

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE FARMÁCIA  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**MARIA JOSÉ SARTÓRIO**

**POLÍTICA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS NO ESPÍRITO SANTO: A  
QUESTÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA DEMANDA**

Porto Alegre  
2004

**MARIA JOSÉ SARTÓRIO**

**POLÍTICA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS NO ESPÍRITO SANTO: A  
QUESTÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA DEMANDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do GRAU de MESTRE em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2004

MARIA JOSÉ SARTÓRIO

**POLÍTICA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS NO ESPÍRITO SANTO: A QUESTÃO  
DA JUDICIALIZAÇÃO DA DEMANDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do GRAU de MESTRE em Ciências Farmacêuticas.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004

Comissão Examinadora

---

Prof. Dr. Ronaldo Bordin  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Orientador

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabela Heineck  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof. Dr. Paulo Mayorga  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof. Dr. Alcindo Ferla  
Doutor em Educação

## **DEDICATÓRIA**

A meus pais, Nilo e Hilda, por me terem dado a oportunidade de estar aqui, vencendo mais uma etapa de minha vida. Obrigada pelo amor e pelas virtudes que pude aprender com vocês!

A meus filhos, Felipe e Lara, meus amores e razão de constante aprendizado nessa missão desafiadora que é ser mãe. Amo vocês!

A minhas irmãs, Tereza, Angélica, Angela, Penha e Nilda. Quantos momentos maravilhosos e difíceis tivemos, que possibilitaram nosso crescimento e união! Vocês são meu alicerce e presença participativa em todos os momentos da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, início e razão de tudo.

À pessoa que iniciou tudo isso, Dr. Carlos Alberto Pereira, Ministério da Saúde por me terem possibilitado este mestrado. Ao Dr. Norberto Rech, que deu continuidade ao processo num momento de dúvidas.

Ao Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo, Dr. Carlos José Cardoso por permitir minhas ausências durante os dias de aula. Ao Dr. Waltencyr Leonel, meu colega e coordenador, pelo apoio e abdicação.

À Dra. Margareth Lima Marques de Aguiar e ao Dr. Neudo Magnago Heleodoro, por sua paciência e companheirismo, me deram a oportunidade de dar continuidade aos trabalhos durante o mestrado.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ronaldo Bordin. Por sua competência e pela convivência que se estabeleceu, contribuindo para o bom andamento do trabalho.

Aos meus cunhados, Fernando Scortuzzi Vilela e Waldeir Lopes e ao meu sobrinho, André Sartório Lopes, pelo apoio logístico.

Às pessoas que me concederam as entrevistas, enriquecendo e respaldando o estudo realizado.

Aos amigos, colegas e a todas as pessoas presentes em minha vida, pelo carinho constante, cada um em alguns ou em todos os momentos foi especial do seu jeito, de alguma forma ou de todas as formas. Não é possível esquecer a importância que cada pessoa tem em nossas vidas. Os encontros não acontecem por acaso.

Às pessoas do Departamento de Assistência Farmacêutica pela ajuda e compreensão, principalmente a Ana Maria Wolkers Lyra e Solange Aldrigues Macedo, pela lealdade e amizade.

Aos meus colegas e amigos do mestrado, em especial a Marlene Romio, Mary Jane Limeira, Maria Cristina Pigorelli e Mônica Henrique, a cada um com carinho e saudade antecipada.

*O que está errado, agora, no nosso discurso?  
Alguma coisa? Ou tudo?  
Com quem ainda podemos contar?  
Somos restos da correnteza viva  
que o rio depositou em suas margens?  
Ficaremos para trás, sem entendermos,  
sem sermos entendidos por ninguém?  
Precisamos ter sorte?  
Isso é o que perguntas. Não esperes  
resposta a não ser de ti mesmo.*

Bertolt Brecht

## RESUMO

Este trabalho situa o Programa de Medicamentos Excepcionais no Brasil diante da judicialização da demanda, contextualizando a relação entre direitos humanos e recursos financeiros do Programa, identificando os argumentos embasadores das ações impetradas contra o gestor. Consiste em estudo de natureza documental, com emprego de dados secundários em bases de dados nacionais e estaduais e análise da totalidade dos mandados impetrados contra o estado do Espírito Santo. Os princípios do SUS são apresentados para contextualizar a aplicação do direito, dando enfoque à equidade. Os principais achados foram: as demandas judiciais iniciam-se pelo poder executivo por meio do Ministério Público e o judiciário, com apresentação de antecipação de tutela, mandado judicial ou termo de ajustamento de conduta. O objeto das notificações apresentou variações quanto ao nível de atenção, ocorrendo notificações para fornecimento de medicamento básico, de média e alta complexidade, e até importados sem registro no Brasil. A argumentação utilizada nas notificações, em sua maioria, refere-se ao artigo 196 da Constituição Federal, incluindo também os artigos 5.º, 6.º, 159 e 198, ao Código Civil, à Constituição Estadual, ao Pacto de São José da Costa Rica e à Lei Estadual n.º 4.317/90. Conclui-se neste estudo que a judicialização gera individualização da demanda em detrimento do coletivo e tendenciona a uma maior desorganização dos serviços. Os dados referentes ao Programa no Estado comportam-se de forma semelhante aos do Brasil. Entre os entrevistados e na conclusão da autora, fica evidente a necessidade de discussão ampla e envolvimento dos atores para que haja consenso coerente com a equidade e a coletividade, não excluindo o papel de controle social estabelecido pela Constituição ao Ministério Público e ao judiciário.

Palavras – chave:

Farmácia; Medicamento; Administração e planejamento em saúde; Equidade; Financiamento.



## **ABSTRACT**

This paper places the program of “exceptional medications” before the judicialization of the demand. It contextualizes the relationship between human rights and the funds of the program, identifying the supporting reasons for the lawsuits against the government. It consists in a documentary investigation, applying secondary data in state and national data bases as well as analysis of all the legal actions taken against the Espírito Santo state government. The principles of SUS are here presented in order to contextualize the application of the law and focus on the equity. The main findings were: the judicial demands start by the executive through the “Public Ministry” and the judiciary, presenting tutelage in advance, court order or conduct adjustment term. The notifications presented variations concerning the level of public attendance. There were notifications for the provision of basic medications, medications of middle and high complexity, and even imported ones not yet registered in Brazil. The arguments used in the notifications mostly refer to article 196, as well as articles 5, 6, 159 and 198 of the Federal Constitution, the Civil code, the State Constitution, “Pacto de São José da Costa Rica”, and State Law 4.317/90. The research concluded that the judicialization results in individualization of the demand to the detriment of the general public, and that it tends to increase the disorganization in the public services. It was also concluded that the data concerning the program in the state are similar regarding the rest of the country. It is made evident, both among the sample interviewed and in the author’s conclusion, that there is a need of more discussions and involvement of the participants. By doing so, there will be coherent consensus with the equity and the collectivity, not disregarding the role of social control provided by the Constitution to the “Public Ministry” and the judiciary.

Key - words:

Pharmacy; Medication; Health management and planning; Equity; Financing.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	26
2.1 Objetivo Geral.....	26
2.2 Objetivos Específicos.....	26
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	27
3.1 Política Nacional de Medicamentos.....	27
3.1.1 Diretrizes Propostas na Lei Orgânica de Saúde.....	27
3.1.2 A Política Nacional de Medicamentos.....	29
3.1.3 Programa de Medicamentos Excepcionais.....	31
a) Histórico e Conceitos.....	31
b) Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.....	37
c) Financiamento e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade.....	42
3.1.4 Síntese.....	47
3.2 Direito à saúde / direito e saúde.....	49
3.2.1 Constituição da República Federativa do Brasil.....	49
3.2.2 Direitos Humanos, Justiça e Cidadania.....	55
3.2.3 Demanda e Necessidades Humanas.....	59
3.2.4 Equidade, Universalidade e Integralidade.....	63
3.2.5 Aplicação do Direito.....	66
a) Direito como Instrumento de Transformação Social.....	66
b) Argumentação, Eficácia e Efetividade.....	73
c) Mandados Judiciais.....	76
3.2.6 Síntese.....	80
4 MÉTODOS .....	82
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	85
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
ANEXOS.....	112

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

<b>ANVISA</b>	.....	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>ANVS</b>	.....	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>APAC</b>	.....	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
<b>DAF</b>	.....	Departamento de Assistência Farmacêutica
<b>CDM</b>	.....	Central de Distribuição de Medicamentos
<b>CEME</b>	.....	Central de Medicamentos
<b>CEPESC</b>	.....	Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva
<b>CID</b>	.....	Classificação Internacional de Doença
<b>CIM</b>	.....	Centro de Informação sobre Medicamento
<b>COFINS</b>	.....	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
<b>CONASS</b>	.....	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>CONFAZ</b>	.....	Conselho de Política Fazendária
<b>CONASEMS</b>	.....	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
<b>CPF</b>	.....	Cadastro de Pessoa Física
<b>CPMF</b>	.....	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
<b>DATASUS</b>	.....	Departamento de Informação e Informática do SUS
<b>DST / AIDS</b>	.....	Doenças Sexualmente Transmissíveis / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>FAEC</b>	.....	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
<b>FCA</b>	.....	Ficha de Cadastro Ambulatorial
<b>FDA</b>	.....	Food and Drug Administration
<b>HCPA</b>	.....	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
<b>ICMS</b>	.....	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
<b>INAMPS</b>	.....	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**INCA** .....Instituto Nacional do Câncer

**MEC** .....Ministério da Educação e Cultura

**MPAS** .....Ministério da Previdência e Assistência Social

**NOAS** .....Norma Operacional de Assistência à Saúde

**NOB** .....Norma Operacional Básica

**OMS** .....Organização Mundial de Saúde

**OPAS** .....Organização Pan - Americana de Saúde

**PCDT**.....Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

**PIB** .....Produto Interno Bruto

**PIS/PASEP** .....Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do  
Servidor Público

**PMDCE**.....Programa de Medicamentos Dispensados em Caráter  
Excepcional

**PNM** .....Política Nacional de Medicamentos

**RENAME** .....Relação Nacional de Medicamentos

**SAS** .....Superintendência de Ações de Saúde

**SIA** .....Sistema de Informação Ambulatorial

**SPS** .....Secretaria de Políticas de Saúde

**SUS** .....Sistema Único de Saúde

**UAF** .....Unidade de Atendimento Farmacêutico

## APRESENTAÇÃO

A assistência farmacêutica, apesar de polêmica, e de difícil consenso, torna-se apaixonante à medida que se desbravam as diversas nuances de sua prática. Na verdade, passou a ser abordada como tema específico, com maior frequência ao final dos anos de 1990, apesar de estar inserida nas políticas públicas de saúde, há várias décadas, ainda que de forma pulverizada ou isolada. Já nos anos de 1970,

[...] o Governo Federal criou diversas normas com o intuito de intervir no mercado farmacêutico brasileiro. Dentre as medidas adotadas, destaca-se o Plano Diretor de Medicamentos, o qual visava integrar a ação do governo na coordenação e controle do sistema nacional de produção, distribuição e comercialização farmacêutica, parte essencial para o Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (GUERRA JR, 2002, p. 16).

Essas ações nortearam, ainda que de modo “mercadológico”, as diretrizes para a assistência farmacêutica e culminaram com a publicação da primeira Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), antecipando-se à Relação de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde (OMS), que seria publicada em 1977 (OMS, 1994).

Exemplos desses fatos, em Vitória - ES, eram as Unidades de Atendimento Farmacêutico (UAF), que dispensavam medicamentos da Central de Medicamentos (CEME). Era a fase da assistência à saúde prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. Os estabelecimentos de dispensação recebiam os medicamentos das Centrais de Distribuição de Medicamentos (CDM) e dispensavam-nos aos cidadãos, após consulta médica na unidade que prestava atenção à saúde.

Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e extinção do INAMPS, todas as unidades e os servidores foram cedidos ao SUS, mas as ações na assistência farmacêutica foram mantidas até o ano de 1999, fase de extinção da CEME, até o estabelecimento de novas diretrizes para atenção básica da assistência farmacêutica, momento em que os municípios passaram a compor o cenário das políticas de saúde como atores importantes e vitais.

Em consonância com o avanço das diretrizes do SUS, discussões quanto ao acesso, medicamentos essenciais, mercado e reorientação da assistência farmacêutica, passaram a ocorrer de forma mais intensa, fato amplamente abordado por vários autores (BERMUDEZ e BONFIM, 1999; BONFIM e MERCUCI, 1997; BARROS, 1995; GUERRA JR, 2002; NEGRI e DÁVILA, 2002; OMS, 1994; PIGNARRE, 1999; SOBRAVIME, 2001; TEMPORÃO, 1986).

Como profissional, meu campo de atuação iniciou-se na unidade de atendimento farmacêutico do INAMPS, durante a graduação. Naquele momento, o modelo de atenção existente era de formato verticalizado. As farmácias eram inseridas no mesmo local da consulta médica e não havia programação e seleção de medicamentos para disponibilização ao cidadão, já que os medicamentos eram recebidos diretamente do Ministério da Saúde, por meio da CEME.

Anos depois, já em 2000, retornei à atenção básica, paralelamente a minha atuação no Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional (PMDCE), em município de grande porte - 350.000 habitantes. O modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde em 1999, pela Portaria n.º 76, apresentava formato descentralizado, com as etapas constitutivas da assistência farmacêutica sob a responsabilidade do município. O diferencial esteve por conta do atendimento ao paciente do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), com toda a sua especificidade, não deixando de ser um programa isolado, até elitizado, mas apaixonante e enriquecedor.

Após oito anos, houve uma mudança significativa e reveladora de área de atuação. Enveredei no campo da farmácia hospitalar em hospital geral, onde a vivência e o acúmulo de conflitos, conhecimentos e questionamentos tornam-se profundos e emergentes. A atuação profissional enriquece pelas demandas de geração de conhecimentos e principalmente pela abordagem multi e interdisciplinar.

Por meio de um convite feito pelo então gerente do Departamento de Assistência Farmacêutica do Estado no ano de 1999 cheguei à minha mais recente área de atuação, o Programa de Medicamentos Dispensados em Caráter Excepcional

(PMDCE), responsável pelo despertar para o enfrentamento com segmentos da sociedade organizada e científica, discussões e questionamentos sobre o acesso, judicialização e mercado, bem como para a necessidade de maior e mais rápida atualização quanto aos assuntos de interesse da área.

A demanda judicial tem permeado as políticas de saúde nos últimos anos e está fortemente presente na área de medicamentos excepcionais. Particularmente, esse assunto sempre gerou inquietude e indagações quanto a sua prática.

Assim, pretendo abordar essa questão de uma forma sucinta, norteadora e não julgadora de práticas, perpassando caminhos do direito civil, da ética, da cidadania, das necessidades individuais e coletivas, das demandas e ofertas de medicamentos e do acesso a eles. Como pressuposto, todas as vias de discussão estarão cunhadas na atenção aos cidadãos que fazem uso dos medicamentos dispensados em caráter excepcional.

## I INTRODUÇÃO

Inicialmente, as farmácias aviavam prescrições médicas nas boticas, de acordo com as necessidades de cada usuário. Com o início da era industrial, houve um afastamento do farmacêutico e do paciente da farmácia e ela deixou de representar um estabelecimento de saúde para se tornar um ponto de encontro com o comércio, o que deu origem às chamadas drogarias. Tal fato transmutou o papel social do farmacêutico em uma atividade menor: a simples entrega de caixas de medicamentos. Na saúde pública, nas últimas décadas, o modelo assistencial da assistência farmacêutica acompanhou as mudanças de modelo do sistema de atenção à saúde, mas manteve algumas diferenças e peculiaridades da área de medicamentos (MACHADO-DOS-SANTOS, 2002, p. 353-87).

Até a implantação da Central de Medicamentos (CEME) em 1971, havia formas excludentes de atendimento: somente o trabalhador tinha direito ao tratamento farmacológico gratuito. A CEME foi criada com o objetivo de promover e organizar o fornecimento, a preços acessíveis, de medicamentos de uso humano aos cidadãos com baixo poder aquisitivo, que recebiam até um salário mínimo (LUCHESE, 1991, p. 101).

A assistência farmacêutica, apesar de estar inserida nas políticas públicas de saúde, consolidada na Política Nacional de Medicamentos (PNM), ainda hoje luta por maior autonomia de atuação e melhor entendimento por parte dos gestores e de profissionais de saúde quanto a suas atividades exclusivas e interdisciplinares, particularmente quanto a sua reorientação. A definição de reorientação está expressa na PNM: a assistência farmacêutica não se restringe à aquisição e distribuição de medicamentos, compartilhando com outras profissões a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, ainda, educação e informação sobre medicamentos para os profissionais da saúde e para os usuários das comunidades (BRASIL, 2002a).

Em verdade, a política de assistência farmacêutica no Brasil sofreu variadas mudanças de rumo ao longo das últimas décadas, sempre em via de mão única com



as diretrizes do mercado ou de pactos estabelecidos entre o Banco Mundial e o Governo.

O acesso a medicamentos é um assunto discutido por vários autores (BERMUDEZ e BONFIM 1999; GUERRA JR 2002; NEGRI D'ÁVILA 2002; SOBRAVIME 2001) e, de certa forma, ainda em busca do que seria ideal para a saúde pública brasileira. De acordo com Guerra Jr, a OMS, em sua revisão de conceitos, acrescentou a questão do custo ao conceito de acesso a medicamentos essenciais, que ficou assim definido:

[...] medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades de saúde da maioria da população, devem estar disponíveis a todo o momento, em quantidades adequadas e em dosagens apropriadas, a um preço com que os indivíduos e as comunidades possam arcar. [sic].

“O setor saúde dos países enfrenta o problema de como distribuir a escassez de forma mais justa e melhor custo/eficácia” (JONCHEERE, 1997, p. 52). O Brasil atravessa anos sem resolver suas dívidas interna e externa. De acordo com dados apresentados por Quintela (2004, p. 239), bilhões de reais são retirados do orçamento público para o pagamento de dívidas externa e interna, além da necessidade constante de contrair novos empréstimos, os quais geram dependência financeira, aumento das dívidas sociais e ambientais. Tais fatos refletem em crescimento da pobreza, concentração de renda e riqueza, como também a crescente degradação ambiental e retirada de recursos naturais. O autor faz referência ao índice de desenvolvimento humano publicado no “Atlas do Desenvolvimento Humano” o qual indica que a desigualdade no Brasil subiu de 0,53 para 0,56, entre 1991 e 2000 [...] ocupando o sexto lugar, ao lado de países extremamente pobres como Namíbia ou Suazilândia.

O Brasil é um país de contrastes: apesar de estar considerado como a 8.<sup>a</sup> economia mundial, 40% da população está na faixa da pobreza, o investimento em saúde corresponde a apenas 4.5% do Produto Interno Bruto (PIB) e o investimento per capita em saúde é de 135 dólares/ano (FORTES, 1998, p. 11).

O desnível socioeconômico e a dependência econômica perpetuada no Brasil são agravantes significativos quando se trata do acesso a serviços de saúde, tendo em

vista a atribuição de um orçamento diminuído para a saúde, gerando carência na oferta dos serviços. Num país em que a distância entre os mais ricos e os mais pobres se acentua a cada dia e a população se empobrece mais, chegando a condições subumanas de vida, as necessidades tornam-se infinitas e, até mesmo as básicas, causadas pela fome, são difíceis de ser resolvidas. Azevedo (1998, p. 56), com muita propriedade e riqueza, diz:

A distância entre os países industrializados e aqueles em desenvolvimento cresceu em ritmo alarmante, originando o abismo, que hoje separa um grupo restrito de nações ricas, cujo bem-estar cresce constantemente, de uma massa de milhões de indivíduos empurrados, a cada dia que passa, mais abaixo na escala da indigência. Mas o relatório não se restringe a essa constatação. [...] Esta situação não é determinada por motivos casuais: é a própria organização do sistema econômico mundial que se apresenta como uma grande espoliação em prejuízo dos países pobres.

O abismo referido acima tem o mercado como seu progenitor, uma situação que, segundo afirma Vianna *et al*, (1999, p. 9-10), é originada por lideranças que ajustam o país às exigências da globalização e colocam o mercado como instância determinante da vida social, em detrimento dos projetos e das ações governamentais preconizadas no texto constitucional.

O autor afirma ainda que é inevitável a tendência ao estabelecimento de uma linha de tensão nas relações entre o judiciário, de um lado, e o executivo e o legislativo, de outro, entre a filosofia política da Carta de 1988 e a agenda neoliberal.

O mercado farmacêutico no Brasil gera lucro de bilhões de dólares e se mantém entre os 10 primeiros lugares do mercado mundial, mas demonstra uma realidade dura: o cidadão com poucos recursos não tem acesso aos medicamentos. Estima-se que 23% da população consome 60% da produção nacional – evidenciando que grandes contingentes estão excluídos do mercado. Outro dado que mostra a gravidade da falta de assistência farmacêutica: apenas 48% da população têm acesso aos medicamentos essenciais (BERMUDEZ, 1997, p. 73).

Os dados apresentados apenas confirmam a linha de tensão propiciadora de conflitos tão atuais nas relações entre os poderes executivo, legislativo e judiciário diante da pouca oferta de serviços e benefícios e da demanda.

O texto da Constituição Federal que trata da saúde, em seu artigo 196, diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Esse artigo elimina, no ato da Lei, a discriminação socioeconômica estabelecida anteriormente.

É pertinente ressaltar a contribuição de Dallari (1995, p. 31-2) sobre o conceito de saúde referido no art.198 em complemento à definição do art. 196 constitucional:

Especificamente com o caráter de regra jurídica, o conceito de saúde deve ser interpretado considerando que a legalidade obriga a organização das ações e serviços públicos destinados a garantir o direito à saúde – em condições de igualdade para todo o povo – a respeito das seguintes exigências: ‘descentralização [...] atendimento integral [...] e [...] participação da comunidade’.

Assim se consagraram e legitimaram as demandas de lutas e reivindicações ao longo de muitos anos, em função das quais a sociedade organizada discutiu, articulou, exigiu, criticou, propôs e se mobilizou. A promulgação da Constituição Federal de 1988 determinou uma opção pelos princípios da universalidade e integralidade, e o cuidado à saúde do cidadão ficou definido como medidas preventivas e de recuperação da saúde individual e coletiva.

Testa (1992, p.37) contextualiza o conceito de Estado com a mobilização social afirmando que se trata de lugar onde se articula, inclui discussão dos problemas atuais, toma-se decisões de acordo com consenso e desenvolve lutas que recriam novas formas de articulação.

Sob a ótica dos direitos humanos, pode-se afirmar que as leis existem e não são cumpridas na íntegra, naquilo que as mesmas propõem e para o qual foram criadas: um ensaio para um estado de bem-estar social que é definido por Regonini<sup>1</sup>, *apud* Misoczky (2002, p. 53), como o “Estado que garante tipos mínimos de renda,

---

<sup>1</sup> REGONINI, G. Estado de bem-estar social. In: BOBBIO, N. et al. *Dicionário de Política*. Brasília: UnB, 1986 *apud* MISOCZKY, M. C. *O campo da atenção à saúde após a constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social*. Porto Alegre: Dacasa/PDGSaúde, 2002.191p.

alimentação, saúde, habitação, educação, assegurados a todo o cidadão, não como caridade mas como direito político”. Deriva de algo que deveria ser nato no cidadão e não dividido inequíticamente, como ocorre nos países das mais diversas condições socioeconômicas.

O setor de maior mobilização social no Brasil ainda é o da saúde, existindo uma história de lutas organizadas dentro de uma proposta de atendimento universalizado e integralizadas em que o bem do coletivo passou a ser priorizado. Mesmo com toda mobilização, houve longo tempo de espera por mudanças legítimas, e talvez, o setor saúde tenha sido o alvo maior, ou o mais visível, das propostas e ações do Banco Mundial quando, estimulado por fatores financeiros, decretou a reforma do Estado, priorizando as políticas de perda, com redução dos investimentos na área de saúde e maior empobrecimento do cidadão. Como afirmam Bermudez e Reis (1999, p. 181):

[...] chama a atenção que os estímulos para as mudanças em saúde sejam de natureza macroeconômica, levando ao risco de que as intervenções econômicas e financeiras, como contenção de custos e os mecanismos de mercado, em lugar de instrumentos, se transforme nas metas da reforma do setor saúde.

Seguindo a direção histórica e de reflexão quanto à saúde, há que considerar a importância da implantação do SUS no ano de 1990, efetivando os preceitos da Constituição Federal. Suas raízes históricas vêm desde as décadas de 1970 e 1980. Surgiu como conquista de longo processo de lutas e de acúmulo teórico-conceitual, realizado por movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes de diversos movimentos sociais constituídos nesse período (GOUVEIA e PALMA, 2000, p. 21-30).

As diretrizes do SUS são baseadas em princípios de universalidade e integralidade do atendimento, a equidade das ações, controle social, operacionalizando mediante a descentralização político-administrativa.

Considerando o conceito de saúde expresso na Constituição Federal, entende-se o quanto é imperiosa a luta pela saúde e sua vinculação a uma série de fatores que constituem o grau de desenvolvimento e organização da sociedade civil, como saneamento básico, recursos hídricos, questões do meio ambiente, cultura,

percepção individual sobre o que é saúde, e as formas de conscientização do cidadão na transformação em importante ator social nas mudanças de comportamento.

No processo de consolidação e legitimação da assistência farmacêutica preconizada pelo SUS, foi elaborada a PNM, que se iniciou na década de 1980, de modo centralizado nos profissionais envolvidos diariamente com a questão, médicos e farmacêuticos, embora de forma desorganizada e em debates pulverizados. Bonfim e Mercucci (1997) construíram uma proposta de política, já de maneira definida e organizada em todos os níveis de discussão, mostrando de forma didática como deveria ser considerado cada tópico da assistência farmacêutica e todas as diretrizes que a envolvem.

A PNM constitui estratégia essencial para consolidação do SUS, uma vez que viabiliza um dos componentes fundamentais da assistência à saúde, a cobertura farmacológica (BRASIL, 2002a, p. 9). Seu propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Tem como base os princípios e diretrizes do SUS, exigindo, para sua implementação, a definição ou redefinição de planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 2002a). Como enfoque central dessas diretrizes, a PNM foi estruturada com base em três eixos de ação governamental:

- regulação sanitária;
- regulação econômica;
- assistência farmacêutica.

O modelo de saúde no Brasil passou por mudanças profundas nas últimas décadas: nos anos 1970, consolidou-se o modelo médico-assistencial privatista; nos anos de 1980, a conformação da reforma sanitária e a hegemonia do projeto neoliberal (MENDES, 1995, p. 19-91). O processo de descentralização do SUS nos anos de 1990 pode ser demarcado por dois momentos distintos. No primeiro, o movimento de descentralização do sistema pautou-se pela implementação dos dispositivos normativos contidos na Norma Operacional Básica (NOB) – SUS 1/93, que só

tratava da assistência, vigilância sanitária, epidemiologia e controle de doenças. No segundo momento, que resultou nas mudanças normativas do processo com a adição da Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS – SUS 1/01), demarcou-se uma inflexão nas concepções e na formulação de um novo padrão de descentralização, com vistas a reorientar os modelos subjacentes às normas anteriores (BRASIL, 2002b, p. 17).

Em pouco mais de uma década de construção do SUS, os problemas iniciais de sua implantação, inclusive os de ordem política e filosófica, foram superados e significativos avanços foram alcançados no tocante à organização e à descentralização de sua gestão nos âmbitos político-administrativo e financeiro. Vivemos, hoje, um período de consolidação do SUS, em que a organização da atenção e assistência à saúde e à ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços constituem o principal desafio para seus gestores, nas três esferas de governo (BRASIL, 2002c, p. 13).

Parte integrante e estratégica no sistema de saúde, a assistência farmacêutica, está estigmatizada como um grande dificultador de resolução do problema do acesso integral à saúde, uma vez que, quebra o processo natural da assistência. Dentro desse campo, situam-se formas de atenção de acordo com a complexidade de cada caso, que pode ser classificada como básica, média ou alta.

Este estudo centrará discussão na área mais crítica da assistência farmacêutica, o Programa de Medicamentos Dispensados em Caráter Excepcional (PMDCE), que comporta a atenção de alta complexidade. Esse programa iniciou efetivamente em 1993, quando foram incluídos os medicamentos para transplantados e renais crônicos na tabela de valores dos procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), embora atendesse algumas patologias desde 1982, pela mobilização de grupos portadores de nanismo hipofisário (SILVA, 2000, p. 80).

São abrangidos pelo PMDCE, que é gerenciado pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), aqueles medicamentos de elevado valor unitário, ou que, pela cronicidade do tratamento, se tornam excessivamente caros para serem adquiridos

pela população. Utilizados no nível ambulatorial, a maioria deles é de uso crônico e parte deles integra tratamentos que duram por toda a vida. Essa política tem enorme alcance em todas as classes sociais, uma vez que, se não fossem distribuídos gratuitamente, tais medicamentos seriam acessíveis a poucas pessoas em função do alto custo dos tratamentos (BRASIL, 2002c, p. 11).

O afunilamento da demanda, gerado pela especificidade e pelo modelo de atendimento do Programa, restringindo o uso dos medicamentos mediante Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), ainda agravado pelo altíssimo custo gerado para o Sistema e para os gestores, acarreta mobilização dos variados setores e entidades para ampliação do acesso. Nos últimos cinco anos, verificou-se um aumento dessas demandas e dos custos, em contraponto aos recursos cada vez mais escassos ou limitados, refletindo-se em última instância na resolutividade do atendimento ao cidadão.

A previsão orçamentária para o PMDCE no ano de 2003 foi da ordem de R\$ 600 milhões, com estimativa de tratar uma média de 60 doenças, contra R\$ 500 milhões aplicados somente no Programa de DST/AIDS. Apesar de estar relacionado a alto custo, ainda gera deficiência de oferta às necessidades do cidadão. De acordo com Amaral (2001, p. 201), as pessoas têm idéias e percepções sobre suas necessidades e não apenas necessidades. Estas, são priorizadas e niveladas através de fatores históricos e culturais, além do fator essencial da natureza humana.

Complementando essa definição e contextualizando-a ao tema específico, vale citar Charles Fried<sup>2</sup>, *apud* Amaral (2001, p. 35), [...] “as necessidades são vorazes, elas devoram os recursos”. Gustin (1999, p. 9), em tom de conceito e reflexão, define de outra forma a enigmática necessidade: [...] “por ser distintiva do ser humano, pode-se pressupor que a realização, ou a não realização das necessidades, poderá afetar, positiva ou negativamente, a plenitude da pessoa ou das coletividades humanas”.

---

<sup>2</sup> FRIED, C. *Right and wrong*. Cambridge, Mass: [s.n],1978 *apud* AMARAL, G. *Direitos, escassez e escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas*. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. 256 p.

Contudo, ainda na definição de Amaral (2001, p. 37),

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

A história da existência do Programa confunde-se ou, pode-se afirmar, foi norteadada pelos processos de mobilização social. O Programa nasceu das exigências de grupos de pessoas de atendimento às necessidades de tratamento de doenças não acessíveis no SUS e insustentáveis no mercado brasileiro, devido ao custo individual ou à não disponibilidade do medicamento no mercado nacional.

Com tudo isso, ainda existe uma carência no acesso a tratamento de variadas doenças que não constam na atenção básica, nem tampouco na alta complexidade. Esse acúmulo de dificuldades ocorreu também devido às possibilidades de diagnóstico e tratamento de doenças antes consideradas desconhecidas ou inexistentes e também de novas que têm surgido, demandando a busca de novas tecnologias. Há uma corrida crescente das indústrias para cobrir essas demandas e, em consequência, aumentar o seu lucro.

No momento, estamos enveredados em uma nova ou renovada demanda, a judicial, acompanhando as mudanças de comportamento do cidadão, sua maior mobilização, acesso à informação, capacidade de entendimento dos seus direitos, aumento da complexidade das necessidades e escassez cada vez maior dos recursos. Como infere Amaral (2001, p. 136), o problema da escassez afeta diretamente o acesso à saúde, e quando se trata de vida, qualquer referência a custo torna-se repugnante ou imoral. Observa-se, contudo que essa posição atualmente tornou-se insustentável.

Antes de entrarmos diretamente na questão da judicialização, há que se contextualizar os conceitos ou história do direito civil. Para Bobbio (1992, p. 32-3),



[...] o desenvolvimento dos direitos do homem passou por três fases: num primeiro momento, afirmaram-se os direitos de liberdade, isto é, todos aqueles direitos que tendem a limitar o poder do Estado e a reservar para o indivíduo, ou para os grupos particulares, uma esfera de liberdade em relação ao Estado; num segundo momento, foram propugnados os direitos políticos, os quais — concebendo a liberdade não apenas negativamente, como não impedimento, mas positivamente, como autonomia — tiveram como conseqüência a participação cada vez mais ampla, generalizada e freqüente dos membros de uma comunidade no poder político; finalmente, foram proclamados os direitos sociais, que expressam o amadurecimento de novas exigências, de novos valores, como os do bem estar da igualdade não apenas formal, e que poderíamos chamar de liberdade através ou por meio do Estado.

De acordo com um estudo sociológico aplicado à Magistratura Brasileira (AMARAL, 2001, p. 21), a maioria dos juizes entrevistados afirmou que: [...] “o poder judiciário não é neutro e que em suas decisões, o magistrado deve interpretar a Lei no sentido de aproximá-la dos processos sociais substantivos e, assim, influir na mudança social”.

A organização e mobilização do cidadão explicitam hoje o grande número de liminares judiciais em busca dos seus direitos. A doutrina jurídica tradicional distingue direitos objetivos e direitos subjetivos, mas quando se fala de direitos perante o Estado, a distinção é no mínimo insuficiente. Parece evidente que a situação jurídica do indivíduo decorrente da garantia constitucional do contraditório e ampla defesa não é a mesma decorrente da legalidade tributária. A garantia do contraditório e ampla defesa necessita mediação legislativa, ao menos para fixar os prazos, e não impede a concessão de liminares sem a oitiva da parte, ao passo que a legalidade tributária é bastante em si (AMARAL, 2001, p. 45). Com o intuito de complementar e não de fechar a discussão, vale citar a referência feita por Amaral à expressão de Hohfeld<sup>3</sup> “A simples afirmação categórica de que algo é um *direito*, desvincilhada de outras informações, não transmite informações suficientes”.

