tanto na esfera federal, estadual ou municipal, visualiza-se a falta de unidades de saúde, hospitais lotados, precariedade no atendimento – em relação a recursos financeiros e humanos, falta de cidadania e principalmente a incipiente gestão e planejamento dos processos de organização e de operacionalização do SUS.

A população usuária encontra inúmeras dificuldades no cotidiano das políticas públicas, seja por falta de informação, de não saber que é seu direito, por falta de interesse próprio na procura dos recursos de saúde ou também pelo fato de não ter acesso ao atendimento, porque, normalmente, o atendimento é feito através do sistema de fichas por ordem de chegada, fazendo com que os usuários tenham que enfrentar longas filas, acordar de madrugada, e ainda assim, alguns não conseguem esses atendimentos porque os números são reduzidos, sendo assim não se efetiva o atendimento universal, equânime, integral.

A opção neoliberal, que se torna hegemônica no campo econômico, procura rever o papel do Estado e o seu peso na economia nacional, propondo a sua redução para o chamado estado mínimo<sup>7</sup>, inclusive na área social, ampliando os espaços nos quais a regulação se fará pelo mercado capitalista, e deixando outras esferas da vida ao encargo da população.

Desse modo, para as pessoas que dispõem de uma condição de vida mais favorecida economicamente e/ou politicamente, não necessitando de ajuda e/ou auxílio do Estado, os direitos sociais tem uma facilidade maior de estarem garantidos, ou “comprados”, como podemos ver a privatização da saúde, educação, lazer, no sistema capitalista contemporâneo. Mas, quando se trata de uma população vulnerável socialmente, esse acesso torna-se mais difícil. Segundo Menicucci (2006, p. 60),

[...] de fato, não existe, um sistema único, mas um sistema de saúde dual. [...] o primeiro deles é o público-estatal, no qual o acesso é universal, gratuito e igualitário, a partir da concepção de direito à saúde consagrado institucionalmente. O outro é o segmento privado, no qual o acesso se dá a partir do poder de compra ou da inserção privilegiada no mercado de trabalho, caso em que o acesso à assistência é intermediado e financiado, total ou parcialmente, pelo empregador. Ao contrário da assistência de caráter privado caracteriza-se pela diferenciação a partir das características do produto, que se adquire em um mercado altamente competitivo e diversificado, embora concentrado geograficamente nas regiões Sul e Sudeste, tanto pelo lado da oferta quanto da demanda.

Considerando que,

[...] há indivíduos sujeitos a fatores de risco de adoecer com maior ou menor frequência e com maior ou menor gravidade, além do que há diferenças de possibilidades entre estes de produzir condições para sua saúde e ter acesso aos cuidados no estado de doença (SANTA CATARINA, 2006, p.3).

Percebe-se que o SUS vem, crescentemente, se consolidando como um sistema dual e híbrido, aonde o SUS atende às parcelas da população de menor renda, enquanto que os mais endinheirados lançam mão dos planos privados (SANTOS, 2009).

---

<sup>7</sup> Por Estado mínimo entende-se como a “organização política que interviria apenas naquilo que fosse estritamente necessário para garantir a liberdade e igualdade dos cidadãos, ficando todas as demais dimensões da vida social a cabo da regulação do mercado” (COELHO, 2009, p. 77).

Embora, todos os fatores estruturais, econômicos, políticos que dificultam a efetividade e consolidação do SUS nos dias atuais, não podemos nunca nos esquecer, que o SUS é fruto do movimento social da reforma sanitária, que é modelo de serviço público de saúde no mundo, que está garantido na nossa Constituição Federal, e que para a maioria<sup>8</sup> da população brasileira é a única possibilidade de atendimento à saúde.

Ademais, existe uma lista de serviços, procedimentos, cirurgias que são realizadas exclusivamente pelo SUS, contemplando assim 100% da população brasileira, como é o caso dos transplantes, a análise da água, a vigilância sanitária, a vacinação, dentre outros, então nenhum brasileiro pode dizer que não é usuário do SUS.

Outro fator relevante para a reprodução social do SUS é o seu financiamento. Apesar da Emenda Constitucional nº 29, poucos são os estados que cumprem com o seu percentual mínimo que necessita ser destinado à saúde. Outros, como no caso do Rio Grande do Sul, atribuem como gastos em saúde, outros serviços que tais como: Corsan, IPE, saneamento básico.

Essa conjuntura que fere o SUS diariamente, e reflete na população usuária, está apontando para a judicialização do SUS, requisitando através do Poder Judiciário o seu direito à saúde já garantido como direito social e constitucionalmente.

### **3.3 A judicialização da saúde pública e seus reflexos positivos e negativos**

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado em assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, os quais devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo-se num sistema único (SUS) organizado de acordo com a diretriz do atendimento integral.

---

<sup>8</sup> Conforme dados do Ministério da Saúde (2008, p.2) 90% da população brasileira usa serviços oferecidos pelo SUS, 61,5% da população brasileira usa exclusivamente o SUS, e 28,6% da população usa o SUS e o setor privado/conveniado.

