

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

**ARIELLE ROCHA DE OLIVEIRA SILVA**

**A JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO ESPÍRITO SANTO:  
OS DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE  
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**VITÓRIA**

**2012**

ARIELLE ROCHA DE OLIVEIRA SILVA

**A JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO ESPÍRITO SANTO:  
OS DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE  
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Institucional.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Vieira Caliman

**VITÓRIA**

**2012**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

S586j Silva, Arielle Rocha de Oliveira, 1986-  
A judicialização de medicamentos no espírito santo : os desafios na construção da política pública de assistência farmacêutica / Arielle Rocha de Oliveira Silva. – 2012.  
126 f. : il.

Orientadora: Luciana Vieira Caliman.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Medicamentos. 2. Ação judicial - Espírito Santo. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Política de saúde - Espírito Santo – Assistência farmacêutica. I. Caliman, Luciana Vieira. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

---

ARIELLE ROCHA DE OLIVEIRA SILVA

**A JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO ESPÍRITO SANTO: OS  
DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Institucional.

**BANCA EXAMINADORA**

---

PROF.<sup>a</sup> DR.<sup>a</sup> LUCIANA VIEIRA CALIMAN

Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientadora

---

PROF. DR. EDUARDO HENRIQUE PASSOS PEREIRA

Universidade Federal Fluminense

---

PROF.<sup>a</sup>. DR.<sup>a</sup>. MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

Universidade Federal do Espírito Santo

---

PROF.<sup>a</sup> MS. SONIA PINTO DE OLIVEIRA

Universidade Federal do Espírito Santo

*Qual a beleza de ter em nós forças maiores que nossos braços e pernas nos acompanhando em cada mo(vi)mento desta vida? Na minha vida essas forças tem nome: Neander e Valma. Se há de se dedicar este trabalho, meus pais certamente são os alvos. Dedico não só este trabalho, mas qualquer obra feita até aqui, pois jamais fiz algo só. Jamais poderia fazer.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que embora criador do mundo, grande em força e poder, me acompanhou a cada dia de perto. A minha vida é dEle e para Ele.

Ao meu marido, João Lucas, o amor da minha vida, minha melhor companhia. Pelas noites que não pudemos adormecer juntos. Pelas lágrimas que chorou comigo. Pelos abraços que me renovaram as forças. Pelos lanches e refeições que me serviu enquanto eu trabalhava. Pela cumplicidade, amizade e paixão. Pela vida linda que apenas começou para nós.

Aos meus pais, Valma e Neander, pelas orações incansáveis. Ao meu pai, por me convencer várias vezes, que tudo iria dar certo. A segurança em forma de homem. A minha mãe, que nesse último ano teve que lutar por sua vida e escolheu como arma, o amor. Ou talvez tenha sido o próprio amor que a escolheu para habitá-la. A solidariedade em forma de mulher.

Aos meus irmãos, Loreine e Filipe, pela torcida e carinho e por me deixarem saber que neles sempre haverá apoio e força. Aos meus cunhados, pela alegria e doçura. Aos meus sobrinhos, Vitor e Laís, pela pureza e encanto.

A minha família e parentes, lugar de felicidade, beleza e confiança. Presentes na minha vida, onde sempre encontro acolhimento, sorrisos, abraços e amizades.

A Sonia Pinto de Oliveira, minha Soninha, minha madrinha de casamento e da vida. Companheira, amiga e inspiração.

A Luciana Caliman. Orientadora foi o nome que serviu de pretexto para infindas risadas, milhares de abraços e histórias. Pelo compromisso e por ter topado caminhar comigo de mãos dadas.

A Eduardo Passos e Beth Barros, pelas potentes intervenções que pude ter das várias formas possíveis. Pela disponibilidade de estar junto.

Ao grupo que me fez forte enquanto pesquisávamos sobre medicamento, farmácia, CRE e etc. Especialmente a Cris, Nathy, Ellen e Paula's, pela aliança.