Bobbio (1992, p. 79) discorre sobre a definição da palavra direito e afirma que sempre usou a palavra “exigências” em vez de “direitos” quando se referia a direitos não constitucionalizados, ou seja, a meras aspirações, ainda que justificadas com

---

<sup>3</sup> HOHFELD, W. N. *Conceptos jurídicos fundamentales*. Tradução de Genaro R. Carrió. México: Distribuciones Fontamara, 1995 *apud* AMARAL, G. *Direitos, escassez e escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas*. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. 256 p.

argumentos plausíveis, no sentido de direitos (positivos) futuros. Ainda segundo Bobbio (1992, p. 80), [...] “a figura do direito tem como correlato à figura da obrigação”.

De acordo com o pensamento de Rawls (2000, p. 32),

[...] os princípios da justiça são escolhidos sob um véu de ignorância. Entre as características essenciais dessa situação está o fato de que ninguém conhece o seu lugar na sociedade [...] e ninguém conhece sua sorte na distribuição de dotes e habilidades naturais. Isso garante que ninguém é favorecido ou desfavorecido na escolha dos princípios pelo acaso resultado do natural ou pela contingência de circunstâncias sociais.

Os mandados judiciais representam hoje uma forma de atendimento individualizado, por vezes omitindo discussão e consenso no que se refere a critérios para resolução da escassez de recursos e aumento das necessidades, num modo de pensar para a coletividade de maneira “universal e igualitária”, pensando também na questão da “equidade”, definindo que não há possibilidade de atender a todas as necessidades e acompanhar a evolução da tecnologia.

Apesar de descrever a situação em nível nacional, este estudo restringe-se ao caso do estado do Espírito Santo, onde se observa um aumento significativo das demandas judiciais, em conformidade com o também aumento populacional, não havendo ainda uma amplitude na abordagem que tenda à reversão do que está implantado hoje quanto à universalidade no atendimento pelo PMDCE. Tentaremos alcançar cada caso, identificar as causas para embate judicial, portas de entrada e demais condicionantes para esse modelo de acesso.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral:

Analisar a judicialização na esfera da política de medicamentos excepcionais no estado do Espírito Santo.

### 2.2 Objetivos Específicos:

- a) Descrever o Programa de Medicamentos Dispensados em Caráter Excepcional no Espírito Santo e sua situação diante da judicialização da demanda.
- b) Contextualizar a relação entre os direitos humanos e os recursos financeiros do Programa.
- c) Identificar os principais argumentos embasadores das ações impetradas contra os gestores, especificamente quanto aos medicamentos excepcionais.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS (PNM)**

Para uma melhor compreensão do contexto em que se insere o tema em estudo, a judicialização da assistência farmacêutica, neste capítulo serão descritas sucintamente as diretrizes da Lei Orgânica da Saúde, os pressupostos da PNM e, nesta, o Programa de Medicamentos Dispensados em Caráter Excepcional (PMDCE). Em um segundo momento, será descrito como se estrutura a distribuição desses medicamentos aos usuários do SUS, incluindo a existência de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e a necessidade de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC).

##### **3.1.1 Diretrizes propostas na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90<sup>4</sup>)**

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, o tema saúde consolidou-se e as ações tornaram-se legítimas. As discussões antes pautadas nas tentativas e lutas foram necessárias e nortearam o estabelecimento das leis. Há que retratar a importância do movimento da reforma sanitária, iniciado na década de 1980, que veio de encontro ao modelo de saúde até então estabelecido, em que se insere o modelo médico assistencial privatista, excludente em todas as formas, passando pelo modelo hegemônico de grupos e, mais à frente, onde prevalece o entendimento reducionista da atenção primária seletiva, por meio de programas de medicina simplificada ou das estratégias de sobrevivência de grupos de risco (MENDES, 1995, p. 27).

O movimento da reforma sanitária ou movimento contra hegemônico surgiu nas universidades. Criaram-se Departamentos de Medicina Preventiva que passaram a ser difundidos, e fomentaram o pensamento crítico e a prática desse novo modelo. Iniciou-se aos poucos a entrada dos técnicos advindos do movimento em ações de Governo. Esse fato fortaleceu as exigências e discussões oriundas de espaços onde

---

<sup>4</sup> Lei nº 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

sanitaristas abriam críticas e propostas alternativas ao modelo vigente mediante publicações, debates, simpósios e outras atividades.

O processo de democratização, ao colocar na arena política projetos diferenciados com seus respectivos grupos de interesse, fez com que a discussão da saúde penetrasse o poder legislativo, preparando-o para os desafios que teve que enfrentar na década de 1980. Nesse sentido, constitui um marco importante a realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, na Câmara Federal, onde o movimento sanitário colocou em discussão, diante de outros atores sociais, um conjunto de propostas do projeto contra-hegemônico da saúde (MENDES, 1995, p. 28-9).

A riqueza político-social de todo o movimento com suas lutas, perdas e ganhos centra-se no momento histórico que vivia o Brasil, num período de grave crise econômica e de um ensaio para a redemocratização do País. O ensaio tornou-se real a partir do momento em que foi eleito um governo Republicano, que, mesmo sob o disfarce da social-democracia, manteve impregnado o ranço do clientelismo, das trocas, do liberalismo. Apesar de todos esses fatores, no ano de 1988 foi promulgada a Constituição, que viria a ser o marco para a democracia, a igualdade social, a participação do Estado, a saúde gratuita e integral, e tudo o que a contém pelo menos está legitimado. Hoje as lutas são por reforço e exigência para valer o que está escrito e determinado pelo próprio Governo.

Em seqüência à Constituição publicou-se a Lei Orgânica da Saúde, que chegou respaldada pelos preceitos e diretrizes com formato de universalidade, eqüidade e integralidade na saúde, estabelecidos constitucionalmente. De acordo com Mendes (1995, p. 48), [...] “a Lei Orgânica da Saúde expressa as conquistas contidas na Constituição de 1988, também servindo de apoio jurídico-legal para a continuidade da luta política na arena sanitária”.

E ainda:

[...] incorpora os principais mandamentos constitucionais: saúde como sua determinação social; o Sistema Único de Saúde com universalidade,

integralidade da atenção, igualdade, direito à informação, incorporação do modelo epidemiológico, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com mando único em cada esfera de governo.

Dentro do arcabouço da Lei Orgânica da Saúde, a assistência farmacêutica foi considerada no contexto de forma ampla e isolada das ações de saúde, sendo pensada como fornecimento de medicamento, conforme podemos ver no art. 5.º inciso II: a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; inciso VI: a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; e inciso IX: a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.

### **3.1.2 A Política Nacional de Medicamentos (PNM)<sup>5</sup>**

A formulação da PNM em 1998, após 10 anos da promulgação da Constituição Federal, define diretrizes importantes para o insumo e não para a assistência farmacêutica, permanecendo a visão equivocada dos gestores no que se refere ao objetivo dessa ação estratégica. De acordo com essa concepção, a assistência farmacêutica baseia-se na aquisição e distribuição de medicamentos e na disponibilização do mesmo ao usuário, não importando ou necessitando de acesso com orientação adequada e acompanhamento do tratamento, que poderia ser refletido no uso correto do medicamento, diminuindo assim os casos de intoxicação e óbito ocasionado pelo mesmo.

Outra razão para esse entendimento equivocado é não ter havido força política nem legitimidade que conseguisse minimizar o que estava enraizado pelo mercado e cultura brasileiros em que as ações de assistência farmacêutica ainda dependem de vontade política e do entendimento de gestores e gerentes quanto à sua necessidade e importância.

---

<sup>5</sup> PORTARIA Ministerial N.º 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.

Para que ocorra mudança de paradigmas, os Governos e os Gestores devem estabelecer políticas de financiamento para estruturação e organização dos serviços, capacitação e investimento em recursos humanos, com farmacêuticos atuando efetivamente na dispensação.

Para se chegar à publicação da PNM, muitas discussões, debates de segmentos interessados no assunto e seminários preparatórios elaborados por uns poucos atores aconteceram e permearam o norte das diretrizes.

As justificativas para a aprovação da PNM centram força no volume de serviços oferecidos pelo Sistema de Saúde Brasileiro; da saúde como fator de qualidade de vida do cidadão, associado à alimentação, habitação, saneamento básico e bem-estar físico e mental; do difícil acesso da população aos fármacos e, por sua vez, seu alto custo; da necessidade de regulação da produção, comercialização e importação de fármacos; das novas demandas que surgirão a cada ano, devido a mudanças na expectativa de vida e a novas doenças e medicamentos que surgem no mercado; das diretrizes de produção de informação sobre medicamentos e saúde de forma adequada a que a população possa ter acesso para promoção do uso racional; por fim, da assistência farmacêutica não mais direcionada à aquisição e distribuição de medicamentos, e sim à orientação efetiva quanto ao uso dos fármacos, à participação na equipe multidisciplinar promovendo educação em saúde e todas as atividades inerentes ao profissional de saúde, centradas ou não no medicamento.

A PNM foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e teve como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade desses produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Suas principais diretrizes são o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária. (BRASIL, 2002a).

De modo geral, a PNM não deixou escapar de seus objetivos os princípios propostos na Constituição da República Federativa e da Lei Orgânica da Saúde, nascendo fortalecida e legitimada por preceitos legais.

De forma inquietante, observa-se hoje, após cinco anos de aprovação, com todo seu arcabouço legal, que não houve implantação ou reconhecimento da Política por parte dos gestores estaduais e municipais. Alguns estados não têm uma Política Estadual de Medicamentos, não legitimando e tornando frágeis as ações voltadas para esse campo, deixando-as à mercê de vontade política do gestor. Essa é uma área onde a economia impera, uma vez que, se o medicamento chega à mão do cidadão, então todos os problemas estão resolvidos. Não há uma consciência quanto à importância desse segmento da saúde pública.

O medicamento ainda é visto e tratado como bem de consumo e não como insumo para prevenção e tratamento de enfermidades. Há necessidade de legitimação e ordenação de condutas, viabilizando o tratamento do medicamento como insumo básico para promoção da saúde. O Ministério da Saúde, como órgão regulador da saúde, deve utilizar-se de suas prerrogativas e assumir essa função.

### **3.1.3 PROGRAMA DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS EM CARÁTER EXCEPCIONAL (PMDCE)**

#### **a) Histórico e Conceitos**

A assistência à saúde tem como parte integrante e essencial a assistência farmacêutica, sendo o uso do medicamento necessário em algum momento da vida do cidadão, quer na terapêutica quer na prevenção de doenças. A garantia do acesso a medicamentos com a promoção do seu uso racional é e deve ser o objetivo principal das ações que norteiam a assistência farmacêutica.

São garantidos à população medicamentos dispensados na atenção básica, nos programas estratégicos do Ministério da Saúde, no programa de saúde mental;



medicamentos hospitalares e, dentro da alta complexidade, medicamentos incluídos nos procedimentos de oncologia, oftalmologia e medicamentos excepcionais.

A promoção do acesso a medicamentos torna-se um árduo e contínuo exercício das esferas de Governo, por se tratar de área em constante crescimento, afetada pelas leis de mercado, pela crescente demanda em número e complexidade, pelo alto custo e pelas necessidades intermináveis da população crescente e empobrecida socialmente. Os direitos sociais confundem-se com *lobby*<sup>6</sup> de indústria, dificultando as ações dos legisladores, dos juristas, da população e dos Governos.

O PMDCE vem, ao longo dos anos, evoluindo e sofrendo mudanças. O seu objetivo inicial permanece apenas como conceito, pois, na prática, o sentido mudou com a publicação da Portaria Ministerial de 2002.

São abrangidos pelo PMDCE aqueles medicamentos de elevado valor unitário, ou que, pela cronicidade do tratamento, se tornam excessivamente caros para serem suportados pela população. (BRASIL, 2002c, p. 11). O programa apresenta razões dicotômicas em sua existência quando analisamos a questão do acesso a esses bens, uma vez que se torna includente na sua formatação e excludente na forma de atendimento, já que está disponível para um pequeno contingente da população com um custo alto e insatisfatório.

O termo excepcional surgiu a partir da Portaria Ministerial n.º 03/82, relacionado à forma de aquisição, onde, numa situação de necessidade individual, não houvesse equivalente disponível na RENAME. Diante da justificativa médica e da assinatura do responsável pelo serviço de assistência farmacêutica era então adquirido o medicamento em caráter excepcional.

Alguns medicamentos que posteriormente constaram da relação de medicamentos excepcionais inicialmente foram incorporados à padronização de medicamentos

---

<sup>6</sup> Ou *lobbying*: uma transmissão de mensagens do grupo de pressão aos *decisions – makers* por meio de representantes especializados (em alguns casos, como nos Estados Unidos, legalmente autorizados), que podem ou não fazer uso da ameaça de sanções. BOBBIO, N., MATTEUCCI, N. e PASQUINO, G. *Dicionário de política*. 11.ed. v.1, Tradução de Carmen C. Varriale *et al.* Coord. de trad. João Ferreira. Brasília: UnB, 1998. 674p. total 1.330 p.

básicos, como foi o caso da azatioprina, sulfassalazina, ferro coloidal e hormônio de crescimento.

No estado do Espírito Santo, a definição de medicamento excepcional foi referida na Instrução de Serviço n.º 525/95, que trata da composição de processo, aquisição e dispensação de medicamentos excepcionais comercializados no País e/ou importados, para tratamento ambulatorial de patologias especiais que exigem terapêutica especial. A Instrução de Serviço, em seu artigo 1º diz:

[...] os medicamentos excepcionais são considerados aqueles utilizados em doenças raras ou de baixa prevalência, ou aqueles no qual a terapia farmacológica ambulatorial resulte em custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos.

O hormônio de crescimento foi um dos primeiros medicamentos a serem adquiridos como excepcional devido ao seu alto custo e à necessidade de importação (SILVA, 2000, p. 80), já que o Brasil não manteve tecnologia de produção interna, e também por se tratar de uma reivindicação da Associação dos Portadores de Nanismo Hipofisário, a qual pode ser identificada como a primeira organização social para essa demanda.

O início do programa deu-se no ano de 1982 com a publicação da Portaria Interministerial MPAS/MS/MEC n.º 3 de 15 de dezembro de 1982, que regulamenta e estabelece a RENAME como definidora dos produtos farmacêuticos prioritários para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças prevalentes na população brasileira, e delega à CEME a competência para promoção de estudos para atualização periódica da RENAME. Estabelece, ainda, a adoção da RENAME pelos órgãos públicos conveniados e normas para fornecimento gratuito de medicamentos. No item 3 e subitens 3.2 e 3.3 da Portaria, é feita ressalva à questão da aquisição de medicamentos em caráter excepcional, nos seguintes termos:

[...] em caráter excepcional, os serviços prestadores de assistência médica e farmacêutica poderão adquirir e utilizar medicamentos não constantes da RENAME, quando a natureza ou gravidade da doença e as condições peculiares do paciente o exigirem e desde que não haja, na RENAME, medicamento substitutivo aplicável ao caso.

E completa:

A prescrição excepcional de que trata o subitem 3.2 será obrigatoriamente objeto de justificativa, a ser apresentada, por escrito, pelo médico assistente do caso, e homologada, a posteriori, pelo órgão de auditoria médica da instituição prestadora do atendimento.

No ano de 1987, pela Ordem de Serviço n.º 134, foram estabelecidas normas para a aquisição de medicamentos nas Superintendências Regionais do INAMPS. Para o medicamento excepcional ficou estabelecido que a aquisição antes efetuada pela CEME passaria a ser feita diretamente no mercado nacional pelas Superintendências Regionais, e os importados continuariam a ser solicitados à Direção Geral, com apresentação do *Termo de Conhecimento de Risco* assinado pelo médico e paciente, e com a avaliação da solicitação feita por especialista do INAMPS (SILVA, 2000, p. 83-4).

No estado do Espírito Santo o *Termo de Conhecimento de Risco* está preconizado desde a Instrução de Serviço n.º 525/95, para aquisição de medicamentos importados.

As Superintendências Regionais passaram a ter autonomia para estabelecer programas de utilização de medicamentos excepcionais de acordo com peculiaridades epidemiológicas, desde que publicados em Boletins de Serviço e comunicados à Coordenadoria de Administração de Atividades de Farmácia, à Comissão Regional de Farmácia e Terapêutica e à equipe de farmácia. Esta Ordem de Serviço regulamenta a operacionalização desde a solicitação até a entrega do medicamento excepcional ao paciente (SILVA, 2000, p. 84).

A partir da extinção dos escritórios regionais do INAMPS em 1990, os programas de assistência farmacêutica foram descentralizados para os estados, culminando com a extinção da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica em nível nacional e das estruturas regionais, representadas pelas CDM, e em 1993 o próprio INAMPS foi extinto. Com essas mudanças, a responsabilidade pelos programas de assistência farmacêutica passou a ser dos estados.

Toda a história do programa com o formato existente hoje se iniciou no ano de 1993, que contava com 15 substâncias padronizadas em 31 apresentações comerciais, conforme Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde - MS/SAS n.º 142.

Em dezembro de 1993, a SAS editou a Portaria n.º 177, que aprovou novo modelo de Ficha de Cadastro Ambulatorial (FCA) e o Código de Atividade Profissional Farmacêutico, código 65.

Com o passar dos anos, novos medicamentos foram incluídos na relação de medicamentos excepcionais. Em 1995, estavam padronizadas 22 substâncias em 33 apresentações comerciais.

Em 1996, houve uma reorganização sob o ponto de vista operacional no PMDCE. O objetivo principal da Portaria MS/SAS n.º 204/96 foi de aprimorar o controle dos gastos com medicamentos excepcionais no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e também de complementar a relação de medicamentos excepcionais e estabelecer que os medicamentos fossem dispensados nos Serviços de Farmácia de Unidades Públicas, designadas pelas Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde. Este último é de suma importância, pois define e limita a atenção prestada aos pacientes dos serviços públicos, respeitando os preceitos de universalidade, integralidade e igualdade do SUS. Na verdade, é um dos poucos serviços em que não há outra via de atendimento que não seja o público; suplementar. Quanto ao incremento no número de itens padronizados, houve um aumento para 32 substâncias ativas e 53 apresentações comerciais.

Com a inclusão dos medicamentos utilizados no tratamento de esclerose múltipla em 1997, a relação passou a compor 34 substâncias ativas em 56 apresentações comerciais.

O que se observa na evolução do Programa é que as inclusões de itens foram acontecendo sem prévia discussão e elaboração por parte dos gestores e equipe técnica; na maioria das situações, houve mobilização de associações civis organizadas e/ou da indústria farmacêutica. Com isso não se conseguiu estabelecer

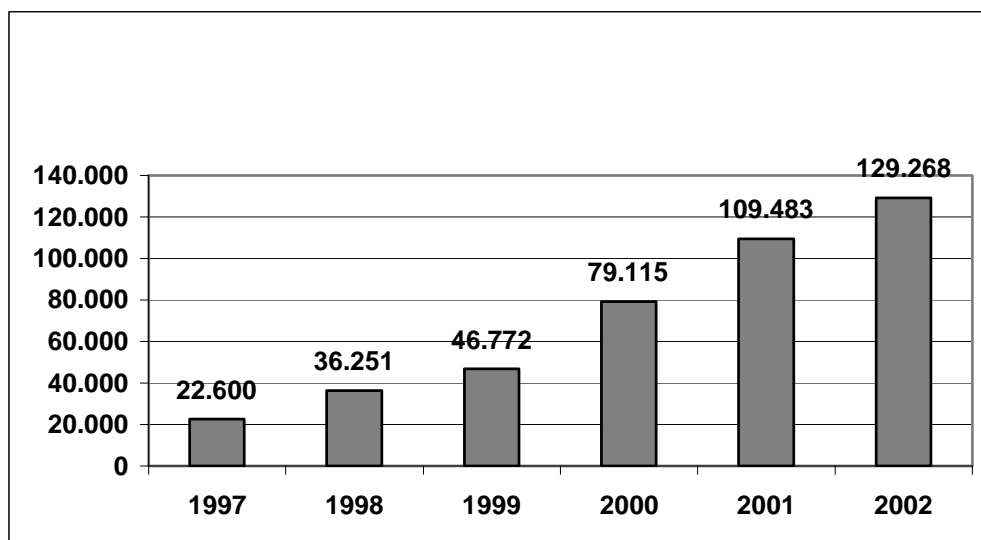
a questão da demanda e acesso dos pacientes, o que gerou entraves e embates no atendimento.

A Portaria Ministerial n.º 254/99 determina que os gestores do SUS elaborem programação físico-financeira anual de medicamentos excepcionais para a completa cobertura da demanda (SILVA, 2000, p. 95).

Os valores de repasse da tabela SIA/SUS para os medicamentos excepcionais não são atualizados rotineiramente, gerando um déficit médio de 50% no montante gasto pelos estados, a quem cabe o pagamento da diferença. O reflexo dessa conduta normalmente é a falta de medicamento e dificuldade do acesso.

O ano de 1999 delineou o norte no que diz respeito a questões técnico-científicas para os medicamentos excepcionais. Pela Portaria Gabinete do Ministro (GM) n.º 1.310 de outubro foi criada a Comissão de Assessoria Farmacêutica à Secretaria de Assistência à Saúde, composta pelos representantes da SAS, da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), da Secretaria Executiva (SE) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS). A finalidade da Comissão era estabelecer critérios que deveriam ser permanentemente avaliados para seleção, inclusão, substituição e exclusão de medicamentos excepcionais na Tabela de Procedimentos SIA/SUS.

Ao final do ano de 2001, o Programa continha em sua Tabela 41 substâncias ativas e 83 apresentações comerciais de medicamentos, atendendo a mais de 109 mil pacientes a um custo anual de R\$ 449,5 milhões (BRASIL, 2002c, p. 12).

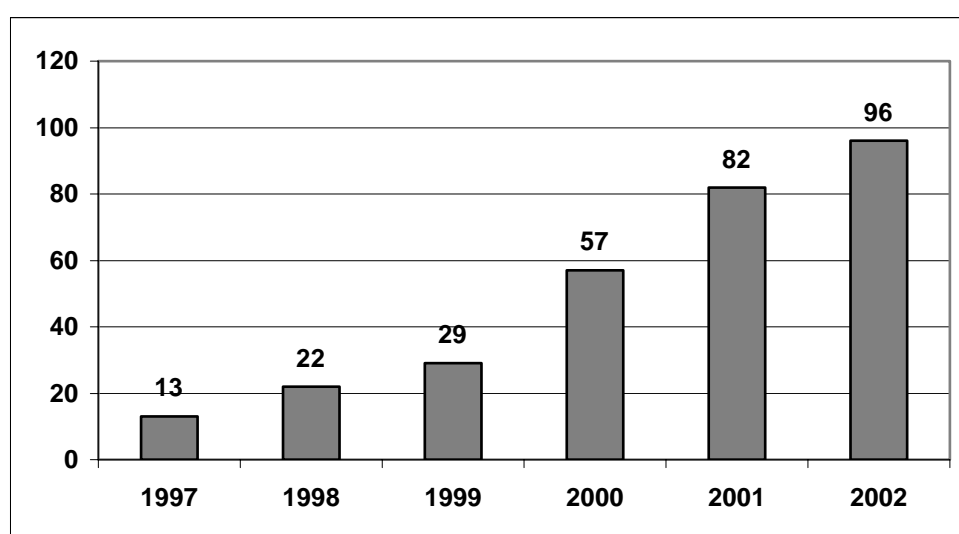


**Figura 1: Medicamentos Excepcionais: evolução do número de pacientes atendidos entre 1997 e 2002.**  
Fonte: BRASIL, 2002b.

No ano de 2002, com a publicação das portarias nº 1.318 e 921 de julho e novembro de 2002, respectivamente (ANEXOS III e V), houve um salto no número de itens padronizados e de doenças incluídas no Programa, passando para uma média de sessenta doenças, e inclusão de novos itens, perfazendo total de 105 substâncias e 220 apresentações. O número de pacientes atendidos pelo Programa aumentou para 129 mil, e o volume financeiro passou a R\$ 483 milhões (Brasil, 2002c, p. 2). Com esse incremento, houve uma mudança no norte do Programa, que passou a atender doenças consideradas de responsabilidade da esfera municipal por constarem de políticas da atenção básica; no entanto outras continuaram sem assistência.

O Estado do Espírito Santo não possui dados que permitam a visualização do número de usuários atendidos e de unidades dispensadas nos anos de atendimento do PMDCE. Esse fato não é raro nos Estados brasileiros, por não priorizarem ações efetivas com financiamento próprio para a organização, estruturação e capacitação de recursos humanos que culminam em preocupação na finalização do ciclo da assistência farmacêutica com uma dispensação correta que se responsabiliza pelo cuidado e saúde do cidadão. O que se observa é a urgência em entregar o medicamento ao usuário e finalizar o atendimento.

O incremento visualizado no ano de 2002 não se refletiu de imediato na assistência, visto que os estados não estavam preparados para assumir o aumento da demanda, tendo em vista a habilitação de referências, de organização da estrutura preexistente para atendimento nas farmácias e de disponibilidade financeira para aquisição dos medicamentos, já que todos apresentavam déficit anterior por defasagem na tabela de repasse dos medicamentos dispensados e faturados, bem como problemas operacionais e gerenciais quando do faturamento da APAC.



**Figura 2: Medicamentos Excepcionais: evolução do número de unidades dispensadas entre 1997 e 2002, em milhões de unidades dispensadas.**

Fonte: BRASIL, 2002b

## **b) Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**

Entre as áreas da atenção à saúde, talvez a mais tortuosa e discutível seja a da assistência farmacêutica, principalmente por estar associada à disponibilidade do medicamento, perseguida por fatores diversos relacionados a mercado, condição socioeconômica dos cidadãos, relação simbólica com o medicamento,<sup>7</sup> demanda infinita e limitação de recursos para a saúde.

---

<sup>7</sup> Sobre esse assunto, ver LEFEVRE, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991. (Coleção Pensamento Social e Saúde, vol.6).

Além disso, é realidade inequívoca que a disponibilidade de medicamentos de qualidade garantida é um indicador de qualidade dos serviços de saúde (OPS<sup>8</sup> *apud* BUSS, 1999, p. 18).

Nessa perspectiva, relaciona-se a necessidade da disponibilidade do insumo e o cuidado necessário ao se tratar da questão do consumo, pois,

[...] ao mesmo tempo em que o medicamento é um importante insumo no processo de atenção à saúde, pode também se constituir em fator de risco quando utilizado de maneira inadequada. Não se trata, portanto, de promover o acesso a qualquer medicamento ou de qualquer forma, mas, sim, de promover o uso racional e seguro desses produtos. O escopo da ação estatal abrange medidas que assegurem oferta adequada de medicamentos em termos de quantidade, qualidade e eficácia (BRASIL, 2002C, p. 13).

O conceito de uso racional de medicamentos estabelecido pela OMS no ano de 1985, pela Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos e Accion Internacional para la Salud – América Latina y el Caribe – SOBRAVIME e AIS-LAC – (2001, p. 50), diz:

[...] requer que pacientes recebam a medicação apropriada para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado, e ao menor custo possível para eles e sua comunidade.

Assim, critérios devem ser levados em conta quando do uso racional de medicamentos:

- indicação apropriada, ou seja, baseada em provas científicas;
- dose, administração e duração apropriadas do tratamento;
- paciente em condições de receber o tratamento medicamentoso (não existem contra-indicações, e a probabilidade quanto a ocorrência de reações adversas seja mínima);
- dispensação correta, incluindo informação adequada para os pacientes acerca dos medicamentos prescritos;

---

<sup>8</sup> OPS. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: los medicamentos esenciales*. Washington: OPS, 1990 *apud* BUSS, P. M. Medicamentos na reforma do setor saúde: em busca da equidade na América Latina. In: BERMUDEZ, J. A . Z. ; BONFIM, J. R. A . (Orgs). *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999. p.15-20.



- observância do tratamento pelos pacientes.

Esses critérios **necessariamente** envolvem a prescrição, a dispensação e o consumo. Nesse sentido, explicita-se a relevância em se tratar esse tema com o cuidado exigido, com políticas públicas sérias e legítimas, com o cumprimento, pelos governos federal, estaduais e municipais das diretrizes e responsabilidades inerentes a cada esfera de governo, com a conscientização dos atores (operadores e usuários) envolvidos, sobre sua co-responsabilidade para que os resultados sejam os princípios norteadores do SUS efetivamente implantados.

A introdução de novos fármacos no mercado mundial nas últimas décadas trouxe importantes possibilidades terapêuticas e, juntamente com elas, o risco maior de uso indevido dos medicamentos, contrariando os objetivos da OMS no que concerne ao uso racional dos medicamentos. Esse uso indevido está relacionado a informações distorcidas para os profissionais de saúde, *lobby* dos fabricantes, propagandas maciças nos meios de comunicação e regulação do mercado em poder da indústria, e não do Governo.

Para Sobravime e Ais-Lac (2001, p. 13),

Há mais de uma década a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que 70% do mercado mundial de medicamentos estava constituído por substâncias não essenciais, desnecessárias e até perigosas. [...] Antigas e novas modalidades de promoção comercial de produtos farmacêuticos ampliam indiscriminadamente o seu consumo, influenciando sobre a prescrição, dispensação, provisão, aquisição e o uso de medicamentos.

Ao se expor essa situação, verifica-se a necessidade de formulação e aplicação de políticas de saúde baseadas em evidência científica por parte do governo e principalmente de um controle social efetivo, atuante e parceiro nas decisões.

Uma das vertentes para o uso racional dos medicamentos é a utilização de protocolos clínicos, identificados como um instrumento de recomendação para o uso adequado do medicamento.

A definição de protocolos terapêuticos representa uma atividade complementar e muito importante para melhorar os ganhos pretendidos com a RENAME e o Formulário Terapêutico. Ao mesmo tempo que se observam muitas variações nas condutas clínicas e uma grande variedade/complexidade das tecnologias de diagnose e terapêutica, também se verifica que na área farmacoterapêutica as indicações de eleição para a maioria dos medicamentos são bem específicas e restritas a determinados grupos de pacientes. Assim, estabelecer os protocolos para utilização desses produtos é cada vez mais plausível e recomendável, orientando a tomada de decisões e uniformizando aquelas condutas possíveis e justificáveis com base no paradigma da prática baseada em evidências (OPAS/OMS; MARIN, 2003, p. 143).

A construção de diretrizes nacionais com orientações e condutas baseadas na melhor evidência científica disponível não é tarefa fácil. Autoridades internacionais admitem que, infelizmente, a boa pesquisa médica não se transforma imediatamente em boa prática clínica. Há um longo caminho entre a descoberta científica e a chegada desta ao médico que toma as decisões e outro longo caminho até se alcançar o real benefício aos pacientes (BRASIL, 2004, p. 58).

A prática da utilização de protocolos clínicos foi estabelecida no ano de 2002 no PMDCE através do Ministério da Saúde. Sua formulação teve função precípua de atender as diretrizes da PNM; as necessidades de gerenciamento adequado do Programa e promover o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2002c, p. 13).

O objetivo dos Protocolos é estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, e a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos. Observando ética e tecnicamente a prescrição médica, os protocolos têm, também, o objetivo de criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz (BRASIL, 2002c, p. 14).

A Medicina Baseada em Evidência<sup>9</sup> é hoje, senão uma prática, uma tendência mundial. Ainda existem limitações, resistência e, pode-se dizer, falta de informação por parte dos profissionais de saúde. Como demonstrado em Brasil (2002c, p. 14), o Ministério da Saúde, ao desenvolver o trabalho de construção dos Protocolos, incorpora-se ao movimento internacional da Medicina Baseada em Evidências e passa a disseminar o conhecimento, assume responsabilidades antes não expressas, dispõe-se ao debate, chama os agentes desse processo à discussão, conta com o auxílio da comunidade científica e constrói uma nova dimensão de gestão em medicamentos.

A inserção e exigência da atuação efetiva do dispensador nesse modelo implantado dá-se por meio da prática da atenção farmacêutica<sup>10</sup>, baseada na provisão responsável do tratamento farmacológico, subsidiada pelos Protocolos Clínicos, com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente, prática que implica a cooperação do profissional farmacêutico com o paciente e outros profissionais mediante desenho, execução e monitorização de um plano terapêutico (BRASIL, 2002c, p. 14).

Os Protocolos foram criados com a participação de uma equipe de trabalho composta por médicos, professores universitários com formação em farmacologia clínica e epidemiologia, farmacêuticos e um serviço de apoio. Essa equipe contou com o apoio da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), dos Coordenadores de Assistência Farmacêutica dos Estados, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), do Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC) do Rio de Janeiro, de diversas Sociedades Médicas, de médicos, gestores de saúde, usuários do SUS e da própria indústria farmacêutica (BRASIL, 2002c, p. 14).

---

<sup>9</sup> Consiste na integração das melhores evidências de pesquisa com a habilidade clínica e a preferência do paciente. (SACKETT, D. L. et al. 2003).

<sup>10</sup> É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicosociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. (IVAMA et al. 2002).

A metodologia utilizada pelo Ministério da Saúde visou à maior participação possível dos profissionais atuantes dos serviços de saúde. Com esse pressuposto, inicialmente foi elaborada a primeira versão dos protocolos pela equipe do Ministério da Saúde, depois analisada, por médicos consultores. Após esse momento, foi submetida à Comissão de Assessoria Farmacêutica da Secretaria de Assistência à Saúde para discussão com os técnicos dos estados e, finalmente, foi publicada no Diário Oficial da União em Consultoria Pública Nacional, por um período de, pelo menos, 60 dias. Ao final do prazo para sugestões, ocorreu a edição dos textos e publicação das Portarias referentes a cada patologia (BRASIL, 2002c, p. 14-5).