“O direito à saúde é reconhecido formalmente como um direito humano, fundamental à preservação da vida e dignidade humana” (VENTURA et al, 2010, p. 84).

Nesse sentido, há que se destacar que o direito à saúde não abrange apenas a assistência médico-hospitalar, limitado aos pressupostos de oferta de procedimentos e medicamentos, mas toda assistência necessária para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Entretanto, após a efetivação/promulgação do SUS, o Estado Brasileiro não ofereceu as condições financeiras, estruturais e pessoais, necessárias à consolidação do SUS, porque no início da década de 90 o país passa por um governo que adota a opção neoliberal como modelo de governo, realizando várias privatizações, e com isso essa opção mercadológica de saúde, afeta a consolidação do projeto da reforma sanitária.

Contudo, apesar dos princípios do SUS como universalidade e integralidade estarem constitucionalmente amparados, historicamente, a assistência à saúde no Brasil seguiu uma lógica hegemônica de atendimento, com acesso limitado, delineada por procedimentos de baixa complexidade, com mínima realização de procedimentos especializados e com ações preventivas voltadas a grupos restritos (políticas públicas focalizadas).

Santos (2009) sustenta que o SUS sempre enfrentou dificuldades para o seu financiamento, e na sua fundação de uma forma mais intensa. Os interesses privados sempre estiveram presentes, vinculados ao chamado “complexo industrial da saúde”<sup>9</sup>, comprometendo o avanço do projeto de consolidação do SUS e o acesso da população ao sistema público de saúde.

Para que qualquer pessoa humana tenha condições de uma vida digna, é consensual ter saúde, adotada aqui a concepção trazida pela Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério de Saúde (BRASIL, 2006, p. 2)

[...] ter saúde pressupõe condições dignas de sobrevivência, acesso a educação, moradia, lazer, alimentação, entre outros, além de viver relações humanas equilibradas, sem hierarquias e subordinações. Ter saúde implica em viver com direitos e deveres garantidos para todos e com a possibilidade de gerar novos direitos e novos deveres, a partir da participação coletiva.

---

<sup>9</sup> Bravo (1998), e também em outros trabalhos, discute sobre esse tema.

Sabemos que para ter um bem-estar físico, mental e psicossocial, há vários fatores determinantes na condição de vida das populações, que estão relacionadas a questões geográficas, políticas, econômicas, ambientais e sociais.

A consciência de que a saúde é essencial até mesmo para o exercício de outros direitos trouxe a necessidade de sua regulação. Praticamente todos os países do mundo adotaram, em suas Constituições Federais ou outros dispositivos, a saúde como direito dos cidadãos, em geral detalhando as ações, serviços e responsabilidades.

No Brasil, apesar do arcabouço legal já estar constituído, um dos maiores desafios que o SUS enfrenta é sua efetivação, ou seja, manter a coerência entre o direito legal à saúde e a realidade, ou seja, o que de fato é cumprido.

Nesse sentido, a população alterna entre momentos que está se reivindicando por mudanças e atualizações nas legislações, em outros, protestando e exigindo que as legislações já conquistadas sejam colocadas em prática, e saiam do papel.

A sociedade civil organizada, através de conselhos, de organizações não-governamentais, fóruns de discussão, sempre teve um papel de destaque na formulação/aprovação/implementação de novos dispositivos legais na área das políticas públicas, dentre elas a saúde.

A busca pela efetivação do direito social à saúde via processo judicial, individual e/ou coletivo, contra os Poderes Públicos, teve início na década de 90, com as reivindicações das pessoas que estavam vivendo com HIV/AIDS para terem acesso aos medicamentos e procedimentos médicos. As reivindicações fundamentaram-se no direito constitucional à saúde, que inclui o dever estatal de prestar assistência à saúde individual, de forma integral, universal e gratuita, no SUS, sob a responsabilidade conjunta da União Federal, estados e municípios (BRASIL, 2005).

Essa estratégia utilizada rendeu bons frutos, resultou em uma jurisprudência favorável à responsabilização do Estado para com as pessoas com HIV/AIDS, e também derivou em avanços nas políticas públicas de saúde a esse grupo social, ao acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais, originando o coquetel distribuído atualmente pelo SUS.

De fato, parece que este segmento conseguiu estabelecer uma relação positiva entre acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. E motivou outros

segmentos a utilizar a reivindicação judicial como mecanismo de garantia de direitos e ampliação de políticas públicas (VENTURA, et al, 2010).

A não efetividade do direito à saúde, se deve, em grande parte, a falta de alocação de recursos financeiros, pouco comprometimento com o sistema público de saúde, a precarização dos serviços públicos essenciais, desmonte dos direitos sociais já assegurados na Constituição Federal/88, a retração dos movimentos sociais, a pouca atuação dos conselhos municipais de saúde, diante disso a população se vê tendo que (re)construir estratégias que garantam o direito à saúde já consagrado na Constituição Federal de 1988.