A minha turma de graduação de Psicologia, por estar presente desde o início e para sempre, por onde eu trilhar. Especialmente a André, Fabiana e Gleison. Irmãos da vida.

Ao PPGPSI, pelos bons encontros proporcionados. A turma IV, por ter feito parte de tudo isso. A Soninha, por contagiar alegria e amizade.

A FAPES, por me fazer bolsista e a seus funcionários que sempre foram atenciosos e solidários a qualquer questão.

## RESUMO

Este trabalho analisa o aumento das ações judiciais que requerem medicamentos a serem fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conhecido como a Judicialização na Assistência Farmacêutica. Busca ainda interrogar de que maneira a judicialização interfere na construção e exercício da Política Pública de Assistência Farmacêutica capixaba. Para tanto, apresenta as principais questões relacionadas ao aumento dessas ações judiciais, sob o olhar dos diferentes envolvidos no processo. Assim, visa evidenciar as faces e interfaces da judicialização, presentes nos discursos e práticas dos juízes, médicos, gestores da Assistência Farmacêutica e usuários, no contexto do estado do Espírito Santo. A pesquisa busca afastar-se das práticas judicativas de conhecimento, que tomam para si o dever de dizer quem está certo ou errado. Diferentemente, objetiva-se colocar em análise o processo de produção da demanda de Judicialização no âmbito da Assistência Farmacêutica. A partir de revisão e análise das pesquisas disponíveis, percebe-se que as abordagens do tema, bem como as ações da gestão que visam seu combate, majoritariamente não envolvem a experiência do usuário, elemento fundamental nesta pesquisa. Observa-se que a Judicialização de medicamento, através dos variados aspectos, discursos e experiências que a constituem, não pode ser analisada sem considerar seu caráter múltiplo e multifacetado. As análises apontam ainda para a importância de fortalecer uma Política de Assistência Farmacêutica mais comprometida com as singularidades das demandas, de forma que, em meio a seus protocolos e normas, afirme uma postura ética e comum.

## **ABSTRACT**

This paper analyzes the growing use of lawsuits demanding medicines through the Brazilian Health System (SUS), known as the Litigation in Pharmaceutical Service. It also seeks to interrogate the relationship between this litigation and the construction and practice of Public Policy for Pharmaceutical Services ES. Therefore, present the main issues related to the growing these lawsuits, under the eyes of various involved in the process. Thus, aims to highlight the faces and interfaces of the Litigates found in the discourses and practices of justice, doctors, managers and users pharmaceutical services in the context of the state of Espírito Santo. This study seeks to depart from the practices of knowledge judges, who take upon themselves the duty to say who is right or wrong. In contrast, the objective is to analyze the production process demand of Litigations Pharmaceutical Services. Through review and analysis of available published research on the subject, it is realized that the approaches on the subject, as well as management actions aimed at their combat, mostly do not involve the user experience, a key element in this research. It is observed that the medicine litigation, through the varied aspects, narratives and experiences that constitute it, cannot be analyzed without considering it multiple and multifaceted character. The analyzes also points to the importance of strengthening a Pharmaceutical Assistance Policy more committed to the singular demands, so that, in the midst of its protocols and standards, affirms an ethical and common posture.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1 OS PROCESSOS DE JUDICIALIZAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE</b> .....	18
1.1 A JUDICIALIZAÇÃO DA/NA SAÚDE .....	25
<b>2 A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL: PERCURSOS E APOSTAS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b> .....	30
2.1 POLÍTICAS DE ESTADO X POLÍTICAS DE GOVERNO: CONSTRUINDO UMA POLÍTICA DO COMUM.....	40
2.1.1 OS PRINCÍPIOS ÉTICOS DA MULTIDÃO .....	45
<b>3 O HABITAR DO/NO CAMPO: PERCURSOS E METODOLOGIAS</b> .....	48
3.1 APOSTAS METODOLÓGICAS .....	51
3.2 A AFIRMAÇÃO POLÍTICA DA NARRATIVA.....	53
<b>4 A JUDICIALIZAÇÃO NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO ESPÍRITO SANTO: FACES E