Com a finalidade de nortear a seleção dos medicamentos e aquisição pelos estados, realizou-se um estudo de custo-efetividade. Para alguns protocolos, foi proposta uma avaliação de custo-efetividade com dados nacionais; para outros, a avaliação foi baseada em dados internacionais e os cálculos gerados, utilizados como estimativa (BRASIL, 2002c, p. 15).

Os médicos da equipe técnica realizaram todas as versões das diretrizes de tratamento e, a partir desses textos, foram construídos os fluxogramas de tratamento. Os farmacêuticos, com base nas diretrizes, elaboraram os fluxogramas de dispensação, as fichas farmacoterapêuticas e os guias de orientação aos pacientes. Os termos de consentimento informado foram realizados em conjunto pela equipe de médicos e farmacêuticos (BRASIL, 2002c, p. 15).

### **c) Financiamento e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC)**

No que concerne ao tema financiamento, há que se destacar o momento de transição, marco importante na história sociopolítica e econômica da construção do SUS. Um passo significativo, conforme Brasil (2002b, p. 43) para o cumprimento da diretriz constitucional de construção do SUS com direção única, em cada esfera de governo, foi a transferência do INAMPS/MPAS para o Ministério da Saúde pelo decreto n.º 99.060, de 7 de março de 1990.

De modo coerente, pelo menos teoricamente, a transferência ocorreu de forma gradual, viabilizando a continuidade das ações em curso. Dessa forma, o INAMPS foi extinto três anos depois, pela Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993, que em artigo primeiro, parágrafo único, estabelecia: “As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990” (BRASIL, 2002b, p. 15).

A lógica de financiamento e de alocação de recursos manteve-se no formato inampsiano e atravessou crises relacionadas a transição e pós-transição, gerando dificuldades de honrar os compromissos resultantes das definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2002b, p. 15).

Com relação a esse momento de crise, no ano de 1993 houve suspensão do repasse dos recursos do orçamento da seguridade social para o Ministério da Saúde por parte do Governo Federal, pelo Ministério da Previdência Social. Iniciou-se a comentada crise recorrente de “desfinanciamento” da saúde, que se estendeu por dois anos, contornada depois com a aprovação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) e, em 2000, por uma emenda constitucional para a definição de fontes (MISOCZKY, 2002, p. 95).

Ainda de acordo com Brasil (2002b, p. 15), a partir de 1998, as estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao financiamento foram:

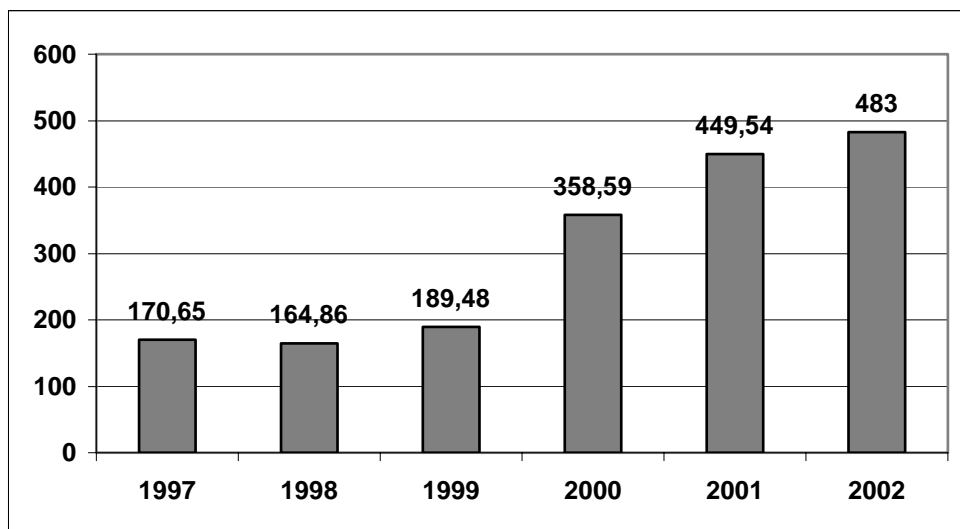
- busca de mais recursos;
- fontes estáveis de financiamento para a saúde;
- distribuição mais eqüitativa dos recursos entre os estados da federação.

Houve um incremento de recursos financeiros alocados no orçamento do Ministério da Saúde dos anos de 1997 e 2001, passando de R\$17.120.238.461,00 para R\$22.598.227.190,00, representando um crescimento de 31,9%. No ano de 2001, um passo importante foi dado, com a promulgação da Emenda Constitucional n.º 29,

de 13 de setembro de 2000, que assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A Emenda Constitucional altera alguns artigos e parágrafos, com a intenção de elevar e exigir uma aplicação mínima de recursos em saúde, estabelecer formas de aplicação, fontes de aplicação e responsabilidades de cada esfera em caso de não aplicação dos recursos (BRASIL, 2002b, p. 15).

Em abril de 1999, pela Portaria GM/MS n.º 531 foi criado o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), com objetivo de garantir o financiamento, pelo gestor federal, de procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual ou procedimentos decorrentes de ações consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde. Anteriormente, a totalidade dos recursos federais destinados ao custeio da assistência à saúde estava alocada nos tetos financeiros dos estados e do Distrito Federal. O FAEC possibilitou a criação de uma Câmara de Compensação e, posteriormente, a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade, destinada a financiar os procedimentos de alta complexidade realizados em um estado, em pacientes provenientes de outros estados onde esses serviços não eram oferecidos (BRASIL, 2002b, p. 50-1).

Ações estratégicas decorrem de políticas de saúde definidas em função das necessidades de grupos prioritários. Em dezembro de 2001, a destinação dos recursos do FAEC pelo Ministério da Saúde estava dividida em quatro grandes blocos de ações financiadas. O medicamento excepcional está inserido no bloco de Ações Assistenciais Estratégicas, as quais estão voltadas para grupos populacionais prioritários e para a ampliação de acesso dos usuários do SUS aos procedimentos com grande demanda reprimida, definidas em função de políticas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Além dos medicamentos excepcionais, alguns outros serviços são elencados: Campanhas de Cirurgias Eletivas, Transplantes, kit para Carga Viral para diagnóstico de Aids, Cirurgia Bariátrica, Terapia Renal Substitutiva, por exemplo. (BRASIL, 2002b, p. 50-1).



**Figura 3: Medicamentos Excepcionais: evolução dos gastos entre 1997 e 2002, em milhões de reais.**

Fonte: BRASIL, 2002b.

Até o final de 1999, os medicamentos excepcionais eram financiados com recursos repassados pelo Ministério da Saúde e integrantes dos tetos financeiros dos estados. Os repasses eram feitos mediante a apresentação da “fatura” pelos estados, e isso acontecia após a compra e dispensação do medicamento. A partir de 2002 o medicamento excepcional passou a integrar o FAEC (BRASIL, 2002b, p. 127).

Uma decisão importante, pelo menos no momento em que aconteceu, foi a aprovação da Lei n.º 10.147, de 21 de dezembro de 2000, cujo objetivo era de redução de preços na aquisição dos medicamentos. A lei dispõe sobre a concessão de crédito presumido sobre a contribuição para os Programas de Integração Social e de formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP) e para a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), nas operações de venda de medicamentos sujeitos à prescrição médica, identificados por tarja vermelha ou preta e destinados ao mercado interno (BRASIL, 2002b, p. 127).

Até o ano de 2002, algumas alterações ocorreram, e em 5 de julho de 2002, foi publicado o Convênio Imposto de Circulação sobre Mercadorias e Serviços (ICMS) 87, de 28 de junho de 2002, pelo Conselho de Política Fazendária (CONFAZ), que concedeu isenção do ICMS às operações realizadas com diversos fármacos e medicamentos do PMDCE. A economia gerada pela desoneração tributária – cerca

de R\$ 87 milhões em 2002 (agosto a dezembro) e de R\$ 119 milhões em 2003 – está sendo revertida em incremento no Programa de Medicamentos Excepcionais. Em cima dessa previsão, o Ministério da Saúde incluiu novos medicamentos na relação dos medicamentos excepcionais (BRASIL, 2002b, p. 128).

O gerenciamento do Programa e o controle nominal dos pacientes foi implantado no ano de 2000, a partir da criação do sistema de APAC para a distribuição dos medicamentos, pela Portaria MS/SAS n.º 409/99 (BRASIL, 2002b, p. 129).

A Portaria n.º 409 estabelece os procedimentos para fornecimento dos medicamentos excepcionais, controle individualizado dos pacientes por meio de Cadastro de Pessoa Física (CPF), Classificação Internacional de Doenças (CID), quantidades máximas de medicamentos e outros procedimentos (SILVA, 2000, p. 98-9). Ainda de acordo com a autora, é um avanço importante no controle dos gastos, todavia, há que se ter um bom investimento em recursos humanos, pois aumenta substancialmente o volume de trabalho administrativo, sob o risco de haver um número enorme de rejeição do sistema informatizado decorrente de erros de preenchimento de APACs. Essa afirmação está intrinsecamente relacionada a todos os entraves que vêm ocorrendo nos estados, tanto pela inobservância dos gestores relativa à necessidade de organização da estrutura e dos processos para que se atinjam resultados satisfatórios, quanto pela pouca habilidade dos operadores, muitas vezes despreparados para a função.

Em outubro, foi implantada no SIA/SUS a tabela de procedimentos com oito dígitos, pela Portaria MS/GM n.º 1.230, de 14 de outubro de 1999. Os medicamentos passaram a ser dispensados mediante o código 36 e 26 subgrupos.



### 3.1.4 SÍNTESE

A tendência atual dos gestores é se perguntar se há possibilidade em ser justo e resolutivo com demandas crescentes e complexas a cada dia em atendimento ao estabelecido na Constituição Federal em contraponto aos recursos limitados para a saúde. Desse modo, as possibilidades de resolução parecem diminuir, enquanto se discute a legalidade em se limitar ou racionalizar o atendimento, inviabilizando os princípios constitucionais de integralidade e universalidade.

A universalização do acesso aos serviços de saúde e, em consequência, ao tratamento farmacológico, implica atender de maneira integral as necessidades do cidadão, nem sempre prevalecendo o uso adequado quando existe o acesso, pois a atenção, em muitas situações, está voltada a interesses de mercado, ocorrendo condutas que oneram o orçamento público, em detrimento da forma criteriosa de atendimento aos cidadãos.

A questão da escassez de recursos no Brasil é um ponto crítico e acompanha a crise financeira mundial, quando se observa que países com economia estável têm debruçado em longas discussões para elaboração de modelos de atenção à saúde com recursos limitados e bem gerenciados.

Um agravante no Brasil é a situação de extrema pobreza a que estão submetidos milhares de brasileiros, situação que gera necessidades consideradas básicas, como a nutrição e o saneamento, e se refletem diretamente na saúde. Conseqüentemente, o medicamento torna-se de certa forma irrelevante, já que cuidar da fome passa a ser urgência, uma vez que a saúde é um conjunto de fatores que não devem ser dissociados.

Discute-se, em várias instâncias, o que seria considerado ideal em relação à amplitude do atendimento a tratamentos de alto custo para um número limitado de pacientes em contraposição a tratamentos de menor custo, de eficácia e de impacto na saúde, para um grande número de pessoas, com o mesmo montante.

Os estados da Federação atravessam momentos de importante crise financeira, demonstrada com o volume de recursos repassados que não acompanham a demanda.

Chega-se a um ponto em que é preciso mobilizar as instâncias gestoras, os cidadãos, por meio de associações, os Conselhos de Saúde e o poder judiciário, para que se aplique a justiça e os direitos humanos e se cumpram os preceitos Constitucionais de forma organizada e consentida.

## 3.2 DIREITO À SAÚDE / DIREITO E SAÚDE

Com o intuito de nortear e facilitar a contextualização do tema relacionado a medicamento como insumo de promoção e recuperação da saúde com o tema em estudo, a judicialização na aquisição de medicamentos, neste capítulo se descreverá um pouco da história da Constituição da República Federativa do Brasil, que é a Lei Magna por meio da qual os brasileiros, de um modo geral, estabelecem as normas, as Leis Orgânicas e as lutas sociais. Discutirá direitos humanos, justiça e cidadania, culminará no enfoque das demandas e necessidades humanas e finalizará nas diretrizes do SUS: equidade, universalidade e integralidade.

Para que se viabilize a continuidade da contextualização, em um segundo momento será feita referência à aplicação do direito, abordado como instrumento de transformações sociais; argumentações, eficácia e efetividade, e mandados judiciais.

### 3.2.1 Constituição da República Federativa do Brasil<sup>11</sup> (CFB)

A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil no ano de 1988 foi um marco em nossa evolução sociopolítica e econômica, por estar mais próxima do que se pode afirmar da plenitude dos direitos dos cidadãos brasileiros. Em seu discurso de implantação, considerou-se Estado de Bem-Estar e de Direito, como bem explicita Demo (1995, p. 69-76),

O *welfare state* nunca passou de mera hipótese de trabalho. Trata-se de hipótese suposta, porque jamais concretamente observada. [...] Quem lê a Constituição, desde que não observe o país, tem a impressão abundante de que nos encontramos na Europa Nórdica, tão exuberantes e tão fáceis são os direitos e os benefícios prometidos à população. Um rosário de direitos é desfiado no início, dando a entender que o regulador central da sociedade e da economia seria a cidadania [...]. A ordem social é marcada pelo acesso desimpedido e pela gestão democrática.

---

<sup>11</sup> Preâmbulo da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988: "Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil".

Perpassando pela aplicação desses direitos plenos, Demo (1995, p. 82) nos remete a questionar o significado do que é a lei no papel e a sua efetiva implantação. O autor diz que se observa no Brasil uma economia significativa rodeada de extrema pobreza e que os relatórios do Índice de Desenvolvimento Humano castigam o país como exemplo típico de capitalismo perverso. Há recursos e há leis, mas não há justiça e bem-estar para todos. A maioria dos direitos previstos na Constituição não dispõe de recursos financeiros.

Kelsen (2000, p. 450), ao estudar, discutir e dialogar sobre os escritos de Platão, em dado momento cita o significado da Constituição para a justiça, e relata:

[...] se desejamos compreender o significado do assim chamado Estado ideal em Platão, precisamos ter consciência da essência da Constituição, enquanto mera parte da ordem geral do Estado. [...] Ela apresenta apenas o método, o procedimento a partir do qual são geradas as normas que configuram contentutisticamente as relações entre os homens. [...] Sendo a Constituição uma ordem parcial, ela jamais pode ser a justiça, mas apenas e sempre o caminho pelo qual se chega a esta.

Ainda sobre o significado e a finalidade do termo constituição, Ataliba (1993, p.31) contribui afirmando que a palavra constituição tem um sentido gramatical (norma que cria e dota de órgãos um estado), mas que o direito não se restringe a esse conceito e sim de forma ampla, comprometedor e envolvente, como um direito político, acompanhado da história, cultura e da carga sociológica e ideológica que o acompanha.

Segundo Lassale<sup>12</sup>, *apud* Hesse (1991, p. 9) “[...] questões constitucionais não são questões jurídicas, mas sim questões políticas. É que a Constituição de um país expressa as relações de poder nele dominantes”.

---

<sup>12</sup> LASSALE, F. *Gesammelte reden und schriften*. Org. e introd. De Edu Bernstein II (1919) *apud* HESSE, K. *A Força normativa da constituição*. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Fabris, 1991. 34p.

A Constituição Federal, de acordo com a hierarquia do ordenamento jurídico, é a lei fundamental. O princípio de supremacia da Constituição atende a exigências múltiplas e diversas: manutenção da estabilidade social do grupo, formação de um sistema de critérios legais básicos a cuja luz a aplicação de numerosa legislação se disciplina. Em conformidade com a hierarquia, temos a Constituição, as leis orgânicas ou complementares, as leis ordinárias (votadas pelo Legislativo). Das ordinárias, têm-se as especiais (dizem respeito a determinado assunto) (LIMA, H, 2002, p. 141-2).

Ainda de acordo com Lima, H (2002, p. 309),

[...] o direito constitucional relativo a um tipo histórico de Estado, pode ser considerado uma conquista democrática, uma conquista do povo, à proporção que esta foi tomando parte na formação do Poder Político. O direito constitucional de cada povo encontra-se nas constituições, nos costumes, usos e práticas políticas. [...] A Constituição pode ser definida como a lei orgânica e fundamental de uma nação, escrita ou não escrita, que estabelece o caráter e a concepção do seu governo, que estabelece os princípios básicos pelos quais a vida interna se regula [...].

No mesmo sentido e de forma sucinta, Dallari, S. (1995, p. 26-8) faz um retorno ao fundamento da Constituição afirmando: “[...] inicialmente é imperioso lembrar que a Constituição é um documento político que transforma em lei os objetivos da sociedade, inclusive organizando-a para alcançá-los”. A autora complementa relacionando a inexorabilidade da interpretação da lei, a qual dependerá do intérprete ou ao aplicador a autonomia para decidir entre os princípios expressos por termos imprecisos o que será mais importante para a manutenção do sistema.

A primeira Constituição Brasileira foi promulgada no ano de 1824, em pleno governo monárquico. Apesar disso, tinha conteúdo liberal, inspirado nos ideais da Revolução Francesa.

Para contextualizar essa influência marcante, não somente no Brasil, mas também em vários outros países do mundo e, principalmente, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, há que se citar como se deu a Revolução Francesa.

De acordo com Pilau Sobrinho (2003, p. 40), a Revolução Francesa em 1789 é considerada o fato mais expressivo da história contemporânea, por ter sido constituído através da efetiva participação e mobilização da burguesia, gerando revolta de massa, o que era incomum até então. Seus reflexos influenciaram as lutas realizadas posteriormente.

Tinha como bandeira política os ideais de igualdade, fraternidade e liberdade. Esses ideais são perseguidos e citados até os dias de hoje, o que os remete à história moderna como os mais atuais de que se tem notícia.

Os filósofos iluministas foram muito importantes e decisivos para esse fato histórico, quando denunciaram e mostraram a inadequação da estrutura sociopolítica à economia, transformando o iluminismo na bandeira ideológica da revolução. Pregavam que cabia ao homem dar sentido às suas ações e por elas lutar. Esse sentido fortalece a idéia do homem como sujeito de sua vida e responsável por ela e por seus atos.

A Carta Constitucional de 25 de março de 1824 cita o direito ao socorro público, entre os direitos civis e políticos dos cidadãos brasileiros. Compreende-se o fato de citar socorro público, pois nessa época não existia organização político-social do Governo, nem ações para atendimento à população, já que a doença era vista sob um olhar místico e curativo de forma alternativa. Na maioria das vezes, as pessoas eram tratadas em casa ou nas Santas Casas, que eram as únicas opções de atendimento.

Até a publicação da Carta Constitucional Republicana de 1891, mudanças foram observadas. Com a permanência das pessoas nas cidades, costumes e hábitos foram aos poucos se delineando e modificando, o que se refletiu na evolução dos agravos e nas formas de tratamento. Iniciou-se abertura de Faculdades de Medicina, facilitando a formação de profissionais no Brasil.

A Constituição Federal de 1891 não apresentou mudanças importantes, se comparada à de 1824. O tema saúde permaneceu com o formato anterior e a visão sobre doença manteve o seu constructo místico. O avanço discreto, mas relevante,

foi o surgimento da federação e da república e, na questão social, do *habeas corpus*, que teve a função de defesa do povo contra abusos cometidos pelos governantes. Na questão dos direitos humanos, pode ser considerado o marco do direito civil, uma vez que o cidadão ganhou a liberdade de ir e vir.

Instituindo a previdência, a Carta de 1934 representou um avanço em relação à questão social. O artigo 138, alíneas “f” e “g” diz:

[...] incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis, e de higiene social que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais (PILAU SOBRINHO, 2003, p. 92).

Esse período trouxe benfeitorias aos trabalhadores, homens e mulheres, de ordem tanto social como assistencial à saúde e à previdência. São nascentes do Governo Vargas, que era um governo ditatorial com ideais socialistas. Não há como negar a importância desse momento da história do Brasil, momento em que se alavancaram lutas para melhorias e novos benefícios ao cidadão.

A Constituição de 1937, ainda no Governo Vargas, não alterou em nada quanto a questão da saúde. A preocupação estava em fortalecer o Governo. Demarcava uma nova fase, a do Estado Novo, caracterizada pela centralização do poder no Presidente da República, inclusive o de vetar e de legislar. Essa fase permaneceu até 1945, quando então foi eleita a Assembléia Nacional Constituinte, que elaborou a Constituição de 1946, a qual teve a responsabilidade de retornar ao liberalismo e implementar eleições diretas para presidente da república, governadores, parlamento e assembleias legislativas estaduais, e de restabelecer o Estado Democrático e retomar as medidas que resguardava os direitos individuais.

O ano de 1988 foi marcado pela maior conquista popular até então ocorrida, a promulgação da última Constituição Brasileira, em 5 de outubro de 1988. Quando se diz grande conquista popular, fala-se do seu caráter militante. Como diz Bastos (1993, p. 9), “[...] a Constituição brasileira de 1988 foi promulgada sobre o impacto

das demandas populares reprimidas por mais de 20 anos pelo governo autoritário instaurado em 1964-68”.

Ataliba (1993, p. 44) contribui nesse sentido quando se refere ao longo período (20 anos) de lutas enfrentadas pelo povo já cansado do regime autoritário. Foram tempos de pensamentos críticos que se refletiram no movimento pelas “diretas já”, no movimento pela cidadania, gerando o “clima para a constituinte”. Debates nacionais por meio de seminários, assembléias, debates, congressos e conferências aconteceram com a participação de partidos políticos variados, sindicatos, universidades, associações, clubes, grêmios, com cobertura intensa da imprensa. Foram expostos nessas discussões todos os anseios, angústias, frustrações e sonhos de uma sociedade que desejava mudança.

Dallari, S. (1987, p. 7) expõe de forma atualizada o que se concluiu desse momento antes ainda da sua ocorrência, quando afirma que a saúde é hoje responsabilidade do Estado e está relacionado a direitos humanos e a garantia desse direito depende basicamente das relações dos indivíduos entre si e deles com o governo da sociedade.

Ainda conforme Ataliba (1993, p. 44-5),

[...] foi idôneo o “processo constituinte”, amplo e aberto, na sua enorme e considerável densidade. Isso legitimou a escolha dos constituintes e da Assembléia que os reuniu. Daí a inquestionabilidade de seus predicados de Lei Suprema, alicerce de todos os princípios e fundante de todas as instituições estáticas (órgãos da soberania) e dinâmicas (estado de direito, igualdade, legalidade, etc.) que instituiu.

Há que se ressaltar a inovação e ousadia da Constituição Brasileira no que diz Bastos (1993, p. 11) “[...] introduziu significativas contribuições para a proteção processual, não apenas de direitos individuais, mas, especialmente, de direitos substantivos coletivos e difusos”.



### 3.2.2 Direitos Humanos, Justiça e Cidadania.

Para demonstrar ou até mesmo reviver cada palavra que conceitua o que são direitos humanos e cidadania, será abordado o art. I da Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada em 10 de dezembro de 1948 pela Assembléia Geral das Nações Unidas (ONU), declaração que historicamente norteia todas as Constituições dos países do planeta, bem como as relações internas e externas dos povos: “[...] todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”.

Na visão de Boff (1984, p. 67-8), a declaração dos direitos do homem o do cidadão “[...] se fez contra a prepotência do Estado e em nome da emancipação do indivíduo. Os direitos naturais inalienáveis e sagrados são proclamados sobre fundamentos de igualdade e de universalidade do ser humano”. O autor diz que o indivíduo não pode ser considerado como separado do conjunto da sociedade e que os direitos individuais tem que estar em sintonia com os direitos sociais.

Rawls (2001, p. 104) expõe com clareza a complexa discussão sobre os direitos humanos, quando afirma que:

[...] os direitos humanos são distintos dos direitos constitucionais ou dos direitos da cidadania democrática liberal, ou de outros direitos que são próprios de certos tipos de instituições políticas, individualistas e associativas. Eles estabelecem um padrão necessário, mas não suficiente, para a decência das instituições políticas e sociais.

Na visão de Herkenhoff (2000, p. 23) direitos humanos são:

[...] aqueles direitos fundamentais que o homem possui pelo fato de ser homem, por sua própria natureza humana, pela dignidade que a ela é inerente. São direitos que não resultam de uma concessão da sociedade política. Pelo contrário, são direitos que a sociedade política tem o dever de consagrar e garantir.

Em palestra realizada durante o encontro comemorativo dos 50 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, Herkenhoff (2000, p. 70) fala dos direitos humanos em face do novo milênio, reiterando a opinião de Boff, que os direitos humanos devem ser tratados como direitos coletivos, preservando da lógica do neoliberalismo que aumenta a distância entre os países.

Há dúvidas quanto a um aspecto relacionado a regras do direito, que está esclarecido na citação de Novoa Monreal (1988, p. 61). O autor afirma que as regras do direito não estão encaminhadas para estabelecer a justiça nas relações humanas, caso em que seu objeto próprio seria constituído pela justiça. Esta se transformaria em um aspecto essencial da ordem que, dentro da sociedade, cabe às normas jurídicas reger. Ainda de acordo com o autor, a justiça é uma virtude cuja matéria é a regulação dos homens entre si. Como tal pertence à ética.

De acordo com Novoa Monreal (1988, p. 61-2), a justiça como noção ética constitui um dado primário do espírito humano e se apresenta dividida em três formas distintas, segundo a classe de relações humanas a que esteja referida: a justiça geral, a distributiva, e a comutativa. A distributiva é a de maior interesse para nossa discussão, por ser a que regula os direitos dos membros do corpo social em face da autoridade ou dos órgãos representativos da coletividade.

Conforme Novoa Monreal (1988, p. 87-8),

Os direitos humanos existem para o aperfeiçoamento da vida social. Nunca devem ser entendidos como liberdades equivalentes a uma total ausência de coerção ou à desvinculação do indivíduo de toda classe de relações e laços, senão como meios para perseguir e alcançar valores e realizar coisas de interesse individual ou social, porém, à base de que o que os exerce haja assumido deveres no âmbito da convivência social.

Os direitos humanos, na visão de Azevedo (2000, p. 23), devem ser vistos como resultante das lutas sociais e da consciência moral, e não idealizado nas constituições ou códigos. Dessa forma, não há distanciamento da realidade social, tornando-a mais efetiva.

Contextualizando de forma simples e prática o discurso do que é direito civil, político e social, Marshall (1967, p. 87-8) diz:

Os direitos civis deram poderes legais cujo uso foi drasticamente prejudicado por preconceito de classe e falta de oportunidade econômica. Os direitos políticos deram poder potencial cujo exercício exigia experiência, organização e uma mudança de idéias quanto às funções próprias de Governo. [...] Os direitos sociais compreendiam um mínimo e não faziam parte do conceito de cidadania.

No Brasil capitalista há uma grande distância entre cidadão que vive de modo subumano e o cidadão de maior poder aquisitivo, o que gera uma segregação social ultrajante. Nesse sentido, é de fundamental importância a organização e a mobilização social, como forma de resistência e reivindicação de direitos (BARROSO, 1999).

Andrade<sup>13</sup> (1993), *apud* Barroso (1999, p. 41-2) faz uma análise crítica sobre a ambigüidade da cidadania, que é entendida como direito político não apenas de modo individual (autônomo), mas também de uma pequena parcela da população, que é aquela com direito a votar e ser votada, ou seja, com a capacidade de gozo de direitos políticos. A autora afirma que

[...] não é sem sentido a colocação de dois termos distintos – homem e cidadão - na declaração de direitos de 1789. O homem é o indivíduo atomizado, que deve exercer seus direitos individualmente (direito à vida, à liberdade, à propriedade, a contratar, etc.), no espaço privado da vida: a sociedade civil. O cidadão é o status político do homem, é a sua transformação em fundamento e legitimação do Estado de Direito, é a mediação necessária, mas esporádica e única, entre o público e privado.

Barroso (1999, p. 42) faz menção à crítica de Boaventura Santos<sup>14</sup> e afirma: “[...] o princípio da subjetividade é muito mais amplo que o princípio da cidadania. Muitos indivíduos livres e autônomos não são cidadãos, porque não votam”.

---

<sup>13</sup> ANDRADE, V.R.P. de. *Cidadania: do direito aos direitos humanos*. São Paulo: Acadêmica, 1993 *apud* BARROSO, P. H. *Constituinte e constituição: participação popular e eficácia constitucional*. Curitiba: Fabris, 1999. 217p.

<sup>14</sup> SANTOS, B. S. Notas sobre a história jurídico-social de Pasárgada. In: SOUZA JÚNIOR, J. G. de (Org.). *O direito achado na rua*. Brasília: UNB, 1987 *apud* BARROSO, P. H. *Constituinte e constituição: participação popular e eficácia constitucional*. Curitiba: Fabris, 1999. 217p.

Demo (1996, p. 70) no mesmo sentido, conceitua cidadania de forma ampla, questionando e abrindo possibilidades de entendimento contextualizado, igualando os direitos e deveres que a cidadania impõe. O autor a relaciona como qualidade social de sociedade organizada quando se refere a direitos e deveres reconhecidos, sendo direitos humanos o direito e o compromisso, cooperação e responsabilidade, os deveres.

Sob outro enfoque, Resende (1992, p. 67) contextualiza cidadania como um estado de espírito e uma postura de defesa dos seus direitos e do coletivo, cumprimento dos deveres civis, sociais e profissionais. Para o autor cidadania deve ser praticada todos os dias.

Na mesma linha reflexiva e questionadora, Manzini-Covre (1991, p. 10-1) destaca o que é cidadania, a qual circunda os direitos e deveres dos cidadãos, mas principalmente o enfoque da participação de cada cidadão, como sujeito do que pode conquistar e como agentes da existência desses direitos. A autora afirma que

[...] só existe cidadania se houver a prática da reivindicação, da apropriação de espaços, da pugna para fazer valer os direitos do cidadão. [...] O primeiro pressuposto dessa prática é que esteja assegurado o direito de reivindicar os direitos, e que o conhecimento deste se estenda cada vez mais a toda a população.

Marshall (1967, p. 76), em sua reflexão sobre os direitos humanos, cidadania e classes sociais, aponta a cidadania como “[...] um status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem o status são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao status [...]” e afirma que classe social “é um sistema de desigualdade”. Finaliza dizendo que classe social e cidadania podem estar baseadas num conjunto de ideais, crenças e valores.

Quando se fala em direitos humanos, a saúde está inserida nos parâmetros sociais, econômicos e políticos, não permitindo uma busca isolada. Ao se discutirem direitos e saúde, torna-se um desafio a ampliação do que representam esses direitos. Conforme Mattos (2003, p. 57) “[...] a questão não se refere apenas ao direito ao acesso aos serviços de saúde e sim ao conjunto de direitos da pessoa”.

### 3.2.3 Demandas e necessidades humanas

As demandas e as necessidades humanas baseiam-se em variadas vertentes, a partir das quais se condiciona seu estudo. Nos tempos atuais, não se concebe análise unilateral e fragmentada nas diversas áreas, especialmente na área da saúde, como bem definem Pinheiro e Luz (2003, p. 23): “O conceito de demanda de saúde requer, no mínimo, algumas adaptações à vertente econômica inerentes ao setor”. Os autores utilizam o argumento de Iunes<sup>15</sup> (1995), que se refere à saúde, com as “características que a diferenciam da economia e limitam sua descrição” e elabora contextualização com os atores envolvidos:

[...] no campo da saúde, essas características envolvem pelo menos três atores distintos que se inter-relacionam, influenciando decisivamente a construção de demandas: o indivíduo, o profissional médico e a instituição, aqui representada pelo gestor do sistema local.

Boff (1984, p. 150) afirma que o ser humano apresenta-se simultaneamente como um ser de necessidade e de criatividade. Além das necessidades reconhecidas como básicas, incorpora a de ser feliz e de imaginar um sentido último da vida e do universo.

Añon Roig<sup>16</sup>, *apud* Gustin (1999, p. 116-28), realizou estudo fundamentado em diversos autores sobre necessidades em conexão com os direitos humanos, a justiça e a política, vinculadas ao processo de sociabilidade do ser humano. Para a autora, “[...] as necessidades básicas desempenham seu papel no terreno da fundamentação e não do conceito”. Na mesma linha de pensamento, afirma também que os direitos morais, fundamento dos direitos humanos, exigem algum tipo de justificação para validar sua relação com os direitos. A tese dos direitos morais como direitos humanos só se justificaria a partir do critério das necessidades humanas ou

---

<sup>15</sup> IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F. e VIANA, S. M. *Economia da saúde*. Rio de Janeiro: Ipea, 1995 *apud* PINHEIRO, R. ; LUZ, M. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A . de. (orgs). *Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 7-34.

<sup>16</sup> AÑÓN ROIG, M. J. *Necesidades y derechos: um ensayo de fundamentación*. [s.n.] *apud* GUSTIN, M. B. S. *Das necessidades humanas aos direitos: ensaio de sociologia e filosofia do direito*. Belo Horizonte: Del Rey, 1999. 230p.

dos bens básicos. Se se afirma que os direitos humanos são direitos morais, isso não implica afirmar que todos os direitos morais podem ser considerados direitos humanos, mas somente aqueles direitos morais que constituem razões éticas justificadas ou importantes e fortes razões de ordem moral e política. Tais razões são proporcionadas, precisamente, pelas necessidades, isto é, somente os direitos morais que podem justificar-se com referência a bens ou necessidades do ser humano são dignos de proteção.