Como estamos vendo, as primeiras ações judiciais envolvendo o SUS, datam da década de 90, mas nos últimos anos, elas estão tomando uma proporção cada vez maior.

É sabido e consensual, entre os usuários do SUS, trabalhadores em saúde, gestores, Judiciário, que a principal estratégia que está sendo utilizada pela população para fazer valer o seu direito constitucional quando não obtém via meios administrativos, é recorrer ao poder Judiciário, chamado por judicialização da saúde pública.

Borges (2007) conceitua judicialização, em termos genéricos, como o fenômeno constituído pela influência do Poder Judiciário nas instituições políticas e sociais.

Soares e Deprá (2012, p. 7) conceituaram judicialização dizendo que “o termo refere-se ao crescente fenômeno da busca, por meio da Justiça, de medicamentos ou demais tecnologias que os usuários não conseguem obter diretamente no SUS”.

O fenômeno da judicialização<sup>10</sup> não se restringe somente a saúde, podendo ser encontrado também na área da educação, principalmente para garantir o acesso a vagas em creches municipais, cujos números de vagas geralmente encontram-se aquém das necessidades dos municípios. No Brasil, a judicialização atinge tanto a saúde pública como a saúde privada, mas é na saúde pública que o fenômeno se manifesta com maior intensidade.

---

<sup>10</sup> Depois da aprovação da Constituição Federal/88, tornou-se cada vez mais frequente a interferência do poder judiciário em questões que, primariamente, são da competência dos poderes executivos ou legislativos. A este novo papel exercido pelo Judiciário na garantia de direitos sociais individuais tem sido atribuída a noção de judicialização (CHIEFFI; BARATA, 2009, p. 1).

No contexto democrático contemporâneo, o fenômeno da *judicialização da saúde pública* expressa reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições, para a garantia e promoção dos direitos de cidadania amplamente afirmados nas leis internacionais e nacionais. O fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos (VENTURA et al, 2010, p.78).

A demanda judicial, em sua maioria individualizada, relacionada a procedimentos e insumos de saúde contra entes públicos (união, estados ou municípios) teve um crescimento exponencial nos últimos anos.

As ações são movidas para reivindicar medicamentos que estão em falta na rede pública e/ou para solicitar exames ou cirurgias que ainda não foram incorporados pelas listas do Sistema Único de Saúde. A maioria das demandas judiciais refere-se a medicamentos. Tais pedidos respaldam-se em prescrições médicas e numa suposta urgência da necessidade, porém, nem sempre o medicamento requerido judicialmente está de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS, ou já está incluído nas listas de medicamentos financiados pelo sistema público de saúde.

Vários são os motivos que levam a população a recorrer ao poder judiciário, não esquecendo de todo o contexto em que se insere a saúde pública. Citemos alguns aspectos a serem considerados: - a velocidade das pesquisas e descobertas na área da saúde, - a dinâmica dos avanços médico-científicos, - o tempo que um medicamento novo leva para ser introduzido na lista do SUS, - a disputa mercadológica travada pelas indústrias farmacêuticas multinacionais, - a mobilização da sociedade, - as conquistas legais específicas, - os aspectos administrativos e orçamentários da gestão governamental, - a falta de comprometimento de alguns profissionais e/ou gestores; - a deficiência da prestação estatal na rede pública de serviços de saúde.

Nesta última situação, podemos dizer que a judicialização da saúde pública expressa os problemas que os usuários enfrentam no acesso à saúde (isto é, uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde *versus* a oferta), e que a utilização da judicialização, pode ser considerada como um recurso legítimo dos usuários para a concretização do direito à saúde, onde ocorra a redução do distanciamento entre o direito vigente e o direito à saúde vivido.

Esse quadro explica de forma objetiva a razão do grande número de pedidos judiciais concedidos diariamente em todo o país, seja para determinar a internação em hospitais, seja para fornecer o medicamento requerido, seja para impor ao hospital público que realize a colocação de prótese ou órtese especial, seja por fim para determinar a realização de um tratamento ou exame de grande importe financeiro.

Em síntese, os pedidos levados ao judiciário primam pela urgência e devem ser decididos pelo magistrado sem oportunidade de confrontar as alegações médicas do requerente com as de outro profissional de área médica.

Em todas as hipóteses o magistrado decide convicto de que está efetivando o princípio constitucional da dignidade humana, bem como tornando concreta a determinação contida no artigo 6º e 196 da mesma Constituição Federal (BRASIL, 1996). Nesse sentido, todos os usuários obtêm resultados positivos nas ações judiciais requeridas.

Muitas vezes, o município, estado ou a união, demora em fornecer respostas administrativas às demandas dos usuários, ou não possuem disponível tal demanda, fazendo com que o usuário recorra ao Poder Judiciário, onde, através de mandados judiciais o ente público deverá fornecer, em um prazo geralmente de 5 dias, a demanda do usuário.