Sobre a opção que faz pelo princípio de igualdade de tratamento como diferenciação, a autora explica que qualquer critério de distribuição que pretenda resultar em certa igualdade supõe a evidência de que não se parte de uma sociedade de abundância e, sim das necessidades. Quanto à distribuição dos recursos, menciona que se deve partir dos recursos disponíveis e distribuí-los a toda pessoa necessitada. Contudo, este último argumento é frágil: Como identificar as pessoas mais necessitadas e quanto de recursos lhes atribuir? Como medir sua efetiva carência? Para superação dessas dificuldades, a autora propõe o princípio de igual tratamento como diferenciação, sustentado pelo critério de “operatividade econômica”.

Desse modo, a satisfação da necessidade de saúde, importante necessidade humana, associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conformes ao nível de recursos sociais existentes e aos padrões culturais de cada contexto específico (LAURELL, 1997, p. 86).

De acordo com Gustin (1999, p. 57), em geral o mundo moderno entende a necessidade em um sentido ideal-racionalista, distinguindo as necessidades em ideais e reais. As ideais teriam um caráter puro, absoluto, e existiriam por si; as reais, por definição, seriam condicionadas.

A ciência do direito, em sua tarefa organizadora e também reelaboradora da ordem jurídica, não pode ser indiferente ao conteúdo e à capacidade de adequação das normas às necessidades e problemas sociais. Não pode o trabalho do jurista consistir simplesmente em uma análise formal das normas, visto que conduz a uma

compreensão de fundo dessa mesma realidade social a que o direito vai aplicar-se, bem em uma análise das vias de comunicação que se estabelecem entre a norma e a realidade social por meio dessa aplicação (AZEVEDO, 2000, p. 73).

Nesse sentido, Gustin (1999, p. 30) ao elaborar a correlação entre delegar ao indivíduo o discernimento entre boas e falsas necessidades considerando que esse indivíduo somente desenvolverá a capacidade se for autônomo e livre, e se constituir na correlação **libertação instintiva – trabalho socialmente útil – civilização** (grifo do autor) afirma:

Da mesma forma, o pensamento atual sobre a correlação necessidade/direito tem-se conduzido para a concepção das necessidades como tema de grande valor normativo e que facilita a compreensão de sua potencialidade argumentativa e da relação que é capaz de estabelecer entre ser e dever ser. Assim, as necessidades concedem ao indivíduo razões e argumentos sobre a justiça e a justeza das coisas e dos fatos; portanto, sobre sua legitimidade.

A esse respeito e dentro de uma concepção da ciência política, Pereira (1986, p. 13) faz uma abordagem sobre a igualdade, relacionada a mercado, necessidades e autonomia, e afirma que fica evidente que na noção de igualdade hoje interpretada, postula-se o mercado e se modifica o teor da proposta original de igualitarismo. A igualdade passa a ser meritocrática, definida pelas classes dominantes, e o seu nivelamento torna-se dependente do esforço de cada cidadão.

A autora finaliza dizendo que,

[...] sob essa ótica reiteram-se as conceptualizações formalistas da igualdade, necessárias à justificação de uma sociedade competitiva e dividida em classes [...] E que sem essa justificação ficaria difícil explicar, no modelo liberal, a ação “protetora” do Estado junto aos “incapazes” e “inúteis” que não conseguiram aproveitar-se das oportunidades sociais e, muito menos, da preservação da desigualdade apesar da existência de um Estado de feições humanitárias.

A participação popular no processo de mudança, nas exigências da resolução e tomada de decisões, nas quais se resguardem os direitos do cidadão, faz dele um

ator social fundamental em todas as fases políticas governamentais e sociais e como bem esclarece Bordenave<sup>17</sup>, *apud* Barroso (1999, p. 50-1):

A necessidade de participar, de tomar em mãos o espaço que nos cerca, é tão importante quanto outras necessidades vitais. Nesta medida, é um direito humano. Evidencia-se, contudo, a necessidade de participar para conquistar a emancipação. Portanto, participar é fazer parte, tomar parte ou ter parte.

Dallari, D. (2001, p. 130), ao entrelaçar o Estado na dinâmica do direito e da política, enfatiza o caráter político do Estado, cuja função é a de coordenar os grupos e os indivíduos em vista de fins a serem atingidos. O autor diz que, para a consecução desse objetivo, devem ser levados em conta três dualismos fundamentais: necessidade e possibilidade, indivíduos e coletividade e liberdade e autoridade. Quanto à questão das necessidades, o autor afirma que, “[...] antes de qualquer ação, devem ser identificadas às necessidades preponderantes do povo [...] não bastando sua identificação, mas o atendimento a essas necessidades e sua conciliação entre indivíduos e coletividade”. Interessante citar a finalização que o autor oferece a esse ponto: “[...] “o indivíduo deve ser reconhecido como o valor mais alto, em função do qual existem a sociedade e o Estado e que é preciso ter em conta que o indivíduo não existe isolado e que a coletividade é a soma dos indivíduos”.

No âmbito da evolução dos interesses individuais e coletivos, Morais (1996, p. 111) afirma que,

a transformação dos interesses – de individuais a coletivos e a difusos – é inexorável. A importância destes últimos como respeitantes às espécies, genericamente falando, impõe ao Direito seu asseguramento como pretensões juridicamente relevantes, atribuindo-lhes ou não uma titularidade ao estilo tradicional. Por fim, não há que se negar o caráter subjetivo de tais interesses, mesmo que este seja mediatizado por uma coletividade indeterminada ou mesmo indeterminável, até porque tais interesses pertencem a todos e a ninguém, a todos e a cada um.

Portanto, pode-se afirmar que a discussão das necessidades e demandas está entrelaçada com os direitos humanos e o bem-estar de cada cidadão. A vida de

---

<sup>17</sup> BORDENAVE, J E. D. *O que é participação*. 8.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994 *apud* BARROSO, P. H. *Constituinte e constituição: participação popular e eficácia c onstitucional*. Curitiba:



cada um é uma celebração divina que precisa ser preservada. Da mesma forma, o cidadão deve ser promovido a sujeito e ator no direcionamento da sua vida. Nesse contexto, Demo (1995, p. 5) atinge a plenitude no seu modo de pensar ao afirmar que a promoção do bem-estar comum e dos direitos humanos são marcas próprias da democracia e o direito a assistência reservado para quem não tem a chance de sobrevivência. O autor ressalta que necessariamente deve ocorrer o direito a emancipação, ideal da sociedade democrática. “Tutela nunca, assistência quando necessária, emancipação sempre; em vez de dependência, competência”.

### **3.2.4 Eqüidade, universalidade e integralidade.**

Perelman (2000, p. 33-4) faz referência à importância da inclusão da eqüidade nos vários momentos de aplicação da justiça. O autor afirma que, mesmo que a distinção entre justiça formal e as diferentes fórmulas de justiça não servissem somente para evitar confusões, já haveria um ganho na compreensão da noção de justiça. A eqüidade está considerada, em sua concepção, como “[...] a muleta da justiça, complemento indispensável da justiça formal, todas as vezes que a aplicação desta se mostre impossível”. Finaliza com um conceito do que seria eqüidade: “Tendência a não tratar de forma por demais desigual os seres que fazem parte de uma mesma categoria essencial”.

Na incerteza de estar sendo feito o melhor para o usuário dos serviços de saúde, busca-se um equilíbrio quando está em discussão a questão do acesso. Lima *et al.* (2002) afirmam “[...] a busca da eqüidade tem sido uma finalidade comum aos diferentes programas de políticas sociais, inclusive no setor saúde, que, na Constituição Federal de 1988, consagrou este conceito como um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro”.

A ciência do direito deve veicular um discurso aberto, centrado na realidade, na certeza de que o direito deve ser instrumento de realização de justiça social (AZEVEDO, 2000, p. 74)

Alusão à equidade é feita por Souza (1991, p. 47) quando afirma:

É razoável aduzir que o pensamento humanista, o princípio da equidade, o ideal de justiça social, não conhecem fronteiras, porque estas são obra humana, e o espírito do homem ultrapassa e transcende quaisquer conotações de etnia, religião, cor política, condição sócio-econômica [...]

É importante acrescentar que, ainda de acordo com o autor, “a filiação do sistema e/ou pensamento jurídico de um país a determinada corrente de idéias não torna-se obstáculo de um alcance e de um sentido mais elevados, do ponto de vista axiológico; prática na qual o juiz ajusta a lei a seus valores”.

De acordo com Lima, H. (2002, p. 184),

[...] a equidade completa a justiça, adaptando a lei aos aspectos imprevistos e concretos que as situações apresentam e não se enquadram dentro da justiça-tipo, prevista na mesma lei. Para evitar excessos da lei em casos concretos, intervém a equidade, adaptando a norma a condições especialíssimas, que a regra do direito não poderia prever. [...] Da justiça distingue-se a equidade, porque esta é sempre individualizada; tem um sentido de benignidade, de humanidade, de clemência que nem a justiça nem o direito conhecem.

O autor informa que não há referência a equidade como critério para decisões judiciais no Código Civil brasileiro. Nesse caso, cabe ao juiz decidir de acordo com suas características culturais e os princípios gerais do direito.

Souza (1987, p. 94-5) retrata outro pensar a respeito de equidade, quando afirma: “A equidade representa, em sentido amplo, a humanização da justiça, através da aplicação, interpretação e integração do direito pelo juiz”. O autor interpreta a questão da equidade e distingue, de acordo com as variadas funções por ela emanadas, que pode ser inspiradora, interpretativa, integradora e até mesmo normativa. E finaliza dizendo que esse não é um conceito unívoco.

Calamandrei<sup>18</sup>, *apud* Souza (1987, p. 96), conceitua equidade como:

---

<sup>18</sup> CALAMANDREI. *Estudios sobre el proceso civil*. Buenos Aires: Bibliogr. Argentina. 1945 *apud* SOUZA, C. A. M. de. *Poderes éticos do juiz: a igualdade das partes e a repressão ao abuso no processo*. Porto Alegre: Fabris, 1987. 211p.

[...] um modo de aplicar la norma teniendo em cuenta las especiales circunstancias del caso concreto; y precisamente fijándose em estas hipóteses se suele decir que la equidad no es outra cosa que la justicia del caso singular [...] esta equidad que llama individual, no aspira a establecer nuevas normas abstractas del propio legislador, siempre que la solución jurídica de um caso sólo puede derivarse prácticamente de la observación individual del propio caso.

Almeida *et al.* (2002), realizaram um estudo cujo objetivo foi realizar a descrição de aspectos da oferta e capacidade instalada de estabelecimentos de saúde no país, a análise do acesso, a utilização de serviços e a cobertura por planos/seguros privados, referentes ao ano de 1992 e 1999. Ao final do estudo, concluíram que, no montante de estabelecimentos de saúde do País, 71,6% são públicos, 92% dos quais se localizam nos municípios, com a lógica da má distribuição por região do país, estando a Sudeste com o maior percentual de estabelecimentos de saúde. Quanto ao acesso e utilização dos serviços, que é o tema em discussão, observaram que 71% da população brasileira faz uso regular de algum tipo de serviço de saúde e que apenas 24,5% da população está coberta por pelo menos um plano de saúde.

No mesmo sentido abordado anteriormente com relação à equidade, os autores concluíram que a variação da renda do cidadão brasileiro é que norteia a utilização dos serviços públicos de saúde, e essa desigualdade é que gera a demanda. Reafirmam também que

[...] o SUS é por princípio includente, uma vez que todo cidadão brasileiro e até mesmo estrangeiro, em qualquer parte do território, tem direito à atenção à saúde, sendo a cobertura pelo plano de saúde complementar à oferecida pelo SUS.

O termo integralidade, conforme alguns autores (CAMARGO JR, 2003; LUZ, 2003; MATTOS, 2003; PINHEIRO, 2003), tem sido utilizado para designar um dos princípios do SUS, apesar de não ter sido conceituado, pela dificuldade de definição do que é, senão um conjunto de fatores que irão culminar na atenção integral ao cidadão. Nesse sentido, toma-se o termo integralidade não como um conceito, mas como um ideal regulador, um devir.

Na concepção de Mattos (2003, p. 46), identificam-se três grandes conjuntos de sentidos da integralidade: a usada para designar atributos e valores de algumas práticas de saúde, a usada para designar atributos e valores de alguns modos de organizar os serviços de saúde e a usada para designar atributos e valores de algumas políticas de saúde. O autor enfatiza as políticas de saúde e as concebe como “[...] respostas ou tentativas de respostas dadas pelo governo a certos problemas públicos”.

### **3.2.5 Aplicação do direito.**

#### **a) Direito como instrumento de transformação social**

O direito como instrumento de transformação social aplica-se no momento em que há uma inter-relação objetiva e tangível entre o poder judiciário e o poder de mobilização da sociedade civil, no que concerne à reivindicação para legitimar e aplicar os seus direitos.

A expressão “sociedade civil” é geralmente empregada como um dos termos da grande dicotomia sociedade civil / Estado, o que quer dizer que não se pode determinar seu significado e delimitar sua extensão senão redefinindo simultaneamente o termo “Estado” e delimitando a sua extensão. Negativamente, por “sociedade civil” entende-se a esfera das relações sociais não reguladas pelo Estado, entendido restritivamente e quase sempre também polemicamente como o conjunto dos aparatos que num sistema social organizado exerce o poder coativo (BOBBIO, 2001, p. 33).

A afirmação crítica e de cunho político centrado nos direitos humanos feita por Paine<sup>19</sup>, *apud* Bobbio (2001, p. 34), destaca:

---

<sup>19</sup> PAINE, T. *Common sense, addressed to the inhabitants of America*, Phoenix: [s.n], 1776 *apud* BOBBIO, N. *Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política*. 9. ed. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.173 p. (Coleção Pensamento Crítico, 69).

[...] a sociedade é criada por nossas necessidades e o Estado, por nossa maldade, pois o homem é naturalmente bom e toda sociedade, para conservar-se e prosperar, precisa limitar o emprego das leis civis impostas com a coação a fim de consentir a máxima explicitação das leis naturais que não carecem de coação para ser aplicadas.

Essa afirmação ressalta a idéia da autonomia e da força do cidadão, principalmente quando organizado e mobilizado em grupos, não permitindo que o Estado regule e defina os direitos desse cidadão de forma coercitiva.

Em outro conceito, segundo referência de Marx<sup>20</sup> *apud* Bobbio (2001, p. 38), “sociedade civil passa a significar o conjunto das relações interindividuais que estão fora, ou antes, do Estado”. Dessa forma, separa-se a esfera pré estatal da esfera do Estado.

Em sua conclusão, Bobbio (2001, p. 49) pondera que a digressão da história mostrou uma variedade de significados para a expressão “sociedade civil”, algumas contrastantes entre si. Resume afirmando que o significado predominante foi o de sociedade política ou Estado, usado, porém, em diversos contextos, conforme a sociedade civil ou política tenha sido diferenciada da sociedade doméstica, da sociedade natural, da sociedade religiosa.

Continua em sua análise dizendo que a contraposição permaneceu ao longo dos anos, e a idéia de que a sociedade civil é o anteato do Estado entrou de tal maneira na prática cotidiana que é preciso fazer um grande esforço para se convencer de que, durante séculos, a mesma expressão foi usada para designar aquele conjunto de instituições e de normas que hoje constitui exatamente o que se chama de Estado, e que ninguém poderia mais chamar de sociedade civil sem correr o risco de um completo mal-entendido.

Para que se possa compreender melhor o tema abordado por Bobbio, vale destacar a citação de Mendonça (2000, p. 19) que relaciona a legitimidade à vontade popular

---

<sup>20</sup> MARX, K. Zur Judenfrage, in “*Deutsch-Französische Jahrbücher*”, n.º 1 ,1844 *apud* BOBBIO, N. *Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política*. 9. ed. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.173 p. (Coleção Pensamento). Crítico, 69).

e afirma que as decisões judiciais buscam legitimação através do seu respaldo social e não das normas positivas.

O direito está relacionado à aplicação das leis e normas, cabendo a ele o poder e a força para manutenção da justiça, da ordem e dos direitos humanos fundamentais. Como bem define Lima, H. (2002, p. 11), “[...] a sociedade humana é meio em que o direito surge e desenvolve-se. Direito é realidade da vida social e não da natureza física ou do mero psiquismo dos seres humanos. Direito não haveria sem sociedade”.

Conforme citação de Azevedo (1998, p. 105), fazendo referência ao Discurso Preliminar ao primeiro projeto de Código Civil, redatado por Portalis, diz:

O direito é a razão universal, a razão suprema fundada na natureza das coisas. As leis são ou devem ser apenas o direito reduzido a regras positivas, a preceitos particulares [...]. O direito é moralmente obrigatório; mas por si próprio, não traz nenhuma coerção; ele dirige, as leis comandam; ele serve de bússola e as leis de compasso [...]. A razão, enquanto governa indefinidamente todos os homens, chama-se direito natural; e é chamada direito das gentes nas relações entre os povos.

Lima, H. (2002, p. 42), faz um resumo do que é real em termos de normas em direito positivo, ao afirmar que aparentemente o direito é um amontoado de regras abstratas que disciplinam situações e conteúdos, estabelecendo conseqüências jurídicas.

De fato, existem muitas formas de abordagem e teorias sobre o direito, dentro das quais se situam suas evoluções, adaptações e objetivos, não se podendo perder de vista seu real e primeiro sentido. Na visão de Reale (2000, p. 92-3), não há como conceber uma ordem jurídica estática, ou até mesmo definitiva, sem perder o sentido íntimo do direito. Há que se encontrar o meio termo entre manter as normas da ordem vigente e a manter a dinâmica dos processos sociais. O autor lembra que o direito é estabilidade e movimento já no sentido referido acima. Evidencia também o objetivo corretivo das desigualdades naturais que existem entre os homens.

No mesmo sentido, Reale (2000, p. 100) continua sua reflexão quanto ao processo de positivação do direito:

A norma jurídica não resulta, pois, do fato bruto, do fato social em si, mas sim do homem que se põe diante deste fato e o julga, firmando uma nova de adesão ou de repulsa, segundo os princípios do justo e do injusto. É o contato entre os princípios do justo e as situações histórico-sociais contingentes [...]

A aplicação do direito, de acordo com Herkenhoff (1999a, p. 81), deve ser feita sob três perspectivas: a axiológica, a fenomenológica e a sociológico-política. Na perspectiva axiológica, o juiz ajusta a lei a seus valores, a sua consciência, a seu mundo; na perspectiva fenomenológica, ajusta a lei à percepção da pessoa julgada; na perspectiva sociológico-política, promove a abertura da lei ao fato social, deixa de perceber apenas o subsistema jurídico e de nele situar-se, para apreender, mais amplamente, todo o sistema social e nele atuar. Assume o caráter político inerente a toda sentença.

Em relação a esse pensamento, dentro da concepção sociológica, Holmes, *apud* Souza (1991, p. 34), diz que “[...] o direito, em última análise, é produto das decisões judiciais, resultando estas da influência de muitos fatores: regulamentos, costumes, precedentes judiciais, opinião pública”. Sob outra ótica, Benjamin Cardoso, *apud* Souza (1991, p. 34) afirma que “[...] existe um valor superior, que informa a conduta do juiz, subordinando-se a decisão judicial às finalidades de justiça e bem-estar social, mais do que às normas derivadas dos precedentes”.

A concepção de Souza (1991, p. 81) quanto à função social do judiciário, revela-nos que, teoricamente, o judiciário é neutro e o único dos três poderes concebidos dessa forma. Essa neutralidade passa a ser exigência para que a tarefa seja cumprida.

O autor continua a expor sua teoria, afirmando que o judiciário atua como estabilizador do sistema e que a neutralidade ideológica do judiciário deve ser entendida como uma falácia. Esse fato é revelador de práticas e nos remete a questionar se essa função não é essencialmente regulatória.

De maneira aparentemente conclusiva, Souza (1991, p. 84) diz, após várias interpretações:

[...] a neutralidade ideológica do judiciário, portanto, é um mito, e, como mito, não é factível, em face da realidade concreta do social; além de ser a

condição ideológica algo imanente ao social, a apontada neutralidade somente serve, como salientei, para manter a integralidade, a coerência e a estabilidade do sistema, escamoteando, ao mesmo tempo, os conflitos de classes existentes.

De encontro às teorias relacionadas à neutralidade dos juizes, Herkenhoff (1999b, p. 58-9) afirma que “[...] não existe a suposta neutralidade política e ideológica dos juristas, inclusive dos juizes”. O autor lembra que, diante da enorme diferença econômica existente entre o povo brasileiro, não há possibilidade de neutralidade por parte de ninguém, muito menos dos juizes, e que os que afirmam serem neutros na verdade não conseguem se desvencilhar das leis e do apego às leis e à letra da lei, com todo seu conservadorismo, nas suas palavras, “[...] consagradora do antidireito. Não se abrem à busca do direito, resistindo às leis injustas que dão suporte a toda sorte de privilégios”.

A importância social dos juizes junto à população também foi demonstrada por Coelho<sup>21</sup>, *apud* Souza (1991, p. 88): “[...] em que são os juizes e tribunais que devem tomar a dianteira na luta contra as injustiças sociais e a exploração do homem pelo homem”. O autor completa dizendo que, se ocorrer falha da magistratura, outros setores cumprirão esse papel social, abrindo precedentes para uma supervalorização da atividade administrativa.

A ordenação jurídica e social do direito traça o acompanhamento da evolução das conquistas sociais e nelas está impregnado, tornando sua prática de suma importância, não sem deixar de distanciar-se da cidadania. Como enfatiza Azevedo (1998, p. 70-1):

[...] para que o direito evolua em direção a uma ordenação congruente com o bem comum, não entendido como abstração filosófica, mas sensível socialmente, encaminhando à satisfação das necessidades e anseios do povo, seu conhecimento não se pode limitar às normas ou à técnica jurídica. [...] Indispensável não só conhecer os fatos, como ser capaz de compreendê-los em conexão com as forças sociais em presença.

---

<sup>21</sup> COELHO, L. F. *Introdução à Crítica do Direito*. Curitiba, Livros HDV, 1987 *apud* SOUZA, J. G. *A criação judicial do direito*. Porto Alegre: Fabris, 1991. 123p.



A respeito desse modelo de conduta, o juiz David Diniz Dantas, apontado como expoente do movimento de tornar a justiça mais humana, em entrevista concedida à edição de revista de grande circulação, estabelece uma nova visão do que deve ser a justiça: uma defensora dos princípios morais que a Constituição e o bom senso determinaram como parâmetros para a vida. Segundo o entrevistado, “[...] não adianta incluir na Constituição princípios lindos de justiça social, de proteção aos pobres, se continuo aplicando o legalismo formal”. Nesse sentido, o juiz afirma que há necessidade em julgar sempre observando os princípios, pela dificuldade da legislação em acompanhar o âmbito social e que os primeiros têm que iluminar a última. Finaliza dizendo: “é importante ressaltar a necessidade da legitimação política da justiça”.

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

Lima, H. (2002, p. 118) fundamenta o que se pode definir como missão atribuída à lei: organização da paz e da segurança e o ponto de partida para regular os imperativos da convivência ordenada e pacífica. Nesse sentido, a missão das leis é de relevância e expressão quando se relaciona às condições sociais.

O autor contribui de modo enriquecedor quando diz que lei “é ato do Estado emanado do Poder Legislativo, segundo a forma prescrita na Constituição. É a fonte por excelência do direito” (LIMA, H., 2002, p. 123).

O direito não deve estar afastado das premissas da sociologia, já que é uma conquista social. Além disso, estabelece meios que possibilitam as condutas éticas do cidadão, os limites impostos pela individualidade e a mobilização social. Conforme comenta Herkenhoff (1999b, p. 29), “para o sociólogo, o direito é um fato social, é o instrumento institucionalizado de maior eficácia para o controle social”. E continua com a sugestão quase impositiva, mas de modo benéfico para o cidadão,

“[...] de que a ciência do direito deve acolher a visão sociológica do jurídico como legítima” (HERKENHOFF, 1999b, p. 25).

No momento em que é citada a questão do controle e da mobilização social, remete-nos a refletir sobre o poder e a necessidade do pensamento utópico como ferramenta de lutas, sobre exigências ao cumprimento das leis até mesmo das que não estão definidas e conquistadas. Herkenhoff (1999b, p. 15) lembra que,

[...] no direito, um papel decisivo está reservado ao pensamento utópico e que é a utopia que dá luzes para ver e julgar o direito vigente na sociedade em que vivemos e para estigmatizá-lo como um direito que apenas desempenha o papel de regulamentar a opressão; um direito da desigualdade; um direito injusto, porque, no processo da produção privilegia o capital; um direito que, consagrando essa distorção básica, faz com que dela decorra uma rede de distorções que maculam todos os institutos jurídicos.

Destaca-se, na relevância do direito e da aplicação da lei, o controle social, instrumento de participação e organização dos cidadãos, que pode ser realizado por meio dos Conselhos de Saúde (nacional, estaduais e municipais), que têm função deliberativa, e do Ministério Público, que, conforme Aciole (2003), desde a Constituição Federal de 1988, é importante para o exercício do controle social no SUS.

O Ministério Público tem a função de guardião da sociedade, vigilante da ordem e do respeito dos poderes públicos aos direitos assegurados aos cidadãos. [...] Tem imprimido uma verdadeira mudança nos procedimentos habituais da justiça. [...] A atuação conjunta e cooperativa entre conselhos e Ministério Público, [...] constitui aspecto considerável no reforço à luta pela saúde como um direito de todos e dever do Estado.

A ilusão do fundamento absoluto de alguns direitos estabelecidos foi um obstáculo à introdução de novos direitos, total ou parcialmente incompatível com aqueles (BOBBIO, 1992, p. 22).

O direito, como instrumento para uma vida social satisfatória, não deveria tratar de conservar-se a si mesmo, nem de manter, pertinazmente, as posições tradicionais (NOVOA, 1988, p. 147).

O princípio de que o interesse e bem coletivos predominam sobre o interesse particular ou privado deve constituir-se no eixo central de todo direito moderno (NOVOA,1988, p. 160). De forma explícita, o autor justifica e interpõe a conduta da individualização do direito, motivando práticas de lutas pelo direito e modelos de atuação baseados na coletividade, bem como prioriza a atenção a essas demandas. Em relação a esse modelo, Santo Tomás de Aquino<sup>22</sup>, *apud* Novoa (1988, p. 160) afirma que: “[...] todos os que compõem alguma comunidade se relacionam à mesma como as partes com o todo, e como parte, enquanto tal é do todo, segue-se que qualquer bem da parte é ordenável ao bem do todo”.

A ciência jurídica tem, pois, que investigar se uma determinada forma de regulação jurídica é expressão de determinados grupos sociais, ou se é uma solução pacífica, de compromisso, resultante da luta social (HELMUT COING<sup>23</sup>, *apud* AZEVEDO, 2000, p. 70).

#### **b) Argumentações, eficácia e efetividade.**

Hesse (1991, p. 14-5) afirma em seus postulados teóricos que a Constituição não pode desvincular-se do real e da norma, ou seja, dos aspectos normativos inerentes à lei e a todas as interfaces estabelecidas nas relações humanas. Esses fatores refletem a busca da eficácia jurídica. Conforme afirma o autor,

[...] devem ser contempladas aqui as condições naturais, técnicas, econômicas e sociais. A pretensão de eficácia da norma jurídica somente será realizada se levar em conta essas condições. [...] Graças à pretensão de eficácia, a Constituição procura imprimir ordem e conformação à realidade política e social.

Conforme preceitos sobre a eficácia jurídica definidos por Silva<sup>24</sup>, *apud* Barroso (2003, p. 84), “[...] todas as normas constitucionais a possuem e são aplicáveis nos limites objetivos de seu teor normativo”.

<sup>22</sup> AQUINO, SANTO TOMÁS. *Suma teológica*. [s.l.], 1960 *apud* NOVOA MONREAL, E. *O direito como obstáculo à transformação social*. Tradução de Gérson Pereira dos Santos. Porto Alegre: Fabris, 1988. 221p.

<sup>23</sup> COING, H. *Fundamentos de filosofía del derecho* (Grundzuge der Rechts Philosophie) Trad. De Juan Manuel Mauri. Barcelona: Ariel, 1961 *apud* AZEVEDO, P. F. de. *Direito, justiça social e neoliberalismo*. 1. ed. 2. tir. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000. 144p.

<sup>24</sup> SILVA, J. A. da. *Aplicabilidade das normas constitucionais*. 2.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1982 *apud* BARROSO, L. R. *O direito constitucional e a efetividade de suas*

Cabe distinguir da eficácia jurídica o que muitos autores denominam de eficácia social da norma, que se refere, de acordo com Reale<sup>25</sup>, *apud* Barroso (2003, p. 84),

[...] ao cumprimento efetivo do direito por parte de uma sociedade, ao reconhecimento do direito pela comunidade ou, mais particularmente, aos efeitos que uma regra suscita através do seu cumprimento. Ou seja, é a concretização do comando normativo, sua força operativa no mundo dos fatos.

Efetividade significa a realização do direito, o desempenho concreto de sua função social. Ela representa a materialização, no mundo dos fatos, dos preceitos legais e simboliza a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o dever-ser normativo e o ser da realidade social (BARROSO, 2003, p. 85).

A origem do Ministério Público e sua evolução estiveram vinculadas a interesses ora do rei, ora da administração. No Brasil, à época da ditadura militar, esteve entre os órgãos do poder executivo. Ao longo do tempo, o Ministério Público sofreu variadas transformações e foi possível identificar um movimento em relação à sociedade civil, na medida em que a instituição foi assumindo a defesa de interesses sociais, públicos e coletivos, freqüentemente defendendo-a em juízo até mesmo contra a administração pública (MACHADO, 2000, p. 142-3).

Machado (2000, p. 144) relata que a partir da promulgação da Constituição cidadã de 1988, houve uma aproximação maior e efetiva entre a sociedade civil e o Ministério Público, ressaltando a função deste último, de guardião das leis e dos direitos do cidadão. Tal situação reflete num aumento das possibilidades de mobilização e organização do cidadão. Ainda conforme o autor o Ministério Público promove a garantia dos direitos assegurados na Constituição. “a Constituição Federal confere ao Ministério Público legitimidade para zelar pelo efetivo respeito aos Poderes Públicos, aos serviços de relevância pública e aos direitos assegurados na Constituição Federal”.

---

*normas: limites e possibilidades da constituição brasileira. 7. ed. atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. 369p.*

<sup>25</sup> REALE, M. *Lições preliminares de direito*. São Paulo: José Bushatsky Editor, 1973 BARROSO, L. R. *O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da constituição brasileira. 7. ed. atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. 369p.*

Entre as funções institucionais do Ministério Público, a Constituição Federal, no art. 129, II e III estabelece: promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos.

A interpretação lógico-sistemática dos textos legais, por melhor articulada que seja não é suficiente. Deve o jurista saber ler o silêncio da ordem jurídica, cuja eloquência pode ser maior do que a de sua escrita. É nele e nas entrelinhas das leis que, com frequência, se tecem os privilégios e se afunilam as oportunidades (AZEVEDO, 2000, p. 72).

Em texto antológico, conclui Hermann Heller<sup>26</sup> *apud* Azevedo (2000, p. 72), que “[...] embora na luta contra a arbitrariedade absolutista se tenha acreditado poder assegurar a legitimidade pela legalidade [...], ninguém crê hoje, que todas as disposições do legislativo popular, em virtude de uma predestinação metafísica, sejam direito justo”.

Tampouco pode a ciência do direito confundir efetividade com legitimidade da ordem jurídica, como pretendeu Kelsen. Por maiores que tenham sido sua erudição e poder argumentativo, não é suficiente que as normas sejam estabelecidas conforme o processo consagrado na Constituição e tenham sua validade garantida por um governo efetivo (AZEVEDO, 2000, p. 73).

De acordo com Perelman<sup>27</sup>, *apud* Azevedo (2000, p. 74), “a argumentação é precisamente o tipo de raciocínio empregado pelo jurista”. Complementando, o autor afirma que

[...] efetivamente, o raciocínio jurídico não tem forma demonstrativa, mas argumentativa, e os argumentos são expostos mediante proposições constitutivas da linguagem. Todo o processo hermenêutico, através de que se busca a determinação do sentido e alcance das leis e atos jurídicos, é

---

<sup>26</sup> HELLER, H. *Teoria do estado*. São Paulo: Mestre Jou, 1969 *apud* AZEVEDO, P. F. de. *Direito, Justiça social e neoliberalismo*. 1. ed. 2. tir. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000. 144p.

<sup>27</sup> PERELMAN, C. *De la justicia*. Pref. de Luiz Recaséns Siches. México: Universidade Nacional Autônoma de México, 1964 *apud* AZEVEDO, P. F. de. *Direito, justiça social e neoliberalismo*. 1. ed. 2. tir. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000. 144p.

permeado pela argumentação, visto necessitar a interpretação ser convincente, em conformidade com os fins práticos do direito.

Segundo Perelman<sup>28</sup>, *apud* Mendonça (2000, p. 62-74), “um argumento não é aceito por ser verdadeiro e sim porque é socialmente útil, justo ou razoável”. No mesmo sentido, o autor diz que “a eficácia da argumentação utilizada, seja ela qual for, deve-se com certeza à solidez dos argumentos apresentados”.

### c) Mandados judiciais

Mandado é um termo derivado do latim: *mandatum* de *mandare* (ordenar). Como vocabulário jurídico, significa o ato escrito, emanado de autoridade pública, judicial e administrativa, em virtude do qual deve ser cumprida a diligência ou a medida, que ali se ordena ou determina. Para os mandados expedidos pela autoridade jurídica, diz-se, propriamente, mandado judicial. (SILVA, 2001, p. 510).

O mandado de segurança é uma conduta criada no Brasil, com inspiração nas leis mexicanas. Surgiu como síntese da interpretação construtiva dos tribunais, a partir da doutrina brasileira do *habeas corpus*. A primeira referência ao mandado de segurança ocorreu na Carta Constitucional de 1934, em seu art. 113, n.º 33: “[...] dar-se-á mandado de segurança para defesa de direito, certo e incontestável, ameaçado ou violado por ato manifestamente inconstitucional ou ilegal de qualquer autoridade” (BARROSO, 2003, p. 188).

A Constituição Federal de 1946 tornou a incluir o mandado de segurança entre as garantias individuais (art.141, § 24), mediante a edição da Lei nº 1.533, de 31 de dezembro de 1951, a qual regulamenta o procedimento do mandado de segurança. Novas alterações ocorreram na Promulgação da Constituição Federal de 1988, que dispôs em seu art. 5º: “[...] conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por ‘*habeas corpus*’ ou ‘*habeas data*’, quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de

---

<sup>28</sup> PERELMAN, C. *Argumentação*. In Enciclopédia Einaudi, v.11, Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 1987 *apud* MENDONÇA, P. R. S. *A argumentação nas decisões judiciais*. 2. ed. atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2000. 180 p.

pessoa jurídica no exercício de atribuições do Poder Público” (BARROSO, 2003, p. 188-9).

Conforme Barroso (2003, p. 189-198), o mandado de segurança é uma ação civil de rito sumário<sup>29</sup>. O sentido da expressão direito líquido e certo, sem embargo de alguma hesitação eventual, é bem delineado na doutrina e na jurisprudência. As normas jurídicas de conduta, normalmente, estruturam-se no binômio previsão hipotética de um fato e atribuição a ele de uma consequência jurídica. Líquido e certo é o direito que resulta inequivocadamente de um fato que independa de prova ou cuja prova já esteja pré-constituída. Assim, na formulação de Meirelles (1989, p. 13), “direito líquido e certo é o que se apresenta manifesto na sua existência, delimitado na sua extensão e apto a ser exercido no momento da sua impetração”.

Visa o mandado de segurança a atacar quaisquer atos de autoridade pública, ou de agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do Poder Público, praticados ilegalmente ou com abuso de poder. Qualquer conduta positiva ou omissiva das referidas autoridades, que viole direito líquido e certo de alguém, enseja a correção por intermédio do “mandamus”. A expressão “autoridade pública” compreende os agentes de quaisquer dos três poderes estatais. Embora seja mais freqüente a impugnação de atos administrativos, praticados por integrantes do poder executivo, não é incomum a impetração contra atos legislativos e judiciais (BARROSO, 2003, p. 191-2).

A ação de mandado de segurança tende à emissão de uma sentença, pertencendo à categoria do processo de conhecimento. A possibilidade de concessão de medida liminar é um dos atributos essenciais do mandado de segurança. Se, ao final do processo, vier a ser concedida a ordem, a sentença confirmará a liminar, no todo ou em parte (BARROSO, 2003, p. 195-8).

---

<sup>29</sup> Rito: do latim *ritus* (modo, forma, maneira). No sentido jurídico, entende-se o conjunto de formalidades ou de regras instituídas para que sirvam de forma ou de modelo à execução de um ato ou de uma diligência.

Sumário: do latim *summarius* (resumo, compêndio). Designa o processo ou o rito, que tem forma abreviada, nele se prescindindo de atos ou de medidas dispostas para o processo comum. Em regra, os processos sumários indicam-se processos especiais, em que se abreviam prazos e se dispensam certas formalidades próprias ao rito ordinário, para que sejam realizados com maior

A promulgação da Constituição Federal brasileira trouxe variados ganhos ou mudanças em sua estrutura e em suas diretrizes. O mandado de segurança, que até então era individual, foi ampliado para coletivo. Também passou a existir a Ação Popular<sup>30</sup>. Observa-se a importância da mobilização e da “presença” popular em todo o processo constituinte. Como afirma Bastos (1993, p. 11),

o Ministério Público, apesar de perder o monopólio da provocação em ações de inconstitucionalidade, [...] conseguiu que a incipiente Ação Civil Pública<sup>31</sup>, destinada à proteção de interesses dispersos, fosse transformada em poderoso instrumento de proteção de interesses socialmente difusos em titularidade jurídica específica, mas substancialmente definidos. [...] ampliaram-se os espaços substantivos de proteção jurídica do Mandado de Segurança, com a criação do Mandado de Segurança Coletivo e da Ação Popular de novo tipo [...].

As decisões judiciais e, nesse contexto, o mandado judicial, são um importante instrumento de garantia dos direitos fundamentais. Antes da promulgação da Constituição Brasileira de 1988, a proteção dos direitos era restrita ao indivíduo. De acordo com o estabelecido na Constituição, o mandado de segurança coletivo pode ser impetrado por partidos políticos com representação no congresso e organização sindical, entidades de classe ou associações legalmente constituídas e em funcionamento há pelo menos um ano, em defesa dos interesses de seus membros ou associados (BARROSO, 1999, p. 149).

Na condução e resolução desses instrumentos de consolidação dos direitos humanos há a participação do juiz, ator central imbuído das prerrogativas para essa função, cabendo a ele a interpretação das necessidades e definição do ato jurídico. Para tanto, deve estar referenciado pela coerência, pela neutralidade questionadora e pela imparcialidade.

---

brevidade. (SILVA, 2001, p. 723-84).

<sup>30</sup> Carta Constitucional de 1988, art. 5.º, LXXIII: “[...] qualquer cidadão é parte legítima para propor ação popular que vise a anular ato lesivo ao patrimônio histórico e cultural, ficando o autor, salvo comprovada má-fé, isento de custas judiciais e do ônus da sucumbência (BARROSO, 2003, p. 208).

<sup>31</sup> Criada através da Lei n.º 7.347 de 24/07/1985: disciplina a responsabilidade por danos causados ao meio ambiente, ao consumidor e a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico. Incluiu a extensão da legitimação ativa a vários órgãos, pessoas, entidades ou associações. De acordo com o art. 129, III, da Constituição de 1988, passou a ser função institucional do Ministério Público “*promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos*”. (BARROSO, 2003, p. 216-7).



Souza (1991, p. 82), ao afirmar que o judiciário é concebido para ser politicamente neutro, completa o seu postulado teórico relacionado à decisão judicial em que diz que:

A decisão judicial, raiz de um processo nomogenético peculiar, de embasamento e de conteúdo jurisprudenciais, não carece de neutralidade ideológica, antes deve repeli-la, por ser necessária que aquela decisão mergulhe no social e de lá saia embebida no seu caldo cultural.

O autor completa dizendo que se torna incoerente afirmar que o judiciário é neutro e as decisões judiciais não o são ou não devem ser, pois “[...] um órgão do Estado não pode ser, na prática, ideologicamente neutro, se os seus executores – e suas respectivas emissões decisórias – não o são”.

O judiciário, por ser alvo de solicitações de toda ordem no plano ideológico, não se utiliza da neutralidade, prevalecendo em paralelo às leis estabelecidas, a aplicação dentro da prática axiológica, fenomenológica e sociopolítica. Souza (1991, p. 83) afirma também, quanto ao que está implícito nas decisões judiciais, que:

[...] a verdade declarada na decisão é, portanto, uma verdade meramente persuasiva \_ primeira e primordial função do discurso ideológico do poder, [...] de momento que a subsunção destes à norma supre aquela correspondência e eleva, pelo discurso, ao nível de verdadeiro o que é apenas verossímil, isto é, aquilo que parece crível e é, em qualquer hipótese, ideologicamente preferível.

Em verdade, as decisões judiciais são, antes de tudo, uma conquista legitimada na Constituição Federal, que objetiva direcionar as ações de controle social do cidadão, inquirindo a resolução e manutenção dos direitos traçados pela mesma Constituição aos gestores dos órgãos públicos. Pontifica como um dos mais importantes institutos de defesa do cidadão. Sua grande e larga aplicabilidade nos últimos anos tem exigido constante discussão e práticas aperfeiçoadas, ao mesmo tempo em que tem dado origem a momentos controversos de ações.

Tal afirmação parece referir-se a direitos adquiridos, quando na verdade é uma constante busca pelo que se acredita ser o direito, perpassando pela necessidade

individual e poucas vezes coletiva. Essa necessidade é que gera a demanda. No setor saúde, há certa dificuldade em mensurá-la, tal a sua subjetividade.

No mesmo sentido, como afirma Pinheiro (2003, p. 25), “Vale ressaltar que a dimensão do cuidado em saúde oscila entre a objetividade de sua oferta e a subjetividade de sua demanda, sendo este o verdadeiro mote do processo de formulação das políticas de saúde”.

A compreensão da inter-relação do que é objetivo com o subjetivo, ou seja, dos serviços oferecidos com as necessidades, demanda políticas amplas capazes de gerar ações de integralidade, absorvendo todo o conceito de saúde, com a finalidade de minimizar as carências do cidadão.

No momento em que se depara com a carência do considerado básico para si próprio, nem sempre no sentido da palavra, de acordo com sua necessidade individual, o cidadão se utiliza do seu outro direito, o mandado judicial, que constituirá para ele a última opção para atingir os objetivos do seu tratamento de saúde ou terapêutico.

### **3.2.6 SÍNTESE**

A saúde é um dos direitos estabelecidos pela Constituição Federal e é o objetivo da Lei Orgânica da Saúde. Efetivar esses direitos é um dos desafios dos governos e gestores e proteger e exigir esses direitos é papel do controle social.

O enfrentamento da necessidade cada vez maior, até pelo amplo conceito de saúde, e a oferta de serviços ou produtos cada vez mais escassos, principalmente pela limitação dos recursos e por não se poder acompanhar a evolução e aumento da complexidade desses mesmos serviços e produtos, são um desafio a cada dia maior para os setores e atores envolvidos.

A prática do direito está imbuída na necessidade de construção de meios que fortaleçam ainda mais o que está conquistado. É um importante instrumento de transformação social em que a força da mobilização da sociedade civil norteia e compõe as ações dos técnicos da saúde. A busca pela efetiva integralidade no atendimento ao cidadão tem sido o principal desafio quando se tem que melhorar resolutividade em ações consideradas básicas.

Quando as demandas geradas não são atendidas o controle social, por meio do Ministério Público ou do poder judiciário, é acionado pelo cidadão, com a finalidade de resolver a sua necessidade. Cumpre-se desse modo o papel desses órgãos de guardiões das Leis.

## 4 MÉTODOS

Metodologia, na descrição de Minayo (2002, p. 16), é [...] ”o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. A partir dos objetivos traçados, a opção metodológica mais apropriada parece ser a abordagem semiquantitativa.

A definição e opção entre qualitativo e quantitativo é complexa e dicotômica, e assume formato quando na definição dos objetivos da pesquisa. Para Silva (2000, p. 27), é uma “falsa dicotomia quantitativo–qualitativo”. Essa dicotomia [...] “de um lado, deixa à margem relevância e dados que não podem ser contidos em números, e de outro lado, às vezes contempla apenas os significados subjetivos, omitindo a realidade estruturada” (MINAYO, 2000, p. 28).

A descrição do problema foi realizada por meio de:

- a) coleta de dados quanto ao consumo de medicamentos excepcionais e custo em nível de Brasil e especificamente no Espírito Santo, desde a implantação do Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), no ano de 1999;
- b) pesquisa em documentos publicados pelo Ministério da Saúde;
- c) dados dos mandados judiciais impetrados contra a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – ES (SESA-ES), obtidos no Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) do estado do Espírito Santo.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas como fonte de informação para contextualizar, contribuir e analisar comportamentos, tendências e proposições durante a discussão sobre a judicialização no estado do Espírito Santo, no período de 4 a 16 de dezembro de 2003, com os seguintes atores:

- a) promotor público federal da República no Espírito Santo;
- b) promotor público estadual do Ministério Público no Espírito Santo;
- c) gestor estadual da saúde no estado do Espírito Santo;
- d) gerente do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) do Espírito Santo.

A entrevista com a Procuradoria Jurídica da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo não foi realizada, devido a tentativas frustradas de agendamento de horário ou definição do profissional que seria entrevistado.

A opção por entrevista semi-estruturada deve-se à flexibilidade do seu formato, que permite abordagem livre do tema associada a perguntas previamente elaboradas. Nesta pesquisa, as entrevistas foram iniciadas com um detalhamento dos objetivos da mesma e procedida uma única pergunta: “qual sua opinião a respeito da judicialização dos medicamentos excepcionais?”. Os entrevistados relataram da forma que acharam mais adequada. As entrevistas duraram em média 30 minutos, foram gravadas e posteriormente transcritas. Na primeira entrevista, houve problema de ordem técnica com o gravador, o que impossibilitou a gravação, mas os principais pontos declarados pelo entrevistado foram anotados durante e imediatamente após a mesma, não ocorrendo perda da qualidade da fala (ANEXO I).

De acordo com Minayo (2002, p. 57),

[...] a entrevista é o procedimento subjetivo e mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva.

Em paralelo, realizou-se pesquisa bibliográfica para contextualização e complementação do tema, por meio da qual foram atrelados conceitos e definições quanto ao direito do cidadão e dever do Estado, com enfoque na Constituição Federal Brasileira.

Para embasamento e construção da pesquisa e conhecimento dos argumentos utilizados nos mandados judiciais, foram extraídos dados de pesquisa documental dos mandados judiciais, descrevendo-se o que fundamentou os processos e liminares impetrados pelos cidadãos.

As categorias de análise, estabelecidas durante a coleta de dados, foram elementos que constituíram resposta às questões da pesquisa, no que diz respeito aos mandados judiciais: foram identificadas as fontes de contestação, ou seja, a porta de entrada do cidadão à justiça e as argumentações imbuídas nas solicitações. Nesse procedimento metodológico, foram analisados 20 mandados, 7 antecipações de tutela e um ajustamento de conduta, perfazendo a totalidade das ações jurídicas contra o Espírito Santo no período entre 1999 e 2003 (ANEXO IV).

Algumas conclusões referidas no texto partem da experiência profissional da autora nos três níveis de complexidade da atenção na assistência farmacêutica, permitindo evidência sem respaldo direto nos achados escritos e na bibliografia.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estado do Espírito Santo o serviço de dispensação de medicamentos excepcionais funciona em cinco unidades ambulatoriais nos Centros Regionais de Especialidades (CRE), sendo quatro deles localizados em macro regiões. A análise dos processos de solicitação de medicamentos é realizada pela Comissão de Farmacologia e Terapêutica, composta por farmacêuticos e médicos e a dispensação é feita por farmacêuticos, quando é então emitida a APAC.

O serviço apresenta problemas importantes de desorganização operacional e estrutural que refletem decisivamente nos resultados do encontro de contas com o Ministério da Saúde e também na efetividade dos tratamentos oferecidos ao usuário a um custo alto. Fato observado no ES e na maioria dos estados é a não inserção ou inserção inadequada da assistência farmacêutica no organograma das secretarias, impossibilitando proposta e realização de políticas e ações de melhorias que possam minimizar as falhas.

O alto custo demandado pelo Programa torna-se um dos principais pontos de questionamento e geração de conflitos. No ano de 2002, no Brasil, o volume financeiro do Programa girou em torno de R\$ 460 milhões, enquanto se gastou cerca de R\$ 6 bilhões em toda a saúde. No ano de 2004, está orçado um gasto em torno R\$ 760 milhões para o Programa e de R\$ 3 bilhões para todos os outros medicamentos, perfazendo total de 25,3% em relação ao total.

No estado do Espírito Santo o custo do PMDCE no ano de 2002 foi de R\$18 milhões. Ao somarmos os gastos com o Programa, atenção básica e programa de saúde mental há um investimento de R\$ 28 milhões. Em torno de 70% do total refere-se ao PMDCE. No ano de 2003, associado ao aumento da demanda, houve significativo aumento do custo, perfazendo volume de R\$24 milhões. A estimativa para o ano de 2004 é de gasto em torno de R\$ 40 milhões.

O número de usuários atendidos no PMDCE, no ano de 2002, foi de aproximadamente vinte mil (n.º de processos cadastrados), significando acesso ao serviço de 0,6% da população, estimada em 3.155 milhões. Quando comparado ao do Brasil, que gira em torno de 0,07%, observa-se que no Estado o acesso é maior.

Não existem dados referentes a número de usuários atendidos e unidades dispensadas de medicamentos. Os dados citados referem-se a números estimados.

Quando se refere ao volume financeiro do Programa a nível de Brasil, confirma a necessidade de investimento na organização dos serviços com formas de financiamento para esse fim, com pactuação e comprometimento dos gestores estaduais para a efetivação das diretrizes propostas e uniformidade das ações em todo o Brasil.

A normalização do Programa está estabelecida pela Instrução de Serviço nº 327 de junho de 2004. O documento normativo trata da aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos, bem como análise dos processos de solicitação e acesso dos usuários do SUS ao serviço. As exigências Estaduais e Federais que regulamentam o Programa têm sofrido críticas dos usuários e profissionais e na maioria das vezes, culmina com impetração de notificações judiciais.

Os mandados coletados estão categorizados de modo distinto, embora a maioria tenha iniciado pela mesma via, o poder judiciário, e a minoria, pelo poder executivo. Este último ocorreu de forma única, definido após discussão e consenso entre os atores envolvidos no processo. A ação foi citada como termo de ajustamento de conduta, demandada pela Associação de Portadores de Fibrose Cística do Espírito Santo, envolvendo o Ministério Público, o Serviço de Atendimento aos Pacientes e a Secretaria de Saúde, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica. Objetivou a aquisição e manutenção do atendimento de aproximadamente trinta medicamentos, entre os quais, apenas dois já tinham sido adquiridos pela SESA/ES (ANEXO II).

As solicitações iniciaram-se na justiça federal, na defensoria pública, no tribunal de justiça, no juizado de direito, na assistência judiciária municipal e no I fórum da



fazenda pública estadual, de acordo com o âmbito de atuação da justiça e a possibilidade de acesso do cidadão. Na prática observa-se que as pessoas mais bem informadas têm maior facilidade de acesso.

A porta de entrada dos usuários de qualquer medicamento, seja de baixa, média ou alta complexidade, tem sido as farmácias dos CREs, por se tratar de local de atendimento e fornecimento de medicamentos de alto custo. Na tentativa frustrada de atendimento nos municípios ou em outros serviços e na impossibilidade de aquisição por conta própria, dirige-se ao CRE e, como ocorre rotineiramente, se o medicamento não consta da Relação do PMDCE, não consegue adquirí-lo e recorre à justiça.

Foram observadas demandas de medicamentos recentemente lançados no mercado, alguns deles sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), confirmando articulação e influência da indústria na prescrição médica.

O quadro a seguir, apresenta síntese das categorias de análise dos mandados judiciais, formatados de modo a facilitar a visualização.

ÓRGÃO EXPEDIDOR	OBJETO	ARGUMENTAÇÃO
Ministério Público do Estado	Medicamentos para fibrose cística.	Artigo 196 da CF.
Justiça Federal – antecipação de tutela	Antidepressivo - efexor 75 mg.	Artigo 198 da CF.
Defensoria Pública da União – antecipação de tutela	Suplemento alimentar - hidrolizado protéico.	Constituição Federal.
Tribunal de Justiça – mandado judicial	Cardiologia - ritmonorm 300 mg; oncologia - trastuzumab (importado) e neurologia – dieta enteral.	Constituição Federal.
Assistência Judiciária Municipal	Cardiologia – ancoron, zestril, caverdilol e furosemida.	Artigo 196 da CF.
Tribunal de Justiça – mandado de segurança	Cardiologia - lisinopril e verapamil.	Artigo 196 da CF.
Justiça Federal – mandado de segurança	Neurologia - interferon gama.	Cita artigo 5.º e 196 da CF; artigo 4.º do Código Civil ; artigo 4.º do Pacto de São José da Costa Rica e explicita direito subjetivo.
Ação Ordinária – antecipação de tutela	Neurologia - cortrosina depot (importado).	Cita artigo 273 do Código Civil, artigos 6.º, 196 e 198 da CF e artigo 1.º e 83 do Código de Processo Civil.
Juizado de Direito – mandado de segurança	Timespam (importado) oxcarbazepina, trastuzumab, anlodipina, propafenona, levodopa + carbidopa, endapamida, A A S 325 mg, octreotida 20 mg LAR e riluzol.	Artigo 196.
Tribunal de Justiça – mandado judicial	Pamidronato dissódico e clodronato dissódico.	Artigos 196 e 159 da CF e artigo 165 da Constituição Estadual.
Justiça Federal – mandado judicial.	Constam da relação de medicamentos excepcionais - sirolimus e tacrolimus.	Artigo 196.
I Fórum da Fazenda Pública Estadual	Paroxetina.	Artigo 196 da CF.
Citação/ ação ordinária com pedido de antecipação de tutela	Vigabatrina, valproato de sódio líquido e tetracosactida Depot.	Cita artigo 196, 198 e 6.º da CF e artigo 1.º da Lei n.º 4.317/90.

**QUADRO I** – Sistematização dos mandados judiciais (ANEXO II).

Os argumentos apresentam pouca variabilidade. O artigo 196 da Constituição Federal é o mais citado, acompanhado dos artigos 5.º, 159 e 198. Houve citações de artigos do Código Civil Brasileiro, da Constituição Estadual do Espírito Santo, do Pacto de São José da Costa Rica e da Lei n.º 4.317/90.

As argumentações, em sua maioria, relacionam os direitos constitucionais, a universalidade e a iminência do risco de vida, importando o direito à vida. Tais situações referendam comentários realizados de forma complementar por alguns autores. Cita-se inicialmente Pilau Sobrinho (2003), que comenta de modo claro os aspectos da Revolução Francesa de 1789, sobre como esse episódio se tornou um marco e uma diretriz seguidos por diversos países, sendo base de muitas constituições e principalmente da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Com relação ao sentido e à força da Constituição brasileira, Ataliba (1993), Dallari (1987, 1995, 2001), Demo (1995, 1996) e Azevedo (1998, 2000) teceram comentários complementares que narram a interface do direito humano e o objetivo político, resultados de lutas populares com concretização dos anseios da sociedade, o que significa que o objetivo político insere toda a carga histórica, cultural, sociológica e ideológica da evolução da sociedade, também refletida na sua organização para alcançar esses direitos.

Na verdade, pode-se observar em algumas situações o arroubo da urgência ou do risco de vida baseado em prescrição médica pouco esclarecedora para um usuário não conhecedor do seu agravo e da real necessidade do tratamento, ensejando prática inadequada do impetrante. Tal fato gera conflito por vezes desnecessário, resultando na alocação de esforços e recursos para atendimento à suposta ou individualizada universalidade em detrimento da equidade, outro princípio norteador do SUS, de extrema relevância num país onde 40% da população vive em situação de pobreza, de forma desumana.

Relacionando o que foi dito ao discurso de Demo (1995), Boff (1984) e Herkenhoff (1999, 2000), observa-se que toda essa questão perpassa a necessidade do direito e da justiça social, esta última a ser perseguida pelo Estado, em cumprimento ao que está previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos para cada cidadão. Os argumentos citados referem-se ao instrumento de alcance da justiça, a

Constituição, que, nas palavras de Kelsen (2000), é apenas uma parte da ordem geral do Estado, um método a partir do qual são geradas as normas que configuram as relações entre os homens. Em consonância com comentários feitos no decorrer do trabalho, Kelsen afirma que a Constituição jamais pode ser a justiça, mas apenas o caminho pelo qual se chega a ela.

As políticas e as ações norteadoras da justiça social seja do executivo, seja do legislativo, seja do judiciário, devem estar voltadas à questão da equidade, de modo a atender de forma diferente às necessidades também diferentes dos cidadãos. Esse fato é referendado por Lima (2002), que estabelece uma ligação ou complemento entre a equidade e a justiça, em que a primeira é sempre individualizada, tratando os indivíduos de acordo com suas necessidades reais e concretas, e que adapta a lei aos aspectos imprevistos e concretos que as situações apresentam e não se enquadra na justiça – tipo, prevista na mesma lei. O autor completa dizendo que para evitar excessos da lei em casos concretos, a equidade intervém, adaptando a norma a condições especiais que a regra do direito não poderia prever.

Entre as ações relevantes nessa discussão está a de estimular e facilitar a informação ao cidadão, refletindo-se em mudança de paradigmas, assumindo postura de sujeito com responsabilidade sobre seu corpo e sua saúde. Tal fato estabeleceria novos hábitos e condutas nos profissionais de saúde, sendo estes últimos, os principais atores nas situações de notificação contra os gestores de saúde nas demandas judiciais. Tal situação referenda apontamentos realizados por Pinheiro e Luz (2003), que afirmam que, no campo da saúde, essas características envolvem pelo menos três atores distintos que se inter-relacionam, influenciando decisivamente a construção de demandas: o indivíduo, o profissional médico e a instituição, aqui representada pelo gestor do sistema local.

A demanda gerada permeia as diretrizes constitucionais e a Lei Orgânica da Saúde, vislumbrando a exigência de todos os direitos escritos e publicados, não seguindo definição de objetos. Dentro dessa ótica, os medicamentos solicitados por meio de mandados judiciais, especificamente no estado do Espírito Santo, não se situam numa lógica de atenção, contemplando desde os considerados básicos, ou seja, de

atenção básica, aos do programa de saúde mental, do próprio PMDCE, de uso hospitalar, importados e sem aprovação do uso e da área de oncologia. A maioria deles não se insere em nenhum nível de atenção ou programa estabelecido pelas esferas de governos, demonstrando a imensa “lacuna” que isola os insumos oferecidos e os que não se situam nesses atendimentos. Entre os medicamentos inclusos na lacuna estão os de uso hospitalar com necessidade de uso domiciliar para continuidade de tratamentos, após a alta do nosocômio, situação que gera grande deficiência no atendimento e um desafio, pois o cidadão não possui acesso a esse recurso e muitas vezes permanece sem o tratamento, retornando ao hospital somente para utilizar o medicamento.

Uma situação comum é a demanda para tratamento com medicamento apenas lançado no mercado sobre cuja segurança e eficácia terapêutica pouco ou nada se conhece, ou para casos em que foi iniciado tratamento com medicamento resultante de estudo promovido pela indústria, cujo fornecimento é suspenso, interrompendo o tratamento e deixando nas mãos do usuário a continuidade, caso queira ou possa assumir. Na maioria das vezes, essa demanda chega ao SUS, pois normalmente se refere a produtos de alto custo ou de difícil aquisição por serem exclusivos de alguma empresa, o que inviabiliza seu custeio. Nessas situações, há necessidade de envolvimento dos prescritores na utilização de critérios da medicina baseada em evidência científica. O prescritor passa a ser um ator fundamental nessa mudança de atitudes, viabilizando a equidade, o uso racional dos medicamentos, culminando com resposta terapêutica adequada, norteando também as informações solicitadas pelo judiciário ou pelo ministério público nas decisões judiciais, quando necessárias. Tal situação referenda os comentários dos entrevistados 1, 2 e 3.

No mesmo sentido, inserindo o objeto das demandas, no caso desse estudo, os medicamentos, fica claro que não está estabelecido o que seria atender aos princípios definidos em conformidade com a universalidade e a equidade, tampouco o que é tratamento terapêutico adequado sem sofrer possíveis influências externas, o que dificulta a prática da ética humana e da justiça social.

Na verdade, as demandas têm gerado conflitos na distribuição e utilização dos recursos financeiros, o que se reflete na organização dos serviços. Os gestores

devem cumprir a lei de responsabilidade fiscal e planejar suas ações assistenciais ou regulatórias de acordo com o orçamento previsto para esse fim. Na ocorrência de demandas não previstas há uma realocação de recursos para essa nova necessidade, levando a aquisições a preços acima do praticado no mercado, devido a compra de urgência ou por exclusividade, sem procedimento licitatório. No atendimento às necessidades coletivas por meio de políticas públicas discutidas amplamente, tais equívocos podem ser minimizados ensejando o bem comum. Os comentários dos entrevistados 1, 2, 3 e 4 confirmaram os apontamentos realizados e os argumentos dos autores pesquisados durante o estudo.

A geração de demanda e a organização dos serviços estão vinculadas diretamente à questão mercadológica do medicamento. Há um imenso e variado arsenal terapêutico disponível num mercado lucrativo de grande impacto financeiro para quem dele necessita. Podem ser encontrados no comércio cerca de 15.000 apresentações farmacêuticas disponíveis (BRASIL, 2004, p. 30), com pesado marketing sobre a população e os profissionais de saúde. Pode-se perguntar: Que ações serão eficazes para se definirem os medicamentos considerados essenciais para uso da população se é permitido o livre comércio de qualquer produto, desde que seja registrado no Ministério da Saúde e as propagandas de medicamentos, cujas normas estão definidas, não são respeitadas pelas empresas e meios de comunicação, permitindo que o próprio cidadão receba informações importantes, exija tratamentos muitas vezes ineficazes ou que impõem risco à sua saúde, além de ser atendido por prescrições irracionais oriundas de informação também inidônea. Dessa forma, as políticas devem recuperar o papel regulador dos órgãos do Governo.

As leis de mercado impõem disponibilização de recursos não dimensionados com a racionalidade na utilização de medicamentos. Na discussão da judicialização, segundo dois entrevistados (1 e 4), dois problemas podem ser relacionados: a coletividade, pois essa demanda gera acesso de forma individualizada em contraposição ao que estabelece a Constituição, que prega o acesso universalizado à saúde, e as solicitações de medicamentos que não apresentam benefício, conseqüência do *lobby* promovido pela indústria com os médicos e usuários, favorecendo somente a indústria.

O acesso coletivo relatado pelos entrevistados encontra ressonância em alguns autores, como Boff (1994), Bastos (1993), Herkenhoff (1999, 2000), Manzini-Covre (1991), Barroso (1999, 2003), entre outros, e neste estudo. Para eles, o direito, a mobilização social, as ações de saúde, as políticas sociais, a organização e todas as diretrizes para consolidação da cidadania devem estar direcionados a todo cidadão, em cumprimento à Declaração Universal de Direitos Humanos, à Constituição da República Federativa do Brasil e à Lei Orgânica da Saúde, não podendo isolar nenhum cidadão e nenhuma ação. Nesse sentido, há a contextualização e a inserção de cada um.

Para favorecer o atendimento universal preconizado, há que adentrar na séria, difícil e questionada escassez ou limitação de recursos. Para esse assunto, alguns pontos divergentes foram encontrados ao longo do estudo. Na entrevista 3, houve o relato de que se vislumbra o início da superação dos impasses com a parceria entre os poderes, pois, apesar da universalidade preconizada, a Constituição não assegurou recursos suficientes para atender a esse princípio, apesar de se contabilizarem avanços nessa área com a promulgação da Emenda Constitucional (EC) n.º 29, que assegura recursos mínimos para a saúde.

Sob outra forma de observação do problema, o entrevistado 2 considera que, diante de um mandado judicial, pelo menos dois estão errados: o estado que não adquiriu o medicamento por não ter dinheiro, reflexo do repasse insuficiente de verbas do Ministério da Saúde, visto que a demanda é maior do que o repassado, e o juiz que delibera a ação antes mesmo de solicitar qualquer informação dos técnicos da Secretaria, por não possuir conhecimento da clínica. Esta última situação gera conflito, referendado por Vianna (1999), que comenta a tendência inevitável de estabelecimento de uma linha de tensão nas relações entre o judiciário, de um lado, e o executivo e o legislativo, de outro, entre a filosofia política da Carta de 1988 e a agenda neoliberal.

Em contraposição, há o comentário de Demo (1995, 1996), que diz que a imagem concreta do Brasil é a de uma economia significativa rodeada de extrema pobreza. O País é visto como capitalista perverso, de acordo com o Índice de Desenvolvimento

Humano. Diz também que há recursos e há leis, só não há justiça e bem-estar para todos. O autor finaliza lembrando que os benefícios e direitos previstos na Constituição não carecem de recursos financeiros para que se concretizem. Talvez se possa mencionar que esses recursos não estão disponíveis ou assegurados.

Por outro lado, Amaral (2001) comenta que os recursos são escassos e que, diante da necessidade voraz e infinita e a aplicação do direito coletivo, é necessário que se façam decisões alocativas: A quem atender? Quais os critérios de seleção? Prognósticos de cura? Fila de espera? Maximização de resultados? Quem consegue primeiro uma liminar? Tratando-se de uma decisão, parece intuitiva a necessidade de motivação e de controle dos critérios de escolha, uma prestação de contas à sociedade das razões pelas quais se preferiu atender a uma situação e não a outra.

Desse modo, cumprir com os princípios da Constituição e do SUS torna-se alvo de discussão e enfrentamento, principalmente quando se limita à assistência farmacêutica, por ser área de alto custo e com nuances próprias.

A atuação do Ministério Público nesse sentido pode ocorrer de forma preventiva quando se trata de interesse coletivo, e esse deve ser o foco de atuação, pois está preconizado na legislação. O atendimento individual deve ser deixado para os casos de urgência (entrevista 4).

Os entrevistados consideram alto o número de mandados judiciais no estado do Espírito Santo. Na verdade, esse número vem aumentando, mas é considerado ainda em crescimento e num patamar que pode ser resgatado com políticas de enfrentamento e discussão quanto ao acesso da população aos medicamentos ordenados na "lacuna", cujo não-uso ou uso inadequado gera impacto na Saúde Pública. Essas políticas devem buscar todos os atores envolvidos no ciclo de utilização do medicamento, não esquecendo a etapa final que é o domicílio do usuário.

Na verdade, as ações do Ministério Público tornam-se importante instrumento de controle social, que culminam com as decisões judiciais impetradas pelo judiciário contra o gestor, caso haja descumprimento do direito, da justiça social àquele



cidadão, considerado o mais importante naquele momento, pois suas necessidades são reais, concretas e urgentes.

Nessa discussão, cabe ressaltar que o Estado é considerado o responsável pela saúde do cidadão. Partindo-se de conceitos clássicos encontrados em Maquiavel (1998), que associava Estado a poder político restrito a um grupo familiar, e em conceitos modernos apresentados por Bobbio (2001), Lima (2002) e Testa (1992) quando se referem ao momento em que é inserido o povo na organização e participação das ações estatais, conclui-se que o executivo, o legislativo, o judiciário e todo cidadão são parte do Estado, responsáveis pela tarefa de inserir as práticas voltadas ao estado de bem - estar social previsto na Constituição e a justiça social.