A presidente do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, desembargadora Federal Marga Barth Tessler, em palestra proferida no V Congresso Nacional e XI Simpósio de Auditoria e Gestão em Saúde em 2012, fala que “se os entes públicos não cumprem seus papéis e garantem o direito fundamental da saúde ao cidadão, os apelos acabam chegando ao Judiciário”.

Tal constatação acaba por onerar ainda mais o trabalho da justiça, sendo que os gestores sabem que no momento em que um usuário do SUS tem seu direito à saúde garantido via liminar judicial, o gestor é obrigado a fazer a compra do medicamento/prótese/órtese/cirurgia/exames, etc.

Por outro lado Tessler (2012), também analisa que a vida atualmente está ‘medicalizada’. Soares e Deprá (2012, p.2), em seu estudo analisam as ligações entre as indústrias farmacêuticas, a população e as demandas judiciais, e dizem que

com o avanço do processo de mercantilização no setor de medicamentos, as tecnologias utilizadas tornaram-se fins, e passaram a atender mais a interesses econômicos do que às necessidades de saúde das populações.

No Brasil – 9º maior consumidor mundial de medicamentos *per capita* – entre 15% e 20% da população não têm acesso a qualquer tipo de medicamento, e 50% dos pacientes que dele precisam, não dispõem de meios para comprá-lo. Nas farmácias privadas, 15% da população mais rica consomem 48% dos medicamentos e 51% da população, os mais pobres, consomem apenas 16%. Em nível mundial, o padrão de consumo é ainda mais perverso: segundo dados da OMS, em 1999, os países de maior renda – apenas 15% da população mundial – consumiam cerca de 90% dos medicamentos produzidos no planeta. Só os EUA passaram de 18,4% do consumo total mundial, em 1976, para mais de 52%, em 2000.

Muitos processos tratam de fornecimento de medicamentos para pacientes que têm estilos de vida não-saudáveis, onde a necessidade de medicamentos poderia ser diminuída com políticas públicas preventivas mais eficientes, de promoção à saúde.

Se, por um lado, impetrar ações judiciais pode ser um indicador do aumento da consciência de que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Por outro, porém, constata-se atualmente um crescimento contínuo do uso de medicamento pela população, o que poderia indicar a medicalização da vida moderna.

A medicalização da vida está proporcionalmente relacionada com o aumento da judicialização da saúde. Muitas pessoas não conseguem, através de sua renda familiar, adquirir medicamentos de última geração, muitos deles importados, prescritos por médicos especialistas, recorrendo ao judiciário.

Em entrevista à revista *Época* de 13 de março de 2012, escrita por Segatto (2012), o secretário de Saúde do Estado de São Paulo, Giovanni Guido Cerri, fala que a judicialização “virou uma grande indústria, alguns médicos recebem estímulos do fabricante (viagens, benefícios) para prescrever medicamentos de alto custo. As empresas financiam as ONG's de pacientes e a isso tudo se associam os advogados”.

As lacunas deixadas pelas políticas públicas muitas vezes inexistentes ou insuficientes fazem com que a população, de forma justificada e legítima, busque os meios jurídicos para conseguir seu tratamento. É fundamental que o Estado cumpra seu papel em relação às reais necessidades de assistência à saúde no país. Porém, é igualmente importante avaliar até que ponto outros interesses podem estar também interferindo no processo de judicialização, causando mais danos do que benefícios à saúde da população brasileira (SOARES; DEPRÁ, 2012 p. 13).

Como destacaram Marques e Dallari (2007, p. 105), o judiciário não deve ficar à mercê de ações que podem “[...] acobertar os interesses de determinados laboratórios farmacêuticos, responsáveis pela comercialização de inovações terapêuticas inacessíveis financeiramente aos autores”.

Ainda na mesma reportagem, Segatto (2012), analisa o papel do Estado quando é obrigado a fornecer algum tipo de medicamento de alto custo dentro de 24 ou 72 horas, sujeitando-se ao preço que o fabricante se dispõe a vender, os gestores da saúde pública necessitam retirar de outro lugar para cumprir com essa determinação. Com isso, milhares (ou milhões) de outros cidadãos perdem. Por exemplo, a verba destinada à compra de um frasco de Soliris (cada frasco de 30 mililitros custa mais de R\$ 11 mil), seria suficiente para garantir milhares de doses de anti-hipertensivos e de outros medicamentos baratos que atingem a maior parte da população. É preciso reconhecer que priorizar o direito individual em detrimento do direito coletivo tem consequências sobre a saúde pública.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vejamos a tabela abaixo, através dos dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde do município, no período de maio a julho de 2012, onde exemplifica as situações de alocação de recursos orçamentários em relação à demandas judiciais e individuais e demandas coletivas da farmácia básica municipal.