Nessa rede de entraves e conquistas, fica o direito de cada cidadão a uma vida digna pelo acesso a itens básicos, como o direito de um nascer e um envelhecer saudável, como resultado de políticas do Governo ou de suas intervenções por meios jurídicos.

De todos os fatores que dizem respeito aos direitos da pessoa humana, a saúde é fundamental, pois insere o meio ambiente, o social e o político, e assegurar todos esses fatores torna grandiosa e complexa a sua ação. A importância da saúde resvala-se na promoção, educação, prevenção e tratamento dos agravos.

No campo da saúde, a assistência farmacêutica constitui parte integrante e estratégica da atenção, pois, em algum momento da vida, seja na prevenção, seja no tratamento de agravos, o cidadão necessitará utilizar medicamentos. Dessa forma, ampliar o acesso do cidadão aos programas de saúde tem sido um grande desafio dos governos.

Especificamente no PMDCE, termo que mereceria ser chamado de política “[...] para ressaltar a dimensão mais abrangente da resposta governamental a certos problemas públicos” (MATTOS, 2001, p. 58), há presença de situações difíceis, por

se tratar de vários produtos considerados *órfãos*<sup>32</sup> entre outros mais comuns, mas quase 100% por empresas transnacionais. Como identificou Bermudez<sup>33</sup>, *apud* Castro (2000, p. 39), “[...] no terceiro mundo, a maior fatia do mercado está em mãos de empresas privadas. No Brasil, as empresas nacionais e o governo dividem cerca de 20% do mercado, e as empresas transnacionais, 80%”.

Uma característica do Programa é sua restrição à dispensação do medicamento, com financiamento por meio de repasse do que foi adquirido pelos estados e dispensado de acordo com as normas estabelecidas pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, pelas unidades de atendimento dos estados. O financiamento não contempla estrutura e organização dos serviços. Esse modelo é preocupante, uma vez que deveria estar relacionado à integralidade proposta pelo SUS, que, conforme definição de Pinheiro (2001, p. 65),

[...] é uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual - onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

Tais aspectos, de acordo com a autora, são a subjetividade da demanda e a objetividade da oferta de serviços (PINHEIRO e LUZ, 2003, p. 25).

Para que a integralidade no atendimento seja consolidada e não se limite a fornecimento de medicamentos, cabe aos estados elaborarem políticas amplas, com criação de Centros de Referências ou apenas referências nas doenças contempladas pelo Ministério da Saúde. Houve proposta de criação desses centros quando da publicação da última Portaria para algumas doenças, o centro de referência do idoso, para Parkinson e Alzheimer, o centro de controle da dor, da asma, entre outros. Nesses casos, o usuário recebe atenção integral da equipe

---

<sup>32</sup> *Medicamentos de uso humano, utilizados no diagnóstico, prevenção ou tratamento de doenças raras, cujo volume de vendas previsto não cobriria os custos do desenvolvimento e da comercialização, não sendo, portanto, do interesse das indústrias farmacêuticas em condições normais de mercado.* (conceito da comunidade europeia). (SILVA, S. R. C., 2000).

<sup>33</sup> BERMUDEZ, J.A. Z. *Indústria farmacêutica, estado e sociedade*. São Paulo: Hucitec, 1995 *apud* CASTRO, C.G.S.O (Coord). *Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 90p.

interdisciplinar, inclusive atenção domiciliar, e a dispensação do medicamento passa a ser realizada no modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde, através do seguimento farmacoterapêutico e da atenção farmacêutica.

Não houve uma política de criação dessas referências no estado do Espírito Santo, ficando nas mãos do usuário a responsabilidade em consultar um profissional conveniado com o SUS, e após dirigir-se às unidades de dispensação de medicamentos para adquiri-los.

Outro fator desencadeante de conflitos é o número de itens constantes da relação de medicamentos excepcionais. Até julho de 2002, quando da divulgação da Portaria n.º 1.318/02, essa relação constava de 208 apresentações comerciais e apenas 92 substâncias ativas, disponibilizando tratamento para mais de setenta doenças, a maioria delas exigindo uso crônico do medicamento. Interessante ressaltar que muitas condições de saúde não estão contempladas nesse Programa nem em outros, acumulando um grande número de pessoas sem atendimento e sem possibilidades de assistência integral.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O incremento no ano de 2002, com acréscimo de itens gerou ao nível de Brasil, estimativa de gasto em torno de R\$ 490 milhões, mas os estados não conseguiram organizar-se, adquirir e dispensar os medicamentos naquele ano, principalmente pelo fato de não ter havido incentivo para o início do atendimento. Foi então utilizada verba do próprio estado, para depois serem repassados os recursos, após autorização da APAC. O Espírito Santo iniciou alguns desses atendimentos no ano de 2003; outros estão em fase de organização para iniciar no ano de 2004.

No Programa ocorrem situações específicas envolvendo medicamentos de baixo custo, como a sulfassalazina para tratamento de retocolite ulcerativa ou a risperidona para esquizofrenia, doenças com alta prevalência na população, e outros de altíssimo custo, como a imiglucerase para tratamento de doença de baixa prevalência, a doença de Gaucher. Esta última, no ano de 2002, consumiu 2% do volume financeiro de todo o Programa para tratar apenas 5 pacientes, num total de aproximadamente 20.000 cadastrados.

Ocorrem também situações em que o cidadão, não conseguindo acesso a medicamentos nos serviços referências em oncologia, por não constarem da relação de medicamentos do Instituto Nacional do Câncer (INCA), dirige-se ao PMDCE para adquiri-los e, não havendo resolutividade, entram com pedido através da justiça.

Um fato importante é que todo medicamento considerado de alto custo para o cidadão, não importando seu valor, é demandado para o Programa, talvez pelo próprio nome que este recebe. No estado do Espírito Santo, observa-se que, na realidade, toda demanda gerada para medicamentos não constantes da relação do SUS em qualquer nível de atenção tem como porta de entrada o PMDCE. Tal situação necessita ser analisada a fim de que seja melhor definido o fluxo para cada nível de atenção, utilizando-se sua porta de entrada nos casos de solicitação por via judicial. Nesses casos o gestor estadual é notificado, inviabilizando uma melhor organização dos serviços, por gerar concentração de esforços e de verbas para situações não planejadas e orçadas.

Todos os fatores expostos contribuem para a complexa especificidade do Programa, seus embates e conflitos e a necessidade de rever seus propósitos e objetivos, acesso, integralidade e, principalmente, equidade. Para tanto, utilizar instrumentos de debates amplos com os atores envolvidos nesse e também em outros Programas de Saúde, partindo da premissa de que todos devem colaborar e rever seus conceitos, ampliando suas ações, já que compõem política do Governo, passa a ter caráter de urgência.

As notificações judiciais são importante instrumento de validação do direito do cidadão ao acesso aos serviços de saúde e à amplitude e integralidade do atendimento que lhe é devido. Não basta ter tantas leis e emendas na Constituição, embora essas leis possam ser consideradas as melhores do mundo e as que mais focalizem o cidadão, no sentido mais puro e filosófico da palavra. As leis precisam ser coerentes com as políticas e o sistema de governo. O Brasil, a partir da Constituição cidadã, implantou sistema de governo de bem-estar social, e a responsabilidade passa a ser grande quando chega o momento de colocar em prática o que se pensou. A todo instante impõem-se limitações financeiras que impedem um atendimento mais digno ao cidadão. Será que há falta ou limitação de recursos num país que apresenta arrecadação significativa? Talvez seja o momento de se estabelecerem prioridades, com o intuito de dignificar os preceitos da Carta Magna e vê-la sair do papel.

Entende-se que a justiça e o Ministério Público devem cumprir seu papel de guardiões da lei, mas justifica-se a necessidade de ser e de se inserir na discussão como ator e sujeito, como controle social, sim, mas numa lógica de mudança de forma ativa, para que se consiga encontrar um ponto comum, ao qual pelo menos a maioria da população, a que necessita, tenha acesso de forma digna e integral, tendo como objetivo o encontro com a equidade, esta viabilizada pela superação das desigualdades, de tal forma que diferentes necessidades da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferentes (CECÍLIO, 2001, p. 120).

O que se observa é que as ações judiciais tornam o acesso individualizado, também ferindo os preceitos da Constituição. O coletivo precisa ser tratado como prioridade, refletindo-se em distribuição mais justa dos benefícios e retomando o formato de justiça social e humanidade das leis, para que elas se tornem reais de fato.

Não cabe discutir quem tem mais direitos, se o cidadão que utiliza medicamentos para tratar hipertensão na atenção básica, ou o cidadão que é considerado um caso raro por ser portador de uma doença exclusiva de poucos, mas que consome valores significantes dentro do contexto de todos os Programas de Saúde. Quando se fala em justiça e direitos humanos, direito a nascer, viver e morrer com dignidade, realmente não cabe essa discussão, como disse um grande lutador, um missionário da saúde, Capistrano Filho (1995, p. 41):

A defesa da vida e o compromisso com a vida são valores que nem a mão invisível do mercado nem a mão pesada do planejamento centralizado e burocrático são capazes de garantir. Valores que ou vingarão através de empenho, luta, coragem e convicções firmes, ou simplesmente serão suplantados pelo cinismo, pela indiferença, pela cupidez e pelo individualismo mais feroz.

Este estudo não esgota o tema nem tem essa pretensão, visto tratar-se de discussão polêmica num momento em que o mundo discute a escassez de recursos e a possível diminuição de benefícios aos cidadãos, principalmente na área da saúde, que apresenta especificidades importantes, devido à corporação profissional de saúde e ao rápido desenvolvimento tecnológico. O Brasil tenta resolver a questão da universalidade e da equidade, quando se observa um entendimento de variados setores, de que se deve aplicar a universalidade, enquanto a equidade tem andado meio esquecida. Num país onde grande parte da população não consegue se alimentar, princípio básico de cidadania é vital o fortalecimento da equidade, inclusive com integralidade nas ações.

Durante a realização do estudo, algumas situações ocorreram. A que chama a atenção é a preocupação generalizada dos gestores e do Governo com o problema, que deixa de ser um conflito vivido pelos técnicos da assistência farmacêutica. Na realidade, é uma discussão inter e multisetorial, um debate que deve envolver o Governo, gestores, defensoria pública, tribunais de justiça, promotoria pública,

conselhos de saúde, procuradorias, entidades de classe, indústria, entre outros. Considera-se que este é um momento crucial, histórico e inesgotável, pois não há consenso ou projeto de resolução imediata, tal sua complexidade.

Proponho que seja praticada a agilidade e a constância nas discussões iniciadas pelo Governo federal e os estados. Observa-se que alguns profissionais apresentam suas opiniões, mas que na prática não alcançam outros da área em discussão. Há que se estabelecer uma prática a nível nacional no que se refere ao judiciário, ao Ministério Público e ao Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde. A necessidade desta faz com que todos os atores inseridos no problema repensem paradigmas, destilem as culturas do seu âmbito de atuação e racionalizem os dogmas e as normas. Todas as atitudes precisam ser renovadas em prol da reavaliação do que foi conquistado até o momento em mais de uma década do SUS e o que pode ainda ser conquistado, não negligenciando seus princípios.

Nas discussões entre os Governos, o Judiciário, o Ministério Público e o usuário, têm sido feita proposta de que o juiz estabeleça um prazo de pelo menos 72 horas para que os técnicos das secretarias possam subsidiar a ação do juiz com informações técnicas a respeito da solicitação. Dessa forma, as secretarias devem compor grupo técnico com médicos e farmacêuticos para essa função e quando necessário, buscar orientação de especialista nos assuntos que sejam fora do seu âmbito.

Sugiro que as informações científicas para emissão de parecer sejam apoiadas e respaldadas pelos Centros de Informação sobre Medicamentos (CIM)<sup>34</sup>, presentes nas secretarias de saúde, universidades e em alguns municípios de grande porte. Observa-se que, na maioria dos serviços não existe literatura científica idônea que possa embasar os técnicos no momento de emitir parecer sobre determinada indicação para os juizes. Os CIMs foram criados com essa prerrogativa e muito podem contribuir, já que devem possuir acervos idôneos e atualizados. Para que seja viabilizado esse modelo, pode-se utilizar o formato de parceria entre o Ministério

---

<sup>34</sup> Realizam a provisão de informação adequadamente referenciada, criticamente avaliada e, sobretudo, imparcial sobre quaisquer dos aspectos relacionados à prática farmacêutica. A meta principal dos CIMs é a promoção do uso racional dos medicamentos. Para alcançar esta meta, a informação prestada deve ser objetiva, imparcial e imune a pressões políticas e econômicas. (OPAS/OMS, 2003, p. 321).

da Saúde, as Secretarias de Saúde e, se possível o judiciário para o incentivo, financiamento, uniformidade nas ações e, principalmente, para a legitimidade frente aos gestores, possibilitando seu conhecimento e reconhecimento dos CIMs como necessários e importantes.

Há que se adequar a relação do Ministério da Saúde enquanto órgão regulador e regulamentador às ações dos profissionais prescritores com a finalidade de minimizar as pressões da indústria para prescrição dos medicamentos não essenciais e de eficácia desconhecida ou pouco estudado. Há proposta de que os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas sejam não apenas recomendações, mas uma determinação de condutas, como existe oficialmente nos planos privados de saúde. A liberdade de prescrição deve ser revista e os profissionais devem sair do ostracismo do seu âmbito profissional para atender a uma causa maior. Também deve ser observado com clareza e coerência que, no momento em que o profissional esteja inserido em um Programa dentro de um grande plano de saúde nacional, deverá adequar-se as diretrizes propostas por esse plano.

A equidade, como abordado anteriormente, caminhou de forma paralela nos últimos anos, em favor da universalidade. Tal situação pode ser reavaliada e colocada em prática, pois somos um país de muitos miseráveis, que precisam que se satisfaça suas necessidades básicas, como a alimentação e saneamento básico, que contribuem muito para evitar as doenças. Dessa forma, estabelecer modelos de priorização de atendimento a esses cidadãos não poderá ferir a Constituição já que é um princípio norteador da mesma.

No Estado do Espírito Santo observa-se que os usuários que possuem planos privados de saúde têm acesso aos exames diagnósticos ou de monitoramento das doenças, garantindo o acesso ao Programa e conseqüentemente ao tratamento. A prescrição somente pode ser feita por profissional conveniado com o SUS. Desse modo, o usuário consulta com médico do SUS, faz os exames necessários pelo seu plano de saúde acompanhado por médico do plano ou pelo mesmo profissional e consegue ser atendido. Em contraposição, o usuário que consegue ser atendido por médico do SUS e não consegue fazer os exames por não conseguir acesso, não inicia seu tratamento, tendo que aguardar a disponibilização do exame.



Diante dos fatos e da aplicabilidade do estudo, vislumbra-se que se realizem outros estudos que possam complementar ou discutir o assunto sob outro olhar ou direção, enriquecendo e norteando as ações dos atores e setores inseridos no tema.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACIOLE, G. G. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 63, p. 63-73, Jan./abr. 2003.
- ALMEIDA, P. F. et al. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 137-154, maio/ago. 2002.
- AMARAL, G. *Direitos, escassez e escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas*. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. 256 p.
- ATALIBA, G. Superação jurídica da constituição de 1993. In: CUNHA, S. S. (Org). *Revisão constitucional: aspectos jurídicos, políticos e éticos*. Porto Alegre: Fabris, 1993. p. 27-56.
- AZEVEDO, P. F. de. *Direito, justiça social e neoliberalismo*. 1. ed. 2. tir. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000. 144p.
- \_\_\_\_\_. *Aplicação do direito e contexto social*. 2. ed. 2. tir. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998. 174p.
- BARROSO, P. H. *Constituinte e constituição: participação popular e eficácia constitucional*. Curitiba: Fabris, 1999. 217p.
- BARROSO, L. R. *O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da constituição brasileira*. 7. ed. atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. 369p.
- BASTOS, A. W. Constituição e proteção dos direitos coletivos no Brasil: origem e evolução jurídica, histórica e sociológica da ação civil pública. In: CUNHA, S. S. (Org.). *Revisão constitucional: aspectos jurídicos, políticos e éticos*. Porto Alegre: Fabris, 1993. p. 9-18.
- BERMUDEZ, J. A .Z. ; REIS, A . L. A . A necessidade de se comparar preços nos mercados farmacêuticos. In: BERMUDEZ, J. A .Z.; BONFIM, J. R. A (Orgs). *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 179-91.
- BERMUDEZ, J. A . Z. ; BONFIM, J. R. de (Orgs). *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999. 236p.
- BERMUDEZ, J. A . Z. Produção de medicamentos no setor governamental e as necessidades do sistema único de saúde. In: BONFIM, J.R.A . ; MERCUCI, V, L. (Org.). *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.72-80.
- BOBBIO, N. *Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política*.

9. ed. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001. 173 p. (Coleção Pensamento Crítico, 69).

\_\_\_\_\_. *A era dos direitos*. 17ª Tir. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992. 217p.

BOBBIO, N. ; MATTEUCCI, N. ; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. 11. ed. v. 1, Tradução de Carmen C. Varriale et al. Coord. de trad. João Ferreira. Brasília: UnB, 1998. 674p. total 1.330 p.

BOFF, L. *Do lugar do pobre*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1984. 151p.

BONFIM, J.R.A. ; MERCUCI, V. L. (Org). *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec, 1997. 381p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 40 p. (Projetos, Programas e Relatórios, n.25).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência a Saúde. *Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil: 1998 - 2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 211p.

\_\_\_\_\_. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: medicamentos excepcionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. 602p.

\_\_\_\_\_. *Constituição da república federativa do Brasil*. 1. ed. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2003. 217p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de dispensação em caráter Excepcional*. Brasília: CONASS, 2004. 100p.

BUSS, P. M. Medicamentos na reforma do setor saúde: em busca da equidade na América Latina. In: BERMUDEZ, J. A . Z. ; BONFIM, J. R. A . (Orgs). *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999. p.15-20.

BARROS, J. A. C. de. *Propaganda de medicamentos: atentado à saúde?* São Paulo: Hucitec, 1995. 222p.

CAPISTRANO FILHO, D. *Da saúde e das cidades*. São Paulo: Hucitec, 1995. 155p.

CASTRO, C.G.S.O (Coord). *Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 90p.

CECÍLIO, L.C. O . As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A . de. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Uerj: Abrasco, 2001. 178p.

- DALLARI, D. de A. *Elementos de teoria geral do estado*. 22. ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2001. 307p.
- DALLARI, S. G. *A saúde do brasileiro*. 6. ed. São Paulo: Moderna, 1987. 88p.
- \_\_\_\_\_. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. 133p.
- DANTAS, D. D. *A humanização da justiça*. ISTO É, São Paulo: 2004. n. 1804. 12/05/2004. 98p.
- DEMO, P. *Cidadania tutelada e cidadania assistida*. Campinas, SP: Autores Associados, 1995. 171p.
- \_\_\_\_\_. *Participação é conquista: noções de política social participativa*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996. 176p.
- FORTES, P. A. de C. *Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais*. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1998. 119p.
- GUERRA JR, A. A. *Medicamentos essenciais, estudo sobre a disponibilidade e acessibilidade econômica em duas regiões do estado de Minas Gerais: o norte de Minas e o Vale do Jequitinhonha*. 2002. 208 p. Dissertação (mestrado em ciências farmacêuticas) – Departamento de farmácia Social, Faculdade de Farmácia da UFMG, Belo Horizonte, 2002.
- GOUVEIA, R. ; PALMA, J. J. L. da *O SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social*. In: GOUVEIA, R. *Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde*. São Paulo: Mandacaru, 2000. 223p.
- GUSTIN, M. B. S. *Das necessidades humanas aos direitos: ensaio de sociologia e filosofia do direito*. Belo Horizonte: Del Rey, 1999. 230p.
- HERKENHOFF, J. B. *Como aplicar o direito: (à luz de uma perspectiva axiológica, fenomenológica e sociológico-política)*. 5. ed, rev. ampl. e atual. Rio de Janeiro: Forense, 1999a. 179p.
- \_\_\_\_\_. *Direito e utopia*. 3. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999b. 120p.
- \_\_\_\_\_. *Justiça, direito do povo*. Rio de Janeiro: Thex, 2000. 128p.
- HESSE, K. *A Força normativa da constituição*. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Fabris, 1991. 34p.
- IVAMA, A. M. et al. *Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 23p.
- JONCHEERE, K. *A Necessidade e os elementos de uma política nacional de medicamentos*. In: BONFIM, J.R.A. ; Mercucci, V, L. (Org). *A construção da*

- política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec, 1997. 381p.
- KELSEN, H. *A ilusão da justiça*. Tradução de Sérgio Tellaroli. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 654p.
- LAURELL, A . C. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARATA, R. B. (Org.). *Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 83-102.
- LIMA, H. *Introdução à ciência do direito*. 33. ed. rev. e atual. por Paulo Condorcet. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2002. 324p.
- LIMA, J. de C. et al. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 62-70, jan./abr. 2002.
- LUCHESI, G. *Dependência e autonomia no setor farmacêutico: um estudo da CEME*. 1991. Dissertação (mestrado em saúde coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991. 365 p.
- MACHADO, A . A . *Ministério público: democracia e ensino jurídico*. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. 208 p.
- MACHADO-dos-SANTOS, S.C. A Política de fármacos eleva a política de saúde. In: Negri, B. e d'Ávila, A .L. (org). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. \_\_ São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.
- MANZINI – COVRE, M. L. *O que é cidadania*. São Paulo: Brasiliense, 1991. 89p.
- MAQUIAVELLI, N. B. *O príncipe*. Traduzido por Antônio Caruccio-Caporale. Porto Alegre: L & PM, 1998. 206 p.
- MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Tradução de Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. 114p.
- MATTOS, R. A . de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A . de. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Uerj: Abrasco, 2001. 178p.
- MATTOS, R. A . de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A . de. (Orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Uerj: Abrasco, 2003. p. 45-60.
- MEIRELLES, H.L. *Mandado de segurança, ação popular, ação civil pública, mandado de injunção, hábeas data*. 13. ed. ampl. e atual. Pela Constituição de 1988. São Paulo: Revista dos tribunais, 1989. 197p.
- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da

reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 19-91.

MENDONÇA, P. R. S. *A argumentação nas decisões judiciais*. 2. ed. atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2000. 180 p.

MINAYO, M. C. S. O conceito de metodologia de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269p.

MISOCZKY, M. C. *O campo da atenção à saúde após a constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social*. Porto Alegre: Dacasa/PDGSaúde, 2002. 191p.

MORAIS, J. L. B. de. *Do direito social aos interesses transindividuais: o estado e o direito na ordem contemporânea*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1996. 247p.

NEGRI, B. ; DÁVILA, A. L. (Org.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002. 630p.

NOVOA MONREAL, E. *O direito como obstáculo à transformação social*. Tradução de Gérson Pereira dos Santos. Porto Alegre: Fabris, 1988. 221p.

OMS. *O Uso de medicamentos essenciais: quinto relatório do comitê de peritos da OMS*. Brasília: 1994, 98p.

ONU. *Declaração universal dos direitos humanos*. 4. ed. 1978. 32 p.

OPAS/OMS; MARIN, N. (Org.). *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 334p.

PEREIRA, P. A. P. O estado de bem-estar e as controvérsias da igualdade. *Revista Semestral do Departamento de Sociologia da UnB*, Brasília: v. 1, p. 11 - 24, jun. 1986.

PERELMAN, C. *Ética e direito*. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: 2000, 722p.

PIGNARRE, P. *O que é o medicamento?: um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Editora 34, 1999.150p.

PILAU SOBRINHO, L. L. *Direito à saúde: uma perspectiva*

- constitucionalista. Passo Fundo: UPF, 2003. 218p.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A . de. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. 178p.
- PINHEIRO, R. ; LUZ, M. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A . de. (orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 7-34.
- QUINTELA, S. Dívidas interna e externa e direitos humanos em 2003. In: SYDOW, E. ; MENDONÇA, M. L. *Direitos humanos no Brasil 2003: relatório da rede social de justiça e direitos humanos em colaboração com Global Exchange*. São Paulo, 2004. p. 239-246.
- RAWLS, J. *O direito dos povos*. Tradução de Luis Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 259p.
- \_\_\_\_\_. *Justiça e democracia*. Tradução de Irene A . Paternot. São Paulo: Martins Fontes. 2000, 406p.
- REALE, M. *Teoria do direito e do estado*. 5. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2000. 415p.
- RESENDE, E. *Cidadania: o remédio para as doenças culturais brasileiras*. São Paulo: Summus, 1992. 101p.
- SACKETT, D. L. et al. *Medicina baseada em evidência: prática e ensino*. Trad. van Carlquist. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 270p.
- SILVA, D. P. *Vocabulário jurídico*. 18. ed. ver. e atual. Rio de Janeiro: Forense, 2001. 873p.
- SILVA, S. R. C. *Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil*. 2000. 215 p. Dissertação (mestrado em saúde pública) – Escola Nacional de saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE VIGILÂNCIA DE MEDICAMENTOS & ACCIÓN INTERNACIONAL PARA LA SALUD – AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. *O que é uso racional de medicamentos*. São Paulo: Sobravime, 2001. 123p.
- SOUZA, C. A . M. de. *Poderes éticos do juiz: a igualdade das partes e a repressão ao abuso no processo*. Porto Alegre: Fabris, 1987. 211p.
- SOUZA, J. G. *A criação judicial do direito*. Porto Alegre: Fabris, 1991. 123p.
- TEMPORÃO, J. G. *A propaganda de medicamentos e o mito da saúde*. Rio de

Janeiro: Graal, 1986. 183p.

TESTA, M. *Pensar em saúde*. Tradução de Walkiria Maria Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226p.

VIANNA, L. W. et al. *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999. 270p.



## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### Extrato das entrevistas

Entrevista 1 - A discussão da judicialização passa por duas questões: a da coletividade, porque na verdade quando há um mandado judicial se resolve o acesso de forma individualizada, a demanda passa a ser individualizada e ao mesmo tempo existe a constituição federal, que prega o acesso universalizado à saúde. Um outro problema é que há muitas solicitações de medicamentos através de mandados judiciais que não apresentam benefício, favorecendo a indústria farmacêutica, que faz seu *lobby* junto ao usuário e ao médico. A justiça deve trabalhar com a exigência ao acesso a medicamento de forma coletiva e também buscar debate e discussão para se conseguir atingir um ponto de equilíbrio diante desses fatores e principalmente do recurso escasso.

Entrevista 2 – A questão da judicialização da demanda nós temos que enfrentar. Temos demanda considerável de mandados. Primeiro, no momento da liminar dois estão errados: o estado que não adquiriu porque não tem dinheiro, pois o governo federal faz repasse a quem da demanda. Nossa demanda é alta, bem maior do que o Ministério da Saúde nos repassa. O juiz também está errado no momento que ele pega um papel e antes de entrar com mandado, deveria pedir opinião aos técnicos da Secretaria de Saúde (SESA) e a câmara técnica. Ele não tem conhecimento da clínica. Existem pacientes que não estarão sendo tratados. Irresponsável também é o médico que prescreve. Não somos consultados pelos promotores quanto ao medicamento prescrito. Poucos promotores tem essa conduta. Normalmente não recusamos esclarecimento quando somos chamados. O judiciário deveria parar em todo o Brasil e refletir primeiro, compra quem tem dinheiro. O estado, se não tá tendo condição de atender, não é porque está querendo, pois de acordo com nosso demonstrativo todos os itens estão com índice negativo. O Estado tem entrado com participação de até 70%. O farmacêutico é sempre o responsável pelas mazelas que acontecem e geram falta de medicamento. Em caso de risco de vida concordo pois tem que preservar a vida, mas poucos medicamentos tem a ação que estão incluídos com risco de vida. Para esclarecimento tem que ser chamado o Secretário de Saúde e a Assistência Farmacêutica e dizer o porque da falta de medicamento se

não tem dinheiro para comprar e na falta de orçamento deve abrir inquérito contra o MS que é o responsável pela falta.

Nossa próxima meta é reunir todos os farmacêuticos com os procuradores e promotores para uma discussão sobre o assunto para esclarecimento quanto a questão dos medicamentos e como funciona.

Entrevista 3 - Duas questões que se apresentam: primeiro a questão legítima do direito que está sendo negado em adquirir o medicamento e segundo é a decisão. Chega aqui decisão de resolver a aquisição em 48 ou 72 horas. Maioria das vezes o medicamento é importado. Na constituição, artigo 196 fala que a saúde é direito de todos e dever do estado. Mas o estado se refere a todos e a constituição não assegurou recursos necessários para atender a universalidade da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Já tivemos muitos avanços principalmente depois da Emenda Constitucional 29 que assegurou recursos mínimos mas estamos longe de resolver esses e outros problemas da saúde. O Estado gasta R\$ 87,00/per capita/ano em saúde. Se colocar os municípios gasta R\$ 120,00 a 130,00. País como o Canadá gasta 2.000 dólares, EUA 1.500 dólares e Inglaterra 1.000 dólares. A saúde é cara mas estamos longe de gastar um índice civilizado com a saúde do povo brasileiro quando vai tomar uma decisão dessa não tem recursos. O estado tem sido lesado nos últimos 12 anos o setor foi desorganizado e os recursos foram consumidos sem ética, por meios questionáveis. O teto do SUS para medicamento de alto é muito aquém da necessidade. R\$ 1.120,00/mês e gasta R\$ 2.500 ou R\$ 3.000 e não tendo demanda toda satisfeita gastamos com padronizado e não padronizados. Compramos em torno de 98 itens que são utilizados e temos os judiciais. Em conversa com promotores e presidente do tribunal de justiça informei que temos câmara técnica que analisa essas questões de inclusão e exclusão de medicamentos e sempre quando tem excepcionalidade que seja analisada e na necessidade o especialista analisa e dá parecer adequado para que o promotor público estadual ou federal e juizes tomem decisão consciente, correta em relação a isso porque em grande parte das vezes tomam decisão sem conhecimento da causa e somente humanitária, na verdade estão beneficiando a indústria multinacional que é muito competente e agressiva. Os doentes ficam indefesos. É uma questão importante que tem que ser relatada e pode ser resolvida dessa forma, com parceria,

diálogo entre os dois poderes e eu já dei o primeiro passo. Espero que com o tempo a gente construa esse tipo de procedimento e vai beneficiar nosso usuário, nosso paciente.

Entrevista 4 - A questão da saúde nunca foi uma matéria de atuação nossa mais constante. Somos cheios de atribuição. No interior é um promotor para tudo. Tem a questão até da falta de conhecimento da legislação. Desde o ano passado, existe uma resolução do Ministério Público que estabelece novas atribuições para os promotores. A resolução de n.º 2 de junho de 2002. Hoje tem promotor da saúde, da educação, etc. Estou mais inteirada com a movimentação, o pessoal da secretaria de saúde. A gente saiu dessa atuação anterior, e passamos a atuar de maneira até preventiva, para fiscalizar, para ver se está funcionando direito, até para evitar que os problemas apareçam. A gente não quer ver o sistema acabar nem perseguir ninguém, o gestor faz a parte que lhe cabe mas ele tem que fazer certo. Falta informação sobre os direitos dele. A falta de medicamentos tem sido constante, passei a observar que quando peço medicamento compra. Existe promessa de que vai atender a demanda. A nossa atuação tem que ser não é para uma pessoa só. Segundo a legislação fala, tem que atuar no interesse coletivo. De um grupo que justifica, no caso de uma pessoa só tem que encaminhar para a defensoria pública. Chega uma pessoa aqui com uma urgência, um medicamento, um aparelho, um respirador, eu entro com ação de obrigação de fazer do Estado, mesmo que seja para uma pessoa. Não vou entrar com mandado de segurança porque é mais questionável, mas uma ação de obrigação de fazer do estado eu entro e tenho certeza que vou conseguir liminar, depois vou discutir se teria legitimidade para entrar em favor de uma pessoa ou não. Tudo que peço a secretaria tem atendido como se fosse ordem judicial. A gente cobra que se cubra a lei. Para atender o coletivo tenho feito de modo preventivo. Acho que saúde tem que vir em primeiro lugar. Acho que os recursos não são escassos.

Fornecido por escrito: A Constituição Federal reza, em seu artigo 1º., Inc.III, que é princípio fundamental da República Brasileira o respeito à dignidade da pessoa humana. Sem dúvidas, esse é o princípio mais importante do sistema normativo Brasileiro, sendo que todos os demais podem ser entendidos como desdobramentos de tal mandamento.

Em seu art. 196, a Constituição Federal ainda estabelece que a saúde é direito do cidadão e um dever para o Estado, no que foi expressamente secundada pela Carta Estadual em seu art. 186. Vale ressaltar que a Constituição Federal, em seu artigo 186, parágrafo único, inciso III, garante a “dignidade, gratuidade e boa qualidade no atendimento e no tratamento de saúde”.

No artigo 198, inciso II, a Constituição da República esclarece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo sistema único que, entre outras diretrizes, orienta-se para o atendimento integral. Vale dizer, o cidadão tem direito a receber do poder público o tratamento que lhe é indicado, independentemente de sua complexidade e custo.

Para o cumprimento do preceito constitucional, a lei n.º 8.080/90, que regulamentou o Sistema Único de Saúde, dispôs claramente que a assistência terapêutica integral está incluída no seu campo de ação (art. 6.º), e a integralidade da assistência está definida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis e complexidade do sistema (art. 7.º,II).

O direito à saúde pública, estabelecido no art. 196 da CF/88, não pode ser considerado como norma programática, que dependa de previsão orçamentária dos Estados-Membros para a sua execução. O texto constitucional é muito claro: cabe ao poder público, mormente após a edição da Lei n.º 8.080/90, oferecer todos os recursos disponíveis para o atendimento aos que deles necessitam.

A atuação do Ministério Público na mediação de conflitos existentes entre gestor, conselho, usuários, prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e representantes de outras esferas de Governo tem mostrado-se eficiente na conciliação e realização de ajustes que trazem a efetividade necessária ao Sistema.

O atendimento das partes envolvidas no Sistema evidencia os pontos que necessitam da intervenção ministerial, sendo certo que a atuação do Ministério

Público não se restringirá às falhas explícitas do Sistema, mas de forma indelével, se antecederá aos fatos graves nas ações de saúde.

**ANEXO 2****Síntese das categorias dos mandados judiciais**

1. Ministério Público do Estado. Através do termo de ajustamento de conduta. Refere a Constituição Federal, artigo 196. Elaborado em acordo entre o Ministério Público Estadual, Secretaria de Saúde, Associação dos Portadores de Fibrose Cística e Médico do Serviço do Hospital Universitário para aquisição de medicamentos para atender aos portadores de fibrose cística.
2. Justiça Federal – antecipação de tutela - transtorno mental. Pedido de medicamento e ressarcimento de valor gasto previamente com aquisição por conta própria. Caso de antidepressivo, aquisição de efexor 75 mg. Citado o artigo 198, lembrando dos recursos que os contribuintes recolhem e os administradores públicos não aplicam. Solicita também ressarcimento de R\$ 14.400,00.
3. Defensoria Pública da União – antecipação de tutela – hidrolizado proteico. Cita a constituição federal e o “jogo de empurra” entre as três esferas de governo.
4. Tribunal de Justiça – mandado judicial – cita a constituição federal. Aquisição de medicamentos variados: antiarritmico - ritmonorm 300 mg; adenocarcinoma de mama - trastuzumab (importado ) e doença neurológica degenerativa – dieta enteral.
5. Assistência Judiciária Municipal – solicitação de medicamentos cardiológicos para um usuário – ancoron, zestril, caverdilol e furosemida. Cita o artigo 196 da CF.
6. Tribunal de Justiça – mandado de segurança - lisinopril e verapamil. Cita o artigo 196 da CF.
7. Justiça Federal – mandado de segurança. Interferon Gama . cita artigo 5.º e 196 da CF; artigo 4.º do Código Civil; artigo 4.º do Pacto de São José da Costa Rica e explicita direito subjetivo.
8. Ação Ordinária – antecipação de tutela – cortrosina depot (importado). Cita artigo 273 do Código Civil; artigos 6.º, 196 e 198 da CF e artigo 1.º e 83 do Código de Processo Civil.
9. Juizado de Direito – mandado de segurança -Timespam (importado)

10. Outros mandados de segurança - oxcarbazepina, trastuzumab, anlodipina, propafenona, levodopa + carbidopa, endapamida, A A S 325 mg, octreotida 20 mg LAR e riluzol.
11. Tribunal de Justiça – mandado judicial - Pamidronato dissódico e clodronato dissódico. Cita artigos 196 e 159 da CF e artigo 165 da Constituição Estadual.
12. Justiça Federal – mandado judicial. Sirolimus e tacrolimus.
13. I Fórum da Fazenda Pública Estadual – paroxetina. Cita artigo 196 da C F.
14. Citação/ ação ordinária com pedido de antecipação de tutela – vigabatrina, valproato de sódio líquido e tetracosactida Depot. Cita artigo 196, 198 e 6.º da CF e artigo 1.º da Lei 4.317/90.



## ANEXO 3

**Relação de medicamentos excepcionais e as respectivas patologias contempladas, referentes à Portaria nº 1.318 de julho de 2002**

SUBGRUPOS/MEDICAMENTOS	DOENÇAS
<b>Subgrupo 01 – Antiandrogênicos</b>	
Acetato de Ciproterona - comprimidos com 50mg	Hiperfunções da hipófise; Hiperplasia Adrenal Congênita; Hirsutismo; Síndrome do Ovário policístico; Acne.
<b>Subgrupo 02 - Deficiências Enzimáticas</b>	
Imiglucerase - ampolas com 200UI	Distúrbios do metabolismo de esdingolípides e outros distúrbios de depósito de lípidos. Doença de Fabry; Gaucher; Krabbe; Niemann-Pick.
<b>Subgrupo 03 – Osteoporose</b>	
Bisfosfonato - comprimidos com 10mg	Osteoporose com ou sem fratura patológica; Doença de Paget.
Cloridrato de Raloxifeno - comprimidos com 60mg	Osteoporose com ou sem fratura patológica
<b>Subgrupo 04 - Inibidores de Prolactina</b>	
Bromocriptina - comprimido com 2,5mg	Acromegalia e gigantismo hipofisário; Hiperprolactinemia; Doença de Parkinson.
Cabergolina - comprimido com 0,5mg	Acromegalia e gigantismo hipofisário
<b>Subgrupo 05 - Reguladores de Homeostase Mineral e Metabolismo Ósseo</b>	
Calcitonina Sintética de Salmão - spray nasal - frascos com 100UI e com 200UI e ampolas com 50UI e 100UI	Osteoporose com ou sem fratura patológica; Doença de Paget.
<b>Subgrupo 06 - Anti Hipocalcêmicos</b>	

Alfacalcidol - comprimidos com 0,25mcg e com 1,0mcg	Hipoparatiroidismo; Deficiência de vitamina "D" raquistismo); Osteoporose com ou sem fratura patológica; Osteomalácia no adulto; Insuficiência renal crônica; Distúrbio do metabolismo do fósforo.
Calcitriol - cápsula com 0,25mcg e ampola com 0,1g	Hipoparatiroidismo; Deficiência de vitamina "D" raquistismo); Osteoporose com ou sem fratura patológica; Osteomalácia no adulto; Insuficiência renal crônica; Distúrbio do metabolismo do fósforo (Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica).
<b>Subgrupo 07 – Imunomoduladores/ Imunossupressores</b>	
Azatioprina – comprimido com 50mg	Anemias Aplásticas e outras anemias; Inflamação; Corioretiniana; Doença de Crohn; Psoríase; hepatite Crônica; Artrite Reumatóide; Lúpus eritematoso disseminado (sistêmicos); Dermatopolimiosite; Síndrome Nefrótica; Insuficiência Renal Crônica; Transplantes: rim, coração, pulmão, fígado, pele, osso, córnea, intestino, medula óssea, . pancreas; Retocolite Ulcerativa.
Ciclosporina – cápsula com 10mg, 25mg, 50mg e 100mg e solução oral 100mg/ml, frascos com 50ml	Anemias Aplásticas e outras anemias; Inflamação; Corioretiniana; doença de Crohn; Retocolite Ulcerativa; Estado de mal asmático; Hepatite Crônica; Psoríase; Artrite Reumatóide; Artrite Juvenil; Lúpus eritematoso disseminado; Dermatopolimiosite; Insuficiência Renal Crônica; Síndrome Nefrótica; Órgãos e tecidos transplantados: rim, pulmão, pele, osso, córnea, fígado e outros.
Cloroquina - comprimidos com 150mg	Artrite Reumatóide
Infliximab - ampolas com 10mg	Doença de Crohn; Artrite reumatóide
Leflunomide - comprimidos com 20mg e 100mg	Artrite reumatóide
Metotrexato - 25mg/ml ampolas com 2ml e 20ml	Doença de Crohn; Artrite reumatóide
Micofenolato Mofetil – comprimido com 500mg	Transplante de: rim, coração e fígado.

Sirolimus solução oral - frascos com 1mg/ml	Transplante de Rim; Falência ou rejeição de transplante de rim.
Sulfato de Hidroxicloroquina - comprimido com 400mg	Artrite Reumatóide
Tacrolimus - cápsula com 1mg e com 5mg	Transplante de rim e fígado
<b>Subgrupo 08 - Anti psicóticos</b>	
Clozapina - comprimido com 25mg e 100mg	Esquizofrenia
Olanzapina comprimido com 5mg e 10mg	Esquizofrenia; Psicose não-orgânica não especificada
Quetiapina - comprimidos com 25mg - 100mg e 200mg	Esquizofrenia;
Risperidona - comprimidos com 1mg e 2mg	Esquizofrenia; Psicose não-orgânica não especificada.
Ziprazidona - comprimidos com 40mg e 80mg	Esquizofrenia.
<b>Subgrupo 09 - Inibidores das Gonadotrofinas</b>	
Danazol - cápsulas com 100mg	Endometriose; Imunodeficiência (defeitos no sistema complemento)
<b>Subgrupo 10 - Quelantes</b>	
Deferoxamina - frascos com 500mg	Insuficiência Renal Crônica; Talassemia; Anemia Falsiforme; Anemias Aplásticas; Distúrbios do Metabolismo de Minerais.
Hidroclorato de Sevelamer - comprimidos com 400mg e 800mg	Distúrbios do Metabolismo do Fósforo; Doença Renal em estágio final (Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica)
Penicilamina - cápsula com 250mg	Distúrbios do metabolismo do cobre (Doença de Wilson); Esclerose Sistêmica.
Trientina - comprimidos com 250mg	Distúrbios do metabolismo do cobre (Doença de Wilson).
<b>Subgrupo 11 - Diabetes Insipidus</b>	
Acetato de Desmopressina - frascos com 0,1mg/ml - aplic. nasal - 2,5ml	Diabetes Insípido; Histiocitose das Células de Langerhans.
<b>Subgrupo 12 - Fibrose Cística</b>	
Dornase Alfa - ampolas com 2,5mg	Fibrose Cística
<b>Subgrupo 13 - Enzimas Pancreáticas</b>	

Enzimas Pancreáticas - cápsulas com 4.000UI, 4.500UI, 8.000UI, 12.000UI, 18.000UI e 20.000UI	Fibrose Cística
<b>Subgrupo 14 - Antianêmicos Hormonais</b>	
Eritropoetina Humana Recombinante – frascos/ampola com 1.000U, 2.000U, 3.000U, 4.000U e 10.000U	Insuficiência Renal Crônica; Doença Isquêmica Crônica do Coração; Transplante: Intestino, Medula óssea e Pâncreas.
<b>Subgrupo 15 – Acitretina</b>	
Acitretina - cápsulas com 10mg e 25mg	Psoríase; Pitiríase rubra pilar; afecções especificadas da pele e do tecido subcutâneo; Ictiose Lamelar; outras malformações congênitas especificadas da pele.
<b>Subgrupo 16 - Análogos LHRH</b>	
Acetato de Leuprolida - frascos com 3,75 mg	Acetato de Leuprolida - 3,75mg - injetável - por frasco
Goserelina - frascos/ampola com 3,60,mg e seringas com 10,80mg	Leiomioma do útero; Endometriose.
Triptorelina - frascos/ampola com 3,75mg	Hiperfunção não especificada da hipófise (Puberdade precoce central); Endometriose.
<b>Subgrupo 17 - Antianêmicos</b>	
Hidróxido de Ferro Endovenoso – frascos	Anemia por deficiência de ferro; Insuficiência Renal Crônica.
<b>Subgrupo 18 – Imunoterápicos</b>	
Imunoglobulina de Hepatite B - frascos com 100mg, 20mg, 500mg e 1.000mg	Hepatite B (aguda e crônica).
Imunoglobulina Humana Intravenosa - frascos com 500mg, 1.0g, 2,5g, 3.0g, 5.0g e 6.0g	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), resultando em doenças infecciosas e parasitárias; Anemia hemolítica adquirida; Púrpura Trombocitopenica idiopática; Imunodeficiência com predominância de defeitos de anticorpos; Deficiência imunitárias combinadas; Polineuropatia Inflamatória (Síndrome de Guillain Barre); Miastemia gravis; Dermato-poliomiosite.
<b>Subgrupo 20 – Antiepiléticos</b>	
Gabapentina - comprimidos com 300mg e 400mg	Epilepsia e síndromes epiléticas.
Lamotrigina - comprimidos com 100mg	Epilepsia e síndromes epiléticas.
Topiramato - comprimidos com 25mg, 50mg e 100mg	Epilepsia e síndromes epiléticas.
Vigabatrina - comprimidos com 500mg	Epilepsia e síndromes epiléticas.

<b>Subgrupo 21 - Estimulantes Hematopoético</b>	
Filgrastima - frasco com 300mg/mcg	Doenças pelo Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV; Anemias Aplásticas; Doenças do Sangue - Agranulocitose; Transplante de: intestino, medula óssea e pancreas.
Lenograstima - frascos com 33,6MUI	Doenças pelo Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV; Anemias Aplásticas; Doenças do Sangue - Agranulocitose; Transplante de: intestino, medula óssea e pancreas.
Molgramostima - frascos com 300mcg	Doenças pelo Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV; Anemias Aplásticas; Doenças do Sangue - Agranulocitose; Transplante de: intestino, medula óssea e pancreas.
<b>Subgrupo 22 – Antiinflamatórios</b>	
Metilprednisolona - ampolas com 500mg	Transplante de órgãos: córnea, intestino, medula óssea e pâncreas.
<b>Subgrupo 23 - Deficiências Hematopoéticas</b>	
Octreotida - ampolas com 0,1mg/ml, Octreotida Lar - ampolas com 10mg, 20mg e 30mg	Acromegalia e Gigantismo Hipofisário.
Acetato de Lanreotida - ampolas com 30mg	Acromegalia e Gigantismo Hipofisário.
<b>Subgrupo 25 - Antiinflamatórios Intestinais</b>	
Mesalazina - comprimidos com 400mg e 500mg, supositórios com 250mg e 1.000mg e dose com 3g + diluente 100ml	Doença de Cronh; Retocolite Ulcerativa.
Sulfassalazina - comprimidos com 500mg	Doença de Cronh; Retocolite Ulcerativa; Gastroenterite e Colite alérgicas ou ligadas à dieta; Doença de Reiter; Artropatias pós-infecciosas; Artropatia na doença de Cronh e Colite Ulcerativa; Artrite Juvenil; Espondilite ancilossante; Espondilopatias inflamatórias; Artrite Reumatóide; Espondilose.
<b>Subgrupo 26 - Hormônios</b>	
Fludrocotisona - comprimidos com 0,1mg	Hiperplasia Adrenal Congênita
Flutamida - comprimidos com 250mg	Hiperplasia Adrenal Congênita
Somatotrofina Recombinate Humana - frascos/ampola com 4UI e 12UI	Hipopituitarismo; síndrome de Tumer.
<b>Subgrupo 27 - Bloqueadores Neuromusculares</b>	
Toxina Tipo A de Clostridium Botulinum - frascos/ampola	Distonia; Tetraplegia Espástica.

com 100UI e 500UI	
<b>Subgrupo 28 - Antivirais</b>	
Interferon Alfa - 2a ou 2b - frascos/ampola com 3.000.000, 4.500.000 ou 5.000.000 UI e 9.000.000 ou 10.000.000UI	Hepatite Viral Crônica "B" e "C"; Hemangioma.
Inteferon Alfa - Peguilado - Tratamento da Hepatite Viral Crônica C - por tratamento/paciente/mês	Hepatite Viral "C" Crônica.
Lamivudina - comprimidos com 100mg e frascos de solução oral com 10mg/ml - 254ml	Hepatite Viral "B" (aguda ou crônica).
Ribavirina - cápsulas com 250mg	Hepatite Viral "C" Crônica.
<b>Subgrupo 29 - Esclerose Múltipla</b>	
Acetato de Glatirâmer - frascos/ampola com 20mg	Esclerose Múltipla
Interferon Beta 1a - frascos/ampola/seringas com 3.000.000UI (11mcg), 6.000.000UI (22mcg), 12.000.000UI (44mcg), 6.000.000UI (30mcg) Interferon Beta 1b frascos/ampola com 9.600.000UI (0,3mg)	Esclerose Múltipla
<b>Subgrupo 30 - Acne</b>	
Isotretinoína - cápsulas com 10mg e 20mg	Acne.
<b>Subgrupo 31 - Doença de Alzheimer</b>	
Donepezil - comprimidos com 5mg e 10mg	Doença de Alzheimer
Rivastigmina - cápsulas com 1,5mg, 3mg, 4,5mg, 6mg e frascos com solução oral com 2,0mg/ml - 120ml	Doença de Alzheimer
<b>Subgrupo 32 - Hipotireoidismo Congênito</b>	
Levotiroxina Sódica - comprimidos com 25mcg, 50mcg, 100mcg e 150mcg.	Hipotireoidismo Congênito
<b>Subgrupo 33 - Doença Falciforme</b>	
Hidroxiuréia - cápsulas com 500mg	Talassemia; Transtornos Falciformes.
<b>Subgrupo 34 - Complementos Alimentares</b>	
Complemento Alimentar para Fenilcetonúricos - Fórmula de Aminoácidos Isenta de Fenilalanina (para pacientes maiores de 01 ano de idade) - lata	Fenilcetonúria

Complemento Alimentar para Fenilcetonúricos - Fórmula	
de Aminoácidos Isenta de Fenilalanina (para pacientes menores de 01 ano de idade) - lata	
<b>Subgrupo 35 - Anti-Parkinsonianos</b>	
Selegelina - comprimidos com 5mg e 10mg	Doença de Parkinson
Levodopa - 200mg + Carbidopa - 50mg - comprimidos de liberação lenta ou dispersível Levodopa - 250mg + Carbidopa 25mg comprimidos	Doença de Parkinson
Pergolida comprimidos com 0,25mg e 1mg	Doença de Parkinson
Levodopa - 100mg + Benserazida - 25mg - comprimidos de liberação lenta ou dispersível Levodopa - 200mg + Benserazida - 50mg - comprimidos	Doença de Parkinson
Pramipexol - comprimidos com 0,125mg, 0,25mg e 1mg	Doença de Parkinson
Tolcapone - comprimidos com 100mg e 200mg	Doença de Parkinson
Entacapone - comprimidos com 200mg	Doença de Parkinson
Triexifenidila - comprimidos com 5mg	Doença de Parkinson
Biperideno - comprimidos com 2mg e 4mg	Doença de Parkinson
<b>Subgrupo 36 - Esclerose Lateral Amiotrófica</b>	
Riluzol - comprimidos com 50mg	Esclerose Lateral Amiotrófica
<b>Subgrupo 37 - Opiáceos</b>	
Cloridrato de Metadona - comprimidos com 5mg e 10mg; ampolas de 01ml com 10mg/ml	Dor Crônica
Fosfato de Codeína - comprimidos com 30mg e 60mg; frascos de solução oral de 120ml com 30mg/ml e ampolas de 2ml com 30mg/ml	Dor Crônica
Sulfato de Morfina - comprimidos com 10mg e 30mg; cápsulas LC com 30mg, 60mg e 100mg; ampolas de 1ml com 10mg/ml e frascos de 60ml de solução oral com 10mg/ml.	Dor Crônica

<b>Subgrupo 38 - Estatinas</b>	
Atorvastatina - comprimidos com 10mg e 20mg	Hipercolesterolemia
Pravastatina - comprimidos com 10mg, 20mg e 40mg	Hipercolesterolemia
Sinvastatina - comprimidos com 5mg, 10mg, 20mg, 40mg e 80mg	Hipercolesterolemia
<b>Subgrupo 39 - Anti-asmáticos</b>	
Budesonida - 0,050mg (aerosol bucal), 0,050mg (aerosol nasal), 0,200mg (aerosol bucal), 100mcg (pó inalante), 100mcg (suspensão nasal), 200mcg (pó inalante), 32mcg (suspensão nasal), 50mcg (suspensão nasal).	Asma
Bromidrato de Fenoterol - aerosol com 0,2mg e 2mg/ml aerosol 10ml + bocal	Asma
Dipropionato de Beclometasona - 100mcg (pó inalante), 200mcg (pó inalante), 400mcg (pó inalante), 50mcg (lata/frasco nasal), 50mcg (lata/frasco oral) e 250mcg (spray)	Asma
Fumarato de Formoterol - 6mcg (pó inalante), 12mcg (aerosol), 12mcg (pó inalante).	Asma
Fumarato de Formoterol - 6mcg + Budesonida - 100mcg (pó inalatório) Fumarato de Formoterol - 6mcg + Budesonida - 200mcg (pó inalatório)	Asma
Sulfato de Salbutamol - 100mcg (aerosol)	Asma
Xinafoato de Salmeterol - 50mcg (pó inalante)	Asma
<b>Subgrupo 40 - Antibióticos</b>	
Cloridrato de Ciprofloxacina - comprimidos com 250mg e 500mg	Doença de Cronh



**ANEXO 4**  
**Cópia de mandado judicial**



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
TRIBUNAL PLENO  
13/9/2001

MANDADO DE SEGURANÇA N° 100000028751

Magna garantidores do direito à saúde, à vida e à dignidade humana, devendo-se ressaltar o atendimento das necessidades básicas dos cidadãos.

7. Recurso ordinário provido para o fim de compelir o ente público (Estado do Paraná) a fornecer o medicamento Riluzol (Rilutek) indicado para o tratamento da enfermidade da recorrente.

(Rel. Min. José Delgado - 1ª Turma - Julgado em 22/8/00)

Em face de todas as argumentações apresentadas, concedo a segurança, tornando definitiva a liminar deferida, compelindo, via de consequência o Estado a fornecer o medicamento indicado para o tratamento de saúde do Impetrante.

E É COMO VOTO.

D E C I S ã O

Como consta da ata, a decisão foi a seguinte: à unanimidade, conceder a segurança.



6/02

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
TRIBUNAL PLENO

MANDADO DE SEGURANÇA Nº 100000028751

IMPTE:

AUT. COATORA: SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

RELATOR: DES.

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos, em que são partes as acima indicadas,

ACORDAM, os Desembargadores do Colendo TRIBUNAL PLENO deste Egrégio Tribunal de Justiça, na conformidade da ata de julgamento e notas taquigráficas que integram esse julgamento: à unanimidade de votos, conceder a segurança.

Vitória, 13 de setembro de 2001.

PRESENTE

RELATOR

02/09/01



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
 PODER JUDICIÁRIO  
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
 TRIBUNAL PLENO

MANDADO DE SEGURANÇA Nº 100000028751

IMPTE:

AUT. COATORA: SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

RELATOR: DES.

**EMENTA:** MANDADO DE SEGURANÇA -  
 CONSTITUCIONAL - FORNECIMENTO DE  
 MEDICAMENTO ESPECÍFICO À PESSOA PORTADORA  
 DE CARDIOPATIA, HIPERTENSÃO E DIABETE -  
 DIREITO À VIDA E SAÚDE - DEVER DO ESTADO.

1. A Constituição explicita a ação do Estado, que deve manter o acesso de todos ao bem-estar físico e à assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas, pois à saúde e à vida com qualidade são direitos de todos.

Em assim sendo, não pode prosperar a prática corriqueira das autoridades públicas encarregadas da saúde no País, de se esquivarem continuamente em relação ao fornecimento de medicamentos necessários à sobrevivência.

2. Restando demonstrado nos autos a necessidade do uso exclusivo do medicamento lisinopril - de nome comercial zestril - para o tratamento da enfermidade do Impetrante, a negativa do Estado além de implicar em risco de vida encontra-se desprovida de qualquer embasamento legal, até porque o Impetrado não compareceu aos autos para justificá-la.

3. Segurança concedida à unanimidade, tornando definitiva a liminar deferida.

(G)



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
 PODER JUDICIÁRIO  
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
TRIBUNAL PLENO  
 13/9/2001

MANDADO DE SEGURANÇA N° 100000028751

IMPTE: O SR. [REDACTED]  
 A. COATORA: O SR. SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE  
 RELATOR: O SR. DESEMBARGADOR [REDACTED]

R E L A T Ó R I O

O SR. DESEMBARGADOR [REDACTED]

(RELATOR):-

Lido o que exarado às folhas pelo Eminent Relator.

\*

V O T O

Objetiva o presente *mandamus* o fornecimento do medicamento denominado zestril, preceituado pelos atestados de fls. 16, 28/30.

De acordo com a avaliação médica, fls. 33 e 35, o único remédio indicado ao ora Impetrante, portador de cardiopatia, hipertensão e diabete, é o acima nominado, tendo em vista que ao ser substituído, após mais de 09 (nove) anos ininterruptos de uso, ocasionou agravamento do quadro clínico do paciente que apresentou tosse, mal estar, taquicardias e cefaléias.

Portanto, existe prova suficiente da alegação da exclusiva necessidade do medicamento lisinopril, de nome comercial zestril, o que faz com que a negativa do Estado implique em risco de vida.

A matéria trazida à colação não é nova, e já foi alvo de apreciação desta Corte que, ao julgar o Mandado de Segurança tombado sob o n° 100000000073, relatado pelo Eminent Desembargador [REDACTED], concedeu, à unanimidade, a segurança, na sessão realizada aos 22 dias do mês de maio de 2000.

De igual maneira, o Excelso Pretório, ante a prática corriqueira das autoridades públicas encarregadas



63/200

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
 PODER JUDICIÁRIO  
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
TRIBUNAL PLENO  
 13/9/2001

MANDADO DE SEGURANÇA N° 100000028751

da saúde no País, de se esquivarem continuamente em relação ao fornecimento de medicamentos necessários à sobrevivência, asseverou, através do voto proferido pelo atual Presidente daquela Corte, que

" 'O preceito do artigo 196 da Carta da República, de eficácia imediata, revela que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção, recuperação.' A referência, contida no preceito, a 'Estado', mostra-se abrangente, a alcançar a União Federal, os Estados propriamente ditos, o Distrito Federal e os Municípios."  
 (AI n° 238.328/RS, DJ de 11/5/99, Rel. Min Marco Aurélio)

Por tais razões, e ante o disposto nos artigos 6°, 196 e 230, da Constituição Federal, esse em face do Impetrante possuir mais de 60 anos, e os artigos 3°, 159, 167, dentre outros da Carta Estadual de 1989, a recusa do Impetrado é desprovida de qualquer embasamento legal, apesar do mesmo não ter comparecido aos autos para justificá-la, despontando, de forma incontestável, a liquidez e certeza do direito invocado.

A doutrina pátria vem defendendo a prioridade do direito à vida com qualidade, valendo transcrito excerto do comentário do inominável Ives Gandra Martins sobre o art. 196 da Carta Federal

"(...)A primeira parte do discurso é comovedora, 'A saúde é direito de todos e dever do Estado'. Sem chegar à ironia de Roberto Campos, que espera não morrer depois de 1988, porque sua saúde está



c4/bc

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
TRIBUNAL PLENO  
13/9/2001

MANDADO DE SEGURANÇA N° 100000028751

garantida, ou de Roberto Vidal da Silva Martins, que considera suas dores de cabeça inconstitucionais, porque a saúde é direito de todos. O certo é que o acesso à assistência médica e hospitalar no País é um direito de poucos brasileiros, estando alijada grande parte da população do exercício de tal direito. Por outro lado, esse dever o Estado não cumpre, quer através da União, quer dos Estados e da grande maioria dos Municípios.

Na continuação, o constituinte explicita a ação do Estado, que deve manter o acesso de todos ao bem-estar físico e à assistência médica e hospitalar, 'mediante políticas sociais e econômicas', políticas estas cuja faceta a sociedade conhece apenas pelo aumento da carga tributária, como ocorreu com a instituição da Cofins cumulativa e o CPMF. O então Ministro Adib Jatene defendeu a oneração da produção brasileira por meio desses tributos cumulativos que punem o produtor nacional e beneficiam estrangeiro que exporta para o País, para obter melhor 'performance' para seu Ministério. À evidência, o povo tem suportado o aumento de carga tributária, mas os serviços continuam péssimos.

(...) Por fim, tais "políticas" deveriam objetivar o acesso universal e igualitário às ações e serviços do governo, para que a saúde da população seja promovida, protegida e recuperada. Tanto a promoção quanto a proteção nessa área dependem de que sejam recuperados os instrumentos de atuação do Estado, degradados nos últimos tempos assim como da elaboração de



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
 PODER JUDICIÁRIO  
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
TRIBUNAL PLENO  
 13/9/2001

65/04

MANDADO DE SEGURANÇA Nº 100000028751

estratégia para a recuperação dos doentes.

Quem lê o art. 196 tem a impressão de que o País está acima das demais Nações no que diz respeito à saúde, tanto nas ações profiláticas quanto naquelas de recuperação dos doentes. Quem vive a realidade da grande maioria da população brasileira menos favorecida percebe quão distante está o sonho do constituinte da prática dos detentores do poder."

Por derradeiro, merece ser citado aresto do Colendo Superior Tribunal, atinente ao julgamento do ROMS nº 11183, oriundo do Paraná

"CONSTITUCIONAL. RECURSO ORDINÁRIO. MANDADO DE SEGURANÇA OBJETIVANDO O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO (RILUZOL/RILUTEK) POR ENTE PÚBLICO À PESSOA PORTADORA DE DOENÇA GRAVE: ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA - ELA. PROTEÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS. DIREITO À VIDA (ART. 5º, CAPUT, CF/88) E DIREITO À SAÚDE (ARTS. 6º E 196, CF/88). ILEGALIDADE DA AUTORIDADE COATORA NA EXIGÊNCIA DE CUMPRIMENTO DE FORMALIDADES BUROCRÁTICA.

1. A existência, a validade, a eficácia e a efetividade da Democracia está na prática dos atos administrativos do Estado voltados para o homem. A eventual ausência de cumprimento de uma formalidade burocrática exigida não pode ser óbice suficiente para impedir a concessão da medida porque não retira, de forma alguma, a gravidade e a urgência da situação da recorrente: a busca para ga-



6/10

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
TRIBUNAL PLENO  
13/9/2001

MANDADO DE SEGURANÇA Nº 100000028751

rantia do maior de todos os bens, que é a própria vida.

2. É dever do Estado assegurar a todos os cidadãos, indistintamente, o direito à saúde, que é fundamental e está consagrado na Constituição da República nos artigos 6º e 196.

3. Diante da negativa/omissão do Estado em prestar atendimento à população carente, que não possui meios para a compra de medicamentos necessários à sua sobrevivência, a jurisprudência vem se fortalecendo no sentido de emitir preceitos pelos quais os necessitados podem alcançar o benefício almejado (STF, AG nº 238.328/RS, Rel. Min. Marco Aurélio, DJ 11/5/99; STJ, REsp nº 249.026/PR, Rel. Min. José Delgado, DJ 26/6/2000).

4. Despicienda de quaisquer comentários a discussão a respeito de ser ou não a regra dos arts. 6º e 196, da CF/88, normas programáticas ou de eficácia imediata. Nenhuma regra hermenêutica pode sobrepor-se ao princípio maior estabelecido, em 1988, na Constituição Brasileira, de que 'a saúde é direito de todos e dever do Estado' (art. 196).

5. Tendo em vista as particularidades do caso concreto, faz-se imprescindível interpretar a lei de forma mais humana, teleológica, em que princípios de ordem ético-jurídica conduzam ao único desfecho justo: decidir pela preservação da vida.

6. Não se pode apegar, de forma rígida, à letra fria da lei, e sim considerá-la com temperamentos, tendo-se em vista a intenção do legislador, mormente perante preceitos maiores insculpidos na Carta



## ANEXO 5

### Alguns atos regulatórios referentes a medicamentos excepcionais

#### MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

##### Portaria nº 409 de 05 de agosto de 1999.

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de individualizar as informações sobre o fornecimento dos medicamentos excepcionais aos usuários do SUS, e

Considerando a necessidade de cumprir as determinações do Ministério da Saúde sobre a alocação de recursos para Assistência Farmacêutica/Medicamentos Excepcionais, definida na PT Conjunta SE/SAS nº 04/99 resolve:

Art.1º Implantar a sistemática de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo APAC, para o fornecimento de todos os medicamentos excepcionais constantes da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS.

Art. 2º Manter os formulários/Instrumentos da sistemática APAC e regulamentar suas utilizações para o fornecimento de medicamentos excepcionais.

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS – SME, utilizada para todos os medicamentos excepcionais – Documento que justifica perante ao órgão autorizador o fornecimento dos medicamentos. Anexo I.

APAC-I / FORMULÁRIO - Documento que autoriza a realização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo e o fornecimento de medicamentos excepcionais. Anexo II.

APAC-II / MEIO MAGNÉTICO - Instrumento hábil para coleta de informações gerenciais e cobrança de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo e de medicamentos excepcionais fornecidos em regime ambulatorial. Anexo III.

Art. 3º Utilizar o Cadastro de Pessoa Física/ Cartão de Identidade do Contribuinte – CPF/CIC, para identificar os pacientes portadores de patologia que impliquem no fornecimento de medicamentos excepcionais.

Art. 4º Determinar que o gerenciamento dos recursos destinados à Assistência Farmacêutica/ Medicamentos Excepcionais, deve ficar preferencialmente sob gestão estadual, podendo os mesmos, de acordo com o modelo de organização do Sistema Estadual de Saúde e a critério da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, ser alocados sob gestão municipal quando, então, deverão ser explicitados na elaboração dos tetos dos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal.

Art. 5º Estabelecer que somente poderão fornecer medicamentos excepcionais serviços de Farmácia cadastrados em unidades públicas designadas pelos gestores Estaduais e Municipais, quando estes se responsabilizarem pela Assistência Farmacêutica.

Art. 6º Determinar que os Gestores Estaduais deverão encaminhar, trimestralmente, à Coordenação de Desenvolvimento, Manutenção e Controle de Serviços de Saúde - CODEC/DAPS/SAS, a previsão dos quantitativos de APAC- /Formulário necessários à autorização para o fornecimento de medicamentos excepcionais, incluindo os quantitativos dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, designados para o gerenciamento da Assistência Farmacêutica/Medicamentos Excepcionais.

Parágrafo único - O Ministério da Saúde procederá a distribuição dos formulários as SES, de acordo com previsão encaminhada. A distribuição de APAC-I/Formulários aos municípios, designados para o gerenciamento da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade do gestor Estadual.

#### AUTORIZAÇÃO DE APAC – I/Formulário PARA FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO

Art. 7º Definir que o fornecimento de medicamento excepcional será autorizado por meio da emissão da APAC - I/ Formulário, em duas vias. A 1ª via será encaminhada à farmácia responsável pela dispensação onde ficará arquivada e a 2ª via, arquivada no órgão autorizador.

Art.8º Estabelecer que a emissão da APAC - I/Formulário deverá ser feita mediante avaliação da Solicitação de Medicamento Excepcional - SME, encaminhada pelo médico responsável pelo paciente, juntamente com a respectiva prescrição em 2 (duas) vias.