Quadro 1: Tipo de compras *versus* meses do 2º trimestre/2012.

| PERÍODO/TIPO DE COMPRA | MAIO/2012        | JUNHO/2012       | JULHO/2012       |
|------------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>Judicial</b>        | <b>40.220,27</b> | <b>25.511,73</b> | <b>10.179,57</b> |
| <b>Farmácia básica</b> | 10.874,69        | 37.831,12        | 52.924,28        |
| <b>Compras extras</b>  | 697,80           | 3.727,20         | 939,30           |
| <b>Total</b>           | 51.792,76        | 67.070,05        | 64.043,15        |

Fonte: Dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

No quadro acima temos um comparativo entre as compras realizadas para a Farmácia Básica Municipal (por meio de licitações), as compras extras (emergenciais), e as compras para atender a demanda judicial (realizadas tanto por licitações, como também por registro de preço). Se somarmos o valor das compras judiciais nos três meses, teremos R\$75.911,57, e nas compras referente à farmácia básica municipal teremos R\$101.630,09.

Na tabela abaixo está a evolução do número de ações judiciais relacionada à saúde no município, somente de medicamentos.

Quadro 2: Ano *versus* número de processos judiciais.

| <b>ANO</b> | <b>Nº PROCESSOS JUDICIAIS</b> |
|------------|-------------------------------|
| 2009       | 40                            |
| 2010       | 80                            |
| 2011       | 220                           |
| 2012       | 300                           |

Fonte: Dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

Levando em conta que o total dos gastos com medicamentos judiciais está sendo destinado a 300 usuários, teremos um *per capita* de R\$253,03 para cada usuário de processo judicial (custo para o município), enquanto que para cada habitante do município, que pode se beneficiar através da farmácia básica municipal a *per capita* é de R\$5,19, considerando que segundo Censo/IBGE (2010) a população do município em questão é de 19.579 habitantes. O gasto de cada usuário judicial do município é 48 vezes maior que o gasto com o usuário da farmácia básica municipal.

Outro reflexo da judicialização da saúde pública é o aumento de gastos pelos governos para cumprir as decisões judiciais.

Segundo informe da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), até o mês de junho de 2009 foram impetradas no Supremo Tribunal Federal (STF) 2.762 ações. Outro dado relevante referente ao tema é o valor absoluto do orçamento do Ministério da Saúde destinado a atender às sentenças judiciais. Em 2005, essa quantia foi de

aproximadamente R\$ 2 milhões. Em 2008, saltou para cerca de R\$ 68 milhões. Em maio de 2009, os recursos ultrapassaram os R\$ 58 milhões, sendo que a previsão para o ano todo é que atinjam R\$ 162 milhões. Se, além disso, forem contabilizados os gastos das secretarias municipais e estaduais, esse número será ainda maior.

Em matéria divulgada em O Estado de São Paulo, assinada por Bassette (2012), o Brasil possui ao menos 241 mil ações judiciais versando sobre questões de saúde. Só o governo federal gastou R\$134 milhões em 2010 no pagamento de medicamentos judiciais. Tal valor é mais de 5.000% maior do que o valor gasto em 2005, R\$2,24 milhões.

Segundo consta na reportagem supracitada, 113.953 ações judiciais, quase metade delas, estão concentradas no Estado do Rio Grande do Sul. O Rio Grande do Sul sozinho tem mais processos tramitando do que os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Ceará juntos - os quatro têm 86.183 ações.

Ainda na mesma reportagem,

Aquilas Mendes, professor da Faculdade de Saúde Pública da USP, alerta que o governo gaúcho está entre os que menos aplicam recursos na saúde, conforme determina a Emenda Constitucional 29. "Os Estados teriam de investir 12% do valor arrecadado com impostos em saúde. O Rio Grande do Sul aplica 4,7%. Isso pode explicar um pouco por que esse Estado tem tanta demanda judicial nessa área", diz. O promotor Francesco Conti, do Ministério Público daquele Estado, concorda e diz que existem ao menos três processos contra o governo para que eles apliquem a diferença do recurso. Outro fator para justificar tanta demanda em saúde, diz Conti, é a cultura do povo gaúcho em recorrer ao Judiciário. "O Rio Grande do Sul concentra quase metade dos recursos do Superior Tribunal Federal. O povo gaúcho procura muito o Judiciário", afirma (O Estado de São Paulo, 2012).

De maneira geral, os estudos sobre a judicialização da saúde enfatizam mais os efeitos negativos deste tipo de demanda na governabilidade e gestão das políticas e ações de saúde. Uma das principais justificativas é que este tipo de intervenção no SUS aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando determinado segmento e indivíduos, com maior poder de reivindicação, em detrimento de outros, na medida em que necessidades individuais ou de grupos determinados seriam atendidas em prejuízo a necessidades de outros grupos e indivíduos.

Também podemos considerar como efeito negativo da judicialização que a alta e persistente demanda judicial, está sempre relacionada às respostas

automáticas e padronizadas tanto do Poder Judiciário (deferimento em todos os pedidos), como do Poder Executivo (cumprimento de liminar e compra do insumo), levando a uma solução insatisfatória do ponto de vista da gestão dos serviços públicos de saúde, porque não possibilita uma cuidadosa análise crítica da demanda, por todos os atores envolvidos, o que seria imprescindível para poder se propor alternativas de solução dessa demanda.

Outro aspecto negativo a ser considerado se refere à segurança dos usuários, em razão da prescrição de novos medicamentos e/ou novas indicações terapêuticas, as quais ainda não se encontram evidências científicas bem estabelecidas, ou que não atendam às exigências de segurança e eficácia necessária ao tratamento dos usuários, conforme os parâmetros estabelecidos pelas agências reguladoras do SUS. O uso de medicamentos sem registro sanitário ou fora das indicações para as quais foram registrados (uso *off label*) pode também significar riscos à saúde dos usuários e favorecendo o uso não racional de medicamentos. A incorporação e/ou introdução de novas tecnologias de forma acrítica, pode estar relacionada à forte influência que grandes indústrias farmacêuticas possuem sobre o Estado, mas sobretudo nos profissionais de saúde, na sua maioria médicos.

Ventura et al (2010), alertam que a ampliação da atuação judicial no sistema de saúde, reconhece que há, de fato, um descompasso entre a oferta e a demanda do cidadão no sistema público de saúde, e um atraso na incorporação de novas tecnologias no SUS, que se expressa, no atual contexto brasileiro, através da crescente demanda judicial.

Alguns estudos, como o de Baptista et al (2009) apontam que a relação estabelecida entre acesso à justiça e à saúde pode ter “um efeito benéfico na responsabilização do Estado em desenvolver procedimentos adequados de compra e distribuição de procedimentos terapêuticos pela rede pública” (BAPTISTA, 2009, p. 836).

Evidentemente, que através das ações judiciais, a população conseguiu realizar pressão social no Estado, e colocar o tema da judicialização em discussão. Várias audiências públicas já aconteceram e contaram com a participação de diferentes segmentos da sociedade civil e Estado. Deu início a sistematização dos dados sobre os processos judiciais, ainda que de forma incipiente, mas todo esse processo ainda necessita caminhar e propor alternativas frente a essa questão.

Diante dessa nova realidade que se põe frente aos gestores, trabalhadores em saúde, usuários do SUS, constata-se a necessidade de sistematização das informações sobre as demandas judiciais em cada município, em cada estado e no Brasil como um todo, outro fator positivo da judicialização. Ainda nessa linha, é mister a criação de indicadores de monitoramento para que possa ser possível realizar o acompanhamento temporal, confrontar com diferentes locais, fornecendo outros dados para análise do fenômeno.

Outro efeito positivo é a necessidade do desenvolvimento de melhores processos de gestão e planejamento, considerando que alguns estudos evidenciam que o aumento de ações judiciais, seja, ao menos em parte, resultado das deficiências da própria administração pública nas instâncias do SUS, em particular, na gestão da assistência farmacêutica.

Com o surgimento de novos desafios no cotidiano dos gestores públicos, como a judicialização da saúde, surge também a necessidade de intensificar a comunicação com as instâncias do Poder Judiciário, como Procuradores Estaduais e Municipais, Ministério Público, Defensoria Pública, a fim de que fique cada vez mais claro as competências e possibilidades, de poder garantir o direito à saúde do usuário, sem necessariamente recorrer ao poder Judiciário, através de ações articuladas e interdisciplinares.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A efetivação do direito universal à saúde é um desafio constante, tanto para gestores, como também para os profissionais da saúde e os usuários.

O SUS é tido como uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, primando pela integralidade na atenção. Além disso, é a maior política de inclusão social do país, mas ainda necessita da efetividade de políticas públicas específicas e intersetoriais para assegurar de fato a cobertura universal da saúde à população brasileira.

A política pública de saúde do Brasil é permeada por contradições; o SUS é uma política pública, universal, com princípios e diretrizes que são os mesmos em todo o território nacional, mas que não se efetivam de maneira uniforme. Essa dicotomia entre princípios e realidade acontece por vários motivos. A princípio remete-se ao fato da falta de financiamento, mas entendendo a lógica capitalista que permeia as relações sociais dentro da nossa sociedade de mercado, pode-se afirmar que dentro do SUS há uma lógica de poder e interesses lucrativos envolvendo o Estado, gestores dos serviços públicos e privados, e também uma enorme influência dos laboratórios farmacêuticos. Tais motivos aliados à falta de participação dos usuários, de compromisso dos gestores com a implementação da política de saúde, causa um afastamento dos princípios do sistema, tendo consequências diretas aos usuários, prejudicando seu acesso e atendimento através do SUS.

Essa conjuntura tem levando os usuários a buscarem alternativas para garantir seu direito à saúde, sendo uma delas a judicialização. Tal opção está relacionada com a baixa capacidade de planejamento e gestão do Estado, ganhando destaque as ações e intervenções do Judiciário e do Ministério Público nessa questão. Tal fenômeno também expressa as áreas em que a política nacional de saúde apresenta as maiores lacunas e contradições, ou seja, os gargalos do sistema que devem ser melhorados.