§ 1º O formulário SME será preenchido em 3 (três) vias, sendo a 1ª via arquivada no serviço de farmácia, juntamente com a 1ª via da prescrição médica, o qual deverá encaminhar cópia ao setor de Assistência Farmacêutica. A 2ª via ficará arquivada no órgão autorizador e a 3ª via anexada no prontuário do paciente.

§ 2º Na APAC – I/Formulário, poderá ser autorizado o fornecimento de um ou mais medicamentos excepcionais para uma ou mais de uma patologia.

§ 3º Somente poderão ser autorizados medicamentos para as patologias constantes no protocolo de cada Estado da Federação, o que deverá ser divulgado por meio da imprensa oficial.

Art. 9º Determinar que para os pacientes renais crônicos, em programa de Terapia Renal Substitutiva, poderão ser autorizados em suas respectivas quantidades máximas, os medicamentos abaixo relacionados:

Código	Descrição	Qtde Max.
20.061.01-3	Calcitriol 0,25 mcg cápsulas	90 cáps/mês
20.061.02-1	Calcitriol 1 mcg inj	24 amps/mês
20.061.03-0	Alfacalcidol 0,25 mcg comprs.	90 omps/mês
20.061.04-8	Alfacalcidol 1,0 mcg comprs	25 comps/mês
20.071.01-9	Ciclosporina 100 mg sol. Oral	600 mg/dia
20.071.02-7	Ciclosporina 25 mg cápsulas	600 mg/dia
20.071.03-5	Ciclosporina 50 mg cápsulas	600 mg/dia
20.071.04-3	Ciclosporina 100 mg cápsulas	600 mg/dia
20.101.01-5	Deferoxamina 500mg inj.	5 amps/mês
20.141.01-7	Eritrop. Hum. Rec. 1000 Ui Inj.	12 amps/ mês
20.141.02-5	Eritrop. Hum. Rec. 2000 Ui Inj.	12 amps/ mês
20.141.03-3	Eritrop. Hum. Rec. 3000 Ui Inj.	12 amps/ mês
20.141.04-1	Eritrop. Hum. Rec. 4000 Ui Inj.	12 amps/ mês
20.171.01-3	Hidróxido de Ferro endovenoso	12 amps/mês
20.221.01-0	Metilprednisolona 500 mg Inj	18 frs/mês
20.071.05-1	Micofenolato Mofetil 500 mg	3 gr/dia

§ 1º O medicamento ciclosporina, nas dosagens de 100mg (sol. Oral), 25mg, 50mg e 100mg (cápsulas), e o medicamento micofenolato mofetil 500mg, podem ser administrados isoladamente ou em combinação.

§ 2º Os medicamentos ciclosporina e metilprednisolona são de fornecimento exclusivo para receptores de transplante.

§ 3º O medicamento micofenolato mofetil é de fornecimento exclusivo para paciente transplantado renal.

Art. 10 Determinar que os medicamentos abaixo discriminados não podem ser autorizados para pacientes portadores de doenças neoplásicas malignas.

Código	Descrição
20.011.01-6	Acetato de Ciproterona 50 mg Comprimidos

20.141.01-7	Eritropoetina Humana Recombinante 1.000 UI Inj.
20.141.02-5	Eritropoetina Humana Recombinante 2.000 UI Inj.
20.141.03-3	Eritropoetina Humana Recombinante 3.000 UI Inj.
20.141.04-1	Eritropoetina Humana Recombinante 4.000 UI Inj.
20.141.05-0	Eritropoetina Humana Recombinante 10.000 UI Inj.
20.161.01-8	Goserelina, Triptorelina e Ac. de Leuprolide Inj.
20.191.01-4	Interferon Alfa 2a ou 2b 3.000.000 UI Injetável
20.191.02-2	Interferon Alfa 2a ou 2b 4.500.000 ou 5.000.000 UI Injetável.
20.191.03-0	Interferon Alfa 2 <sup>a</sup> ou 2b 9.000.000 ou 10.000.000 UI Injetável.
20.211.01-5	Molgramostima/Filgrastima injetável

Parágrafo único - Os medicamentos antineoplásicos objeto deste artigo, utilizados nos tratamentos de quimioterapia para tumores malignos, têm o seu custo incluído no valor do procedimento.

#### REGISTRO DAS INFORMAÇÕES - APAC- II / MEIO MAGNÉTICO

Art.11 Definir que fica a critério do farmacêutico responsável o fornecimento de medicamento para mais de um mês de competência, porém o registro da cobrança deve ser mensal.

Art.12 Estabelecer que quando o paciente não comparecer ao serviço de farmácia para receber o medicamento por um período superior a um mês de competência, e não tenha ocorrido o fornecimento antecipado do medicamento pelo farmacêutico responsável, a APAC será encerrada com o código 5.5-"interrupção do fornecimento por abandono do tratamento", de acordo com a Tabela de Motivo de Cobrança

Art.13. Determinar que fica excluída a cobrança de qualquer medicamento excepcional por meio do Boletim de Produção Ambulatorial – BPA.

Art.14 Definir que o sub-sistema APAC fará as consistências entre as patologias constantes da "Classificação Internacional de Doenças" – CID 10 e os medicamentos excepcionais cobrados.

#### CONSIDERAÇÕES GERAIS

Art.15 Definir que no sub-sistema APAC-SIA serão utilizadas para registro das informações as tabelas:

Tabela de Motivo de Cobrança do Sistema APAC. Anexo IV.

Tabela de Nacionalidade do Sistema APAC. Anexo V.

Art. 16 Estabelecer que é de responsabilidade dos órgãos responsáveis pela Assistência Farmacêutica manter os registros dos medicamentos fornecidos aos pacientes, com seus quantitativos e dosagens, para o planejamento de novas aquisições, avaliação, cobertura e custos da Assistência Farmacêutica.

Art. 17 Determinar que os serviços de farmácia deverão manter arquivados os processos referentes ao fornecimento de medicação excepcional de cada paciente, juntamente com 1ª via da APAC I /Formulário autorizada, e o relatório Demonstrativo de APAC II – Meio magnético, para fins de auditoria.

Art.18 O Departamento de Informática do SUS/DATASUS disponibilizará no BBS-DATASUS/MS área 38-SIA, o programa da APAC Magnético a ser utilizado pelos prestadores de serviço.

Art. 19 As instruções para geração e encaminhamento dos disquetes contento a produção do fornecimento de medicamentos excepcionais estão na PT/MS/SAS 197/98.

Art. 20 Esta Portaria entra em vigor na competência outubro de 1.999, ficando revogada a PT/MS/SAS Nº 138 de 20 de abril de 1.999, publicada no DO Nº 76 de 23.04.1.999.

RENILSON REHEM DE SOUZA

**PUBLICADA NO DO DE 06/08/99 -SEÇÃO -I**

ANEXO IV

TABELA MOTIVO DE COBRANÇA DA APAC

Para Medicamentos:

5.1 – Suspensão da medicação por indicação médica.

5.2 – Permanência do fornecimento por continuidade do tratamento

5.3 - Transferência do fornecimento para outra UPS

5.4 – Suspensão por óbito

5.5 – Interrupção do fornecimento por abandono do tratamento.

**Portaria nº 1481/GM Em 28 de dezembro de 1999.**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e,  
Considerando a necessidade de garantir o acesso dos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde – SUS a medicamentos considerados excepcionais, constantes da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS;

Considerando que os usuários destes medicamentos são pacientes crônicos e/ou fazem seu uso por períodos prolongados e ainda o alto custo destes tratamentos;

Considerando a necessidade de incrementar a oferta de medicamentos excepcionais aos pacientes que dele necessitem;

Considerando a decisão de descentralizar recursos financeiros, resolve:

Art. 1º - Estabelecer que a totalidade dos recursos do Ministério da Saúde destinados ao co-financiamento dos Medicamentos Excepcionais constantes da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS seja incluída no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC e por ele disponibilizada, conforme programação por Unidade da Federação estabelecida no Anexo desta Portaria.

§ 1º - Os recursos de que trata este Artigo são adicionais aos recursos próprios de estados e Distrito Federal destinados para este mesmo fim.

§ 2º - Estão incluídos nestes recursos aqueles destinados ao custeio de medicamentos excepcionais anteriormente cobertos pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

§ 3º - Os valores financeiros que integrarão o FAEC para o custeio de medicamentos excepcionais serão compostos por:

a - Recursos já existentes no FAEC e destinados a este fim;

b - Recursos novos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, e

c - Recursos destinados ao custeio de medicamentos excepcionais que foram incorporados à área denominada Alta Complexidade dos tetos financeiros dos estados e Distrito Federal de onde serão recolhidos.

§ 3º - Os recursos, cujos montantes encontram-se estabelecidos no Anexo desta Portaria, serão transferidos pelo Ministério da Saúde aos estados e ao Distrito Federal, fundo a fundo ou para conta específica, em duodécimos mensais.

§ 4º - Os estados que tenham municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal que sejam responsáveis pela aquisição e dispensação de medicamentos excepcionais, deverão repactuar tais valores na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Art. 2º - Determinar que os estados e o Distrito Federal mantenham a alimentação do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS em relação a estes medicamentos.

Art. 3º - Determinar a realização trimestral de encontro de contas entre o valor repassado e o valor efetivamente gasto com medicamentos excepcionais, de acordo com a seguinte sistemática:

a - o primeiro encontro de contas será realizado no sétimo mês após o início dos repasses e corresponderá ao primeiro trimestre de transferências;

b - o segundo encontro de contas será realizado no décimo mês após o início dos repasses e corresponderá ao segundo trimestre de transferências;

c - o terceiro encontro de contas será no décimo-terceiro mês após o início dos repasses e corresponderá ao terceiro trimestre de transferências, e assim por diante.

Parágrafo único – O encontro de contas consistirá na comparação entre o valor transferido no trimestre e o valor efetivamente faturado com medicamentos excepcionais, conforme dados do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, sendo que, na situação de este último valor ser menor do que o valor transferido, a diferença será descontada nos repasses a serem realizados no trimestre subsequente.

Art. 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar de 1º de janeiro de 2000.

JOSÉ SERRA

**MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS  
RECURSOS ANUAIS DO FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO – FAEC,  
POR ESTADO E DISTRITO FEDERAL**

Acre	537.168,00
Alagoas	3.688.944,00
Amapá	469.344,00
Amazonas	4.842.204,00
Bahia	14.304.372,00
Ceará	16.780.344,00

Distrito Federal	4.653.168,00
Espírito Santo	5.906.244,00
Goiás	11.853.552,00
Maranhão	3.749.712,00
Mato Grosso	5.262.408,00
Mato Grosso do Sul	5.512.380,00
Minas Gerais	39.813.144,00
Pará	5.732.004,00
Paraíba	5.812.884,00
Paraná	23.321.244,00
Pernambuco	12.371.988,00
Piauí	2.615.700,00
Rio de Janeiro	26.721.540,00
Rio Grande do Norte	4.487.340,00
Rio Grande do Sul	27.542.988,00
Rondônia	1.610.004,00
Roraima	328.836,00
Santa Catarina	9.548.544,00
São Paulo	125.159.964,00
Sergipe	1.832.496,00
Tocantins	1.144.404,00
Brasil	365.602.920,00

Portaria n.º 1.318/GM Em 23 de julho de 2002.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, Considerando o Artigo 3º da Lei nº 10.147, de 21 de dezembro de 2000, que estabelece a concessão de regime especial de utilização de crédito presumido da contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/PASEP e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS às pessoas jurídicas que procedam à industrialização ou à importação dos produtos indicados em seu caput, relacionados pelo Poder Executivo (§ 1º, I); Considerando o Decreto nº 3.803, de 24 de abril de 2001, que aprova, na forma de anexos, a listagem de produtos de que trata o Artigo 3º, § 1º, I, da Lei nº 10.147, de 2000; Considerando o Decreto nº 4.266, de 11 de junho de 2002, que inclui novos fármacos e medicamentos na listagem contida nos anexos do Decreto nº 3.803, de 2000; Considerando a Medida Provisória nº 41, de 20 de junho de 2002, que modifica o caput do Artigo 3º da Lei nº 10.147, de 2000, ampliando, a partir de 1º de outubro de 2002, o rol dos produtos beneficiados pelo regime especial de utilização de crédito presumido da contribuição para o PIS/PASEP e da COFINS; Considerando o Decreto nº 4.275, de 20 de junho de 2002, que produzirá efeitos a partir de 1º de outubro de 2002, adequando os anexos do Decreto nº 3.803, de 2000, à nova redação do caput do Artigo 3º da Lei nº 10.147, de 2000, determinada pela Medida Provisória nº 41, de 2002; Considerando a publicação do Convênio ICMS nº 87/02, de 28 de junho de 2002, pelo Conselho Nacional de Política Fazendária – CONFAZ, que concede isenção do ICMS nas operações com fármacos e medicamentos destinados a órgãos da Administração Pública direta Federal, Estadual e Municipal, condicionando tal benefício à desoneração da contribuição para o PIS/PASEP e da COFINS incidentes sobre a receita bruta das operações com esses produtos (Cláusula Primeira, § único, II), bem como à manutenção do montante de recursos destinados ao co-financiamento dos Medicamentos Excepcionais, repassados pelo Ministério da Saúde aos estados, Distrito Federal e municípios (Cláusula Primeira, § único, IV); Considerando que as desonerações acima mencionadas agregam-se às medidas racionalizadoras de gastos com o Programa de Medicamentos Excepcionais já adotadas pelo Ministério da Saúde e criam condições para uma maior economicidade no gerenciamento deste Programa e no desenvolvimento de suas ações; Considerando o compromisso do Ministério da Saúde em manter os investimentos realizados relacionados ao co-financiamento do Programa de Medicamentos Excepcionais e os recursos produto das desonerações já mencionadas, o que permite a ampliação dos benefícios sociais deste Programa, da cobertura assistencial a diversas doenças, do rol de medicamentos disponíveis e, conseqüentemente, do quantitativo de pessoas atendidas; Considerando a necessidade de criar mecanismos que permitam o acesso dos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde – SUS a medicamentos, assim denominados, excepcionais; Considerando que os usuários destes medicamentos são pacientes crônicos e/ou fazem seu uso por períodos prolongados e ainda o alto custo destes tratamentos; Considerando a necessidade de ampliar as situações clínicas em que os medicamentos excepcionais são indicados e de incrementar a cobertura assistencial e o quantitativo de pacientes atendidos; Considerando a necessidade de incrementar a eficiência da administração/aquisição/distribuição de medicamentos excepcionais, racionalizando as compras e a dispensação destes medicamentos de forma a maximizar os resultados obtidos com os recursos disponíveis, reduzindo custos e aumentando qualitativa e quantitativamente os serviços; Considerando a necessidade de incrementar a equidade no atendimento das demandas por medicamentos excepcionais e de utilizar parâmetros de avaliação de custo-benefício de cada tratamento/medicamento no processo de seleção/compra/dispensação de medicamentos; Considerando o dinamismo do mercado farmacêutico brasileiro, os processos de aquisição/distribuição/dispensação de medicamentos pelos estados, o incremento das demandas assistenciais e de cobertura e, ainda, a necessidade de adequar o rol de medicamentos excepcionais disponíveis, bem como a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS a esses fatores; Considerando o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde pela Portaria GM/MS nº 19, de 03 de janeiro de 2002; Considerando o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde pela Portaria GM/MS nº 263, de 05 de fevereiro de 2002; Considerando a Portaria SAS/MS nº 346, de 15 de maio de 2002, que define a forma e a redação da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS no que diz respeito ao Grupo 36 – Medicamentos, resolve:

Art. 1º Definir, para o Grupo 36 – Medicamentos, da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS, a forma e a redação estabelecidas no Anexo desta Portaria.

Art. 2º Determinar que sejam utilizados, para dispensação dos Medicamentos Excepcionais, os critérios de diagnóstico, indicação e tratamento, inclusão e exclusão, esquemas terapêuticos, monitorização/acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos e Diretrizes Terapêuticas, estabelecidos pela Secretaria de Assistência à Saúde/SAS para os Medicamentos Excepcionais, que têm caráter nacional;

§ 1º Aqueles Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde que estejam em Consulta Pública e, até que seja publicada sua versão final consolidada, devem ser observados pelas

Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na regulação da dispensação dos medicamentos neles previstos;

§ 2º Aqueles medicamentos integrantes do Grupo 36 – Medicamentos, da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS, cujo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas não tenha ainda sido estabelecido em caráter nacional pela Secretaria de Assistência à Saúde ou publicado em Consulta Pública, deverão ser dispensados de acordo com os respectivos critérios técnicos definidos pela Secretaria de Saúde dos estados e do Distrito Federal, até a edição do pertinente Protocolo;

§ 3º Em qualquer das hipóteses, as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal e, eventualmente, dos municípios, que estejam encarregadas da aquisição/dispensação de Medicamentos Excepcionais deverão pautar a aquisição/dispensação destes medicamentos pela observância dos princípios da equidade e universalidade e ainda levar em conta neste processo os princípios da economicidade das ações e custo-benefício dos tratamentos/medicamentos na seleção/aquisição/dispensação dos mesmos.

Art. 3º Revogar, a contar de 1º de setembro de 2002, o Artigo 1º, e seus respectivos parágrafos, da Portaria GM/MS nº 639, de 16 de junho de 2000, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hepatite Viral Crônica do Tipo C.

Parágrafo único. a partir da data da revogação estabelecida no caput deste Artigo, e até que seja publicada sua versão final consolidada pela Secretaria de Assistência à Saúde - SAS, as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios deverão utilizar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hepatite Viral Crônica C submetido à Consulta Pública GM/MS nº 01 – Anexo VII, de 23 de julho de 2002, na regulação da dispensação dos medicamentos nele previstos.

Art. 4º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde conclua o processo de Consulta Pública relativa aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – Osteoporose e Hepatite B em Transplante Hepático e Acromegalia, bem como adote as providências necessárias à publicação de suas respectivas versões finais consolidadas.

Art. 5º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde adote as providências necessárias para, no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da publicação desta Portaria, elabore e publique os Protocolos e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Doença de Parkinson, Tratamento da Asma Grave e Tratamento da Hipercolesterolemia em pacientes com maior risco cardiológico e neurológico.

Art. 6º Delegar competência à Secretaria de Assistência à Saúde para que, se necessário, promova alterações na presente Portaria, inclusão/exclusão de procedimentos no Grupo 36 – Medicamentos, da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS, alterações de descrição e valores.

Art. 7º Determinar que as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal adotem as providências necessárias ao cumprimento do disposto nesta Portaria, bem como para viabilizar, a contar da competência setembro/2002, o acesso aos pacientes aos medicamentos cujos procedimentos foram incluídos no Grupo 36 – Medicamentos, da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS pela presente Portaria.

Parágrafo único. Em razão da alteração dos valores dos procedimentos e da inclusão de novos no Grupo 36, o encontro de contas dos repasses financeiros realizados pelo Ministério da Saúde deverá conter as competências de outubro, novembro e dezembro de 2002, sendo processado na competência fevereiro de 2003, com efeitos financeiros a contar da competência abril de 2003.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar da competência agosto/2002, cessando, a partir desta mesma competência, os efeitos das Portarias SAS/MS nº 346, de 15 de maio de 2002, SAS/MS nº 360, de 17 de maio de 2002 e SAS/MS nº 388, nº 389 e nº 390, todas de 06 de junho de 2002.

##ASS BARJAS NEGRI

ANEXO

TABELA DESCRITIVA DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SIA/SUS

GRUPO 36 - MEDICAMENTOS



**Portaria nº 921 de 25 de Novembro de 2002 (complementar à 1.318 com inclusão de novos itens)**

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais, Considerando a Portaria GM/MS Nº 1318, de 23 de julho de 2002, que estabelece a Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS, relativa ao Grupo 36 – Medicamentos;

Considerando a publicação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Doença de Parkinson, da Asma Grave e da Hipelipidemia em Pacientes de Alto Risco de Desenvolver Eventos Cardiovasculares, por meio das Consultas Públicas, respectivamente, nº 10, de 05 de novembro de 2002, nº 12 e nº 13, ambas de 12 de novembro de 2002, que preconizam o uso de medicamentos ainda não constantes do Programa de Medicamentos Excepcionais;

Considerando a necessidade de criar os mecanismos que permitam o acesso dos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde/ SUS a medicamentos considerados excepcionais, bem como de ampliar as opções de apresentação dos medicamentos já incluídos na referida Tabela, e

Considerando a competência delegada à Secretaria de Assistência à Saúde, conforme estabelecido no Artigo 6º da Portaria GM/MS Nº 1318, de 23 de julho de 2002, para promover alterações, inclusões/exclusões, alterações de descrição e valores de procedimentos no Grupo 36 – Medicamentos Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS, resolve:

Art. 1º - Incluir, na Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - Grupo 36 – Medicamentos, no Subgrupo 35 – Anti-Parkinsonianos, o procedimento abaixo descrito:

36.351.18.0	Amantadina – 100 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	G20.0
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	0,30

Art. 2º - Incluir, na Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - Grupo 36 – Medicamentos, no Subgrupo 38 – Estatinas, os procedimentos abaixo descritos:

36.381.11.0	Fluvastatina – 20 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	E78.
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	1,12
36.381.12.8	Fluvastatina – 40 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	E78.
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6;

	5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	1,37
36.381.13.6	Lovastatina – 10 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	E78.
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	0,55
36.381.14.4	Lovastatina – 20 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	E78.
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	0,82
36.381.15.2	Lovastatina – 40 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	E78.
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	1,40

Art. 3º - Incluir, na Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - Grupo 36 – Medicamentos, no Subgrupo 39 – Anti-asmáticos, os procedimentos abaixo descritos:

36.391.31.0	Fumarato de Formoterol – 12 mcg + Budesonida 200 mcg – pó inalatório – 60 doses
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	J45.0; 45.1;45.8;45.9;J46
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	50,03

36.391.32.8	Fumarato de Formoterol – 12 mcg + Budesonida 400 mcg – pó inalatório – 60 doses
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	J45.0; 45.1;45.8;45.9;J46
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	50,03

Art. 4º - Incluir, na Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - Grupo 36 – Medicamentos, o Subgrupo 41 – Fibratos e os procedimentos abaixo descritos:

36.410.00.4 – SUBGRUPO – 41 FIBRATOS

36.411.00.0 - FIBRATOS

36.411.01.9	Benzafibrato – 200 mg – por drágea
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	E78.
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	0,65
36.411.02.7	Benzafibrato – 400 mg – por drágea retard
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	E78.
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	0,98
36.411.03.5	Ciprofibrato – 100 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	E78.
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	0,86

36.411.04.3	Clofibrato – 360 mg – por drágea
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	E78.
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	0,14
36.411.05.1	Etofibrato – 500 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	E78.
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	1,65
36.411.06.0	Fenofibrato – 200 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	E78.
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	0,89
36.411.07.8	Fenofibrato – 250 mg – por cápsula retard
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	E78.
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	0,89
36.411.08.6	Genfibrato (Genfibrozila) – 600 mg – por cápsula ou comprimido
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65

Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	E78.
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	1,02
36.411.09.4	Genfibrato (Genfibrozila) – 900 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia:	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação:	07/029
Atividade Profissional:	65
Tipo do Prestador:	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Tipo de Atendimento:	00
Grupo de Atendimento:	00
Faixa Etária:	00
CID-10:	E78.
Motivo de Cobrança:	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Valor do Procedimento:	2,47

Art. 5º - Incluir, na Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - Grupo 36 – Medicamentos, nos procedimentos nº 36.051.01-2, nº 36.051.02-0, nº 36.051.03-9 e nº 36.051.04-7 o seguinte CID – 10: M88.

Art. 6º - Incluir, na Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - Grupo 36 – Medicamentos, no procedimento nº 36.251.01-1 os seguintes CID – 10: M05 e M06.

Art. 7º - Incluir, na Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - Grupo 36 – Medicamentos, no procedimento nº 36.041.03-3251.01-1 o seguinte CID – 10: G20.0.

Art. 8º - Alterar, na Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - Grupo 36 – Medicamentos, a nomenclatura dos procedimentos nº 36.102.03-2 e nº 36.102.04-0, que passam a ter a seguinte redação:

36.102.03.2	Cloridrato de Sevelamer – 400 mg – por comprimido
36.102.04.0	Cloridrato de Sevelamer – 800 mg – por comprimido

Art. 9º - Alterar, na Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - Grupo 36 – Medicamentos, a descrição dos CIDs – 10 do procedimento nº 36.102.03-2, que passa a ter a seguinte redação: E70.0.

Art. 10 – Estabelecer que os medicamentos ora incluídos deverão ser dispensados em conformidade com os respectivos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pela Secretaria de Assistência à Saúde.

Art. 11 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar da competência dezembro de 2002.

RENILSON REHEM DE SOUZA  
Secretário

**PORTARIA Nº 317/GM DE 4 DE MARÇO DE 2004**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a Portaria nº 1481/GM, de 28 de dezembro de 1999, que estabelece que a totalidade dos recursos do Ministério da Saúde destinados ao co-financiamento dos Medicamentos Excepcionais constantes da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS, seja incluída no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC e por ele disponibilizada, conforme programação por Unidade da Federação e, ainda, a realização de encontros de contas trimestrais dos recursos repassados;

Considerando as Portarias nº 1318/GM, de 23 de julho de 2002 e nº 921/SAS, de 22 de novembro de 2002, que definiram a forma e a redação para o Grupo 36 - Medicamentos da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS;

Considerando a Portaria nº 2286/GM, de 28 de novembro de 2003, que definiu para o mês de janeiro de 2004 o valor dos recursos a serem repassados aos Estados, a título de co-financiamento, para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais; e

Considerando o diagnóstico consensual da Comissão Intergestores Tripartite, que aponta a necessidade de empreender, em caráter emergencial, ampla reestruturação do Programa, no contexto da política de assistência farmacêutica no âmbito do SUS,

**R E S O L V E:**

Art. 1º Definir para o primeiro trimestre de 2004 os recursos repassados aos Estados, a título de co-financiamento, para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais. Esses valores foram estabelecidos considerando-se a média dos meses de setembro a novembro de 2003, conforme Anexo I.

Parágrafo único. Os montantes de recursos a serem repassados aos Estado nas competências fevereiro e março de 2004 passam a ser os definidos conforme Anexo II desta Portaria.

Art. 2º A diferença do repasse, de acordo com o parágrafo único do artigo 3º da Portaria nº 1.481/GM, de 28 de dezembro de 1999, para as Unidades Federadas em que a média do trimestre setembro a novembro de 2003 foi menor que o valor transferido em janeiro de 2004 será descontada, em parcelas iguais, nos repasse de fevereiro e março de 2004. Nos valores constantes no Anexo II desta Portaria já estão contemplados os descontos.

Art. 3º A diferença do repasse, de acordo com o parágrafo único do artigo 3º da Portaria nº 1.481/GM, de 28 de dezembro de 1999, para as Unidades Federadas em que a média do trimestre de setembro a novembro de 2003 foi maior que o valor transferido em janeiro de 2004 será compensada conforme Anexo III desta Portaria, a ser creditada aos Estados em parcela única na competência fevereiro de 2004.

Art. 4º Estabelecer que os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o seguinte Programa de Trabalho:

10.303.1293.4705 - Assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

**ANEXO I****RECURSOS DESTINADOS AO CO-FINANCIAMENTO DOS MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS**

COMPETÊNCIA: JANEIRO, FEVEREIRO E MARÇO DE 2004.

UF	VALOR MENSAL (R\$)
ACRE	332.103,06
ALAGOAS	752.917,68
AMAPÁ	66.813,45
AMAZONAS	493.755,85
BAHIA	1.634.610,50
CEARÁ	2.176.328,93
DISTRITO FEDERAL	1.236.354,11
ESPÍRITO SANTO	1.577.373,68
GOIÁS	1.439.396,38

MARANHÃO	586.986,28
MATO GROSSO	764.887,19
MATO GROSSO DO SUL	706.359,29
MINAS GERAIS	5.967.072,43
PARÁ	715.760,31
PARAÍBA	482.730,97
PARANÁ	2.910.138,09
PERNAMBUCO	1.814.904,52
PIAUI	574.288,20
RIO DE JANEIRO	3.559.706,02
RIO GRANDE DO NORTE	892.933,27
RIO GRANDE DO SUL	3.193.285,84
RONDÔNIA	124.039,55
RORAIMA	23.246,78
SANTA CATARINA	2.128.611,69
SÃO PAULO	25.004.965,29
SERGIPE	494.693,37
TOCANTINS	194.174,33

BRASIL	59.848.437,05
--------	---------------

## ANEXO II

RECURSOS DESTINADOS AO CO-FINANCIAMENTO  
DOS MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

COMPETÊNCIA: FEVEREIRO E MARÇO DE 2004

UF	VALOR MENSAL (R\$)
ACRE	332.103,06
ALAGOAS	752.917,68
AMAPÁ	66.813,45
AMAZONAS	493.755,85
BAHIA	1.634.610,50
CEARÁ	2.176.328,93
DISTRITO FEDERAL	1.150.529,08
ESPÍRITO SANTO	1.404.262,89
GOIÁS	1.336.751,07
MARANHÃO	539.341,03
MATO GROSSO	764.887,19
MATO GROSSO DO SUL	706.359,29
MINAS GERAIS	5.967.072,43
PARÁ	697.740,02
PARAÍBA	444.507,99
PARANÁ	2.910.138,09
PERNAMBUCO	1.814.904,52
PIAUI	574.288,20
RIO DE JANEIRO	3.350.709,44
RIO GRANDE DO NORTE	803.248,70
RIO GRANDE DO SUL	3.193.285,84
RONDONIA	105.718,59

RORAIMA	20.178,37
SANTA CATARINA	2.128.611,69
SÃO PAULO	25.004.965,29
SERGIPE	494.693,37
TOCANTINS	194.174,33

BRASIL	59.062.896,89
--------	---------------

## ANEXO III

RECURSOS DESTINADOS AO CO-FINANCIAMENTO  
DOS MEDICAMENTOS EXCEPCIONAISCOMPETÊNCIA: FEVEREIRO DE 2004 – DIFERENÇA  
DO REPASSE

UF	VALOR (R\$)
ACRE	69.045,47
ALAGOAS	155.147,78
AMAPÁ	11.712,54
AMAZONAS	70.289,75
BAHIA	252.416,92
CEARÁ	156.695,77
MATO GROSSO	24.201,14
MATO GROSSO DO SUL	54.067,68
MINAS GERAIS	342.121,86
PARANÁ	170.108,78
PERNAMBUCO	268.648,57
PIAUI	122.988,02
RIO GRANDE DO SUL	133.344,53
SANTA CATARINA	396.436,88
SÃO PAULO	2.857.712,84
SERGIPE	97.856,77
TOCANTINS	4.708,74



PORTARIA Nº 782/GM Em 28 de abril de 2004.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a Portaria nº 1.481/GM, de 28 de dezembro de 1999, que estabelece, em seu art. 1º, que a totalidade dos recursos do Ministério da Saúde destinados ao co-financiamento dos Medicamentos Excepcionais constantes da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS seja incluída no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC e por ele disponibilizada, conforme programação por Unidade da Federação e, que determina, em seu art. 3º, a realização de encontros de contas trimestrais dos recursos repassados;

Considerando as Portarias nº 1.318/GM, de 23 de julho de 2002 e nº 921/SAS, de 22 de novembro de 2002, que definiram a forma e a redação para o Grupo 36 – Medicamentos da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS; e

Considerando o diagnóstico consensual da Comissão Intergestores Tripartite, que aponta a necessidade de empreender, em caráter emergencial, ampla reestruturação do Programa de Medicamentos Excepcionais, no contexto da política de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS,

#### R E S O L V E:

Art. 1º Definir os recursos que serão repassados aos Estados e ao Distrito Federal, a título de co-financiamento, no segundo trimestre de 2004, para aquisição e distribuição de Medicamentos Excepcionais constantes no Grupo 36 – Medicamentos da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS. Os recursos foram estabelecidos considerando-se a média dos valores aprovados nos meses de dezembro de 2003, janeiro de 2004 e fevereiro de 2004, conforme o ANEXO.

Art. 2º Os valores financeiros que serão descontados das Unidades da Federação, referentes ao quantitativo do medicamento Imiglicerase 200 UI recebidos da UNIÃO, serão realizados conforme Portaria a ser publicada no mês de maio do corrente ano.

Art. 3º Estabelecer que os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o seguinte Programa de Trabalho:

10.303.1293.4705 – Assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO

RECURSOS DESTINADOS AO CO-FINANCIAMENTO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS CONSTANTES NO GRUPO 36 – MEDICAMENTOS DA TABELA DESCRITIVA DO SIA/SUS

COMPETÊNCIA: ABRIL, MAIO E JUNHO DE 2004

UF	VALOR MENSAL
ACRE	340.188,82
ALAGOAS	755.185,86
AMAPÁ	91.233,48
AMAZONAS	480.115,54
BAHIA	2.152.029,41
CEARÁ	2.246.676,69
DISTRITO FEDERAL	1.202.859,44
ESPIRITO SANTO	1.553.692,68
GOIÁS	1.706.694,67
MARANHÃO	855.938,53
MATO GROSSO	864.526,03
MATO GROSSO DO SUL	874.495,55
MINAS GERAIS	6.871.902,91
PARÁ	872.544,76
PARAÍBA	549.034,25
PARANÁ	2.866.961,76
PERNAMBUCO	1.933.884,52
PIAUI	636.170,50
RIO DE JANEIRO	2.935.998,21
RIO GRANDE DO NORTE	795.170,46
RIO GRANDE DO SUL	3.172.021,73
RONDÔNIA	241.388,67

RORAIMA	24.456,87
SANTA CATARINA	2.351.252,81
SÃO PAULO	25.772.045,94
SERGIPE	336.621,53
TOCANTINS	276.834,21
BRASIL	62.759.925,83