Em vários estudos, é possível identificar que na maioria das vezes as ações judiciais representam demandas individuais, podendo sugerir que os movimentos sociais coletivos que lutam pela saúde pública estejam enfraquecidos, ou também essa escolha pelo individualismo pode nos mostrar que atualmente a maioria das pessoas não pertence a nenhum tipo de movimento social, então, não exercitam a consciência coletiva.

Essa realidade enfraquece os conselhos municipais de saúde que são espaços de lutas de interesses, onde frequentemente o interesse econômico tenta se sobrepor ao interesse coletivo, e os segmentos que representam os usuários e os trabalhadores em saúde não dispõem de uma leitura de realidade ou conhecimentos necessários para votarem propostas para o SUS, que de fato defendam o SUS.

Existiu todo o movimento da reforma sanitária para garantir o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, mas a luta deve continuar, para garantir efetividade desse direito, mas não com demandas individuais e sim coletivas.

A judicialização trouxe como efeito positivo, o início das discussões com a participação do Poder Judiciário sobre o financiamento e a gestão do SUS. Pode ser, como saldo disso, que se tenha uma melhora operacional através da fiscalização da destinação dos recursos (onde será aplicado) por parte dos Conselhos Municipais de Saúde, mas sobretudo pelo Ministério Público e também um incremento financeiro (cumprimento da Emenda Constitucional nº29) que venha a garantir a sustentabilidade do sistema.

Podemos dizer, que a ampliação da atuação do sistema de justiça no acesso à assistência à saúde tem repercussões sobre a gestão, influenciando na tomada de decisão dos profissionais envolvidos, e que, ao menos em parte, decorre das deficiências da própria administração pública.

Os municípios, estados e a união, como forma de melhorar a gestão pública, poderiam incentivar pesquisas relacionadas à judicialização, principalmente da saúde pública. Os resultados das pesquisas forneceriam subsídios para a formulação de programas mais eficazes e ágeis à população usuária, no momento em que apontam quais as demandas judiciais mais comuns (medicamentos, exames, cirurgias, órteses, próteses).

Desse modo, poderia haver uma diminuição da judicialização, e a administração pública estruturaria um planejamento em relação aos gastos com os judiciais, o que não é possível atualmente, visto que as demandas judiciais não obedecem a nenhum fluxo contínuo, e sim, conforme a disponibilidade dos magistrados em julgar tais ações.

Outro tema persistente que perpassa as discussões da judicialização refere-se ao *marketing* comercial e/ou *lobby* exercido pela indústria e comércio farmacêutico, junto a segmentos sociais (pesquisadores, pacientes, médicos) e governamentais, para incorporação de seus produtos, o que poderia estar exercendo papel importante no sentido de estimular a demanda judicial para incorporação de novos medicamentos. Também se chama atenção para a forte dependência dos estados nacionais das indústrias farmacêuticas, tanto no desenvolvimento das pesquisas clínicas como em relação ao custo da incorporação das novas tecnologias nos sistemas de saúde.

Certamente as discussões acerca do tema da judicialização da saúde pública no Brasil ainda necessitam avançar. Propusemos aqui, uma reflexão sobre o

assunto na tentativa de contribuirmos na administração pública atual, já que a realidade é dinâmica, contraditória, requisitando novos conhecimentos a cada dia.

As demandas judiciais não devem ser consideradas como principal instrumento para a efetivação do direito à saúde, e sim deve ser adotado um conjunto de ações por meio das quais se busque implementar as diretrizes constitucionais e do Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2000.

BAPTISTA, T. W. de F.; MACHADO, C. V; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciênc. saúde coletiva vol.14 nº.3** Rio de Janeiro May/June 2009. On Line. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300018)> Acesso em 25 out. 2012.

BASSETTE, F. RS reúne metade das ações judiciais de saúde. O Estado de São Paulo: 29 de abril de 2011. On Line. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,rs-reune-metade-das-aco-es-judiciais-de-saude,712418,0.htm>>. Acesso em 30 out. 2012.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BELFIORE-WANDERLEY, M.; BÓGUS, L.; YAZBEK, M. C. (Orgs). **Desigualdade e a questão social**. 3. ed. São Paulo: EDUC, 2008.

BISNETO, J. A. Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 82, p.110-130, jul 2005.

BORGES, D. C. L. **Uma análise das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: o caso do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2005.** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007. On Line. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1021](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021)>. Acesso em 02 dez. 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é o pacto pela saúde?** 2012 On Line. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1021](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021)>. Acesso em 23 nov. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Acolhimento e Redes de Conversações: o desempenho dos serviços de saúde da perspectiva da Inteligência Coletiva.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. On line. Disponível em <<http://cv-acolhimento.bvs.br/tiki-index.php?page=Texto%20do%20Trilhares%20de%20redes>>. Acesso em 27 out. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) /Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.** – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. On line. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB\\_RH\\_2005.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB_RH_2005.pdf)>. Acesso em 22 out. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Norma operacional básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 1991, 1993, 1996. On line. Disponível em <[http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg\\_norma\\_eselho\\_consulta.cfm?id=3449662&highlight=&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo\\_norma=&numero=2203&data=&dataFim=&ano=1996&pag=1](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_eselho_consulta.cfm?id=3449662&highlight=&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=&numero=2203&data=&dataFim=&ano=1996&pag=1)>. Acesso em 27 nov. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Programa Nacional de DST e Aids. **O Remédio via Justiça:** Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INFORME CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE. **Saúde é tema de audiência pública no Supremo Tribunal Federal**. Edição Especial, v.6, n.1, jun.2009(b). On Line. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informe\\_CTI\\_Judicializacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informe_CTI_Judicializacao.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2012.

BRASIL a. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. On Line. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 16 out. 2012.

BRASIL b. **Lei n. 8.142**, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. On Line. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 16 out. 2012.

BRASIL. **Decreto 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. On Line. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 16 out. 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **I Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**. Brasília/; 2008. On Line. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/seminario\\_pnpic/dia14\\_05/dra\\_carmem\\_di\\_simone\\_brasil.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/seminario_pnpic/dia14_05/dra_carmem_di_simone_brasil.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2012.

BRAVO, M. I. S. A política de saúde no Brasil. 2001 **Revista Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. On line. Disponível em <[www.servicosocial.ufpe.br/abepss](http://www.servicosocial.ufpe.br/abepss)>. Acesso em 20 nov. 2012.

BONAMIGO, R. I. H. **Cidadania**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública**. Vol.25 nº.8. Rio de Janeiro. Aug. 2009. On Line. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000800020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000800020&script=sci_arttext)>. Acesso em 05 nov. 2012

COELHO, R. C. **Estado, governo e mercado**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

COUTO, B. R. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

COSTA, M. D. H. da. Os serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços. In: MOTA, Ana Elizabete (Org). **A Nova Fábrica de Consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FREIRE, L. M. de B. O serviço social e a saúde do trabalhador diante da reestruturação produtiva nas empresas. In: MOTA, Ana Elizabete (Org). **A Nova Fábrica de Consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

GOMES, M. P. dos S. **O Estado e os problemas contemporâneos**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

GUERRA, I. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 62, p.05-33, mar 2000.  
IAMAMOTO, Marilda Villela. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. **Revista Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. On line. Disponível em <[www.servicosocial.ufpe.br/abepss](http://www.servicosocial.ufpe.br/abepss)>. Acesso em 20 set. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **IBGE CENSO 2010**. On line. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=431120>>. Acesso em 02 ago. 2012.

MARQUES, S.B.; DALLARI, S.G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, v.41, p.101-7, 2007. On Line. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100014&lng=pt&nrm=iso&userID=-2](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100014&lng=pt&nrm=iso&userID=-2)>. Acesso em 22 nov. 2012.

MENICUCCI, Telma Gonçalves. Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 83, p.128-146, especial, 2006.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Angela Santana do Amaral. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço social. In: MOTA, Ana Elizabete (Org). **A Nova Fábrica de Consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil**. On line. Disponível em <[www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf)>. Acesso em 15 set. 2012.

RUIZ, Castor Bartolomé. **XXIX ERESS - OFICINA: BIOPODER E PRÁTICA SOCIAL**. São Leopoldo, RS, 2007.

SANTA CATARIA. Saúde e Cidadania. **O conceito de saúde e do processo saúde e doença**. On line. Disponível em <[www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/ed.01/03.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed.01/03.html)>. Acesso em 25 out 2012.

SANTOS, M. P. G. **Estado e os problemas contemporâneos**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

SEGATTO, C. **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. REVISTA Época: 16/03/2012. On Line. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/tempo/noticia/2012/03/o-paciente-de-r-800-mil.html>. Acesso em: 02 nov. 2012.

SOARES, J. C. R. de S.; DEPRÁ, A. S. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. **Physis vol.22 nº.1** Rio de Janeiro 2012. On Line. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000100017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000100017&script=sci_arttext)>. Acesso em 22 nov. 2012.

SOUZA, Neiva Andrade de. **Sistema de Saúde no Brasil sob a visão do Serviço Social**. Cruz Alta, Monografia, 2001.

TESSLER, M. B. Presidente do TRF-4 debate a “judicialização” da saúde. Revista **Consultor Jurídico**: 6 de outubro de 2012. On Line. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2012-out-06/judicializacao-saude-mostra-transferencia-poder-desembargadora>>. Acesso em 10 out. 2012.

VENTURA, M. et. al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [ 1 ]: 77-100, 2010. On Line. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006)>. Acesso em 02 nov. 2012.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública vol.41 nº.2** São Paulo Apr. 2007. On Line. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200007)>. Acesso em 10 nov. 2012.

WIKIPÉDIA - A Enciclopédia livre. **Revolução Industrial**. On line. Disponível em [http://pt.wikipedia.org/wiki/Revolu%C3%A7%C3%A3o\\_industrial](http://pt.wikipedia.org/wiki/Revolu%C3%A7%C3%A3o_industrial)>. Acesso em: 09 nov. 2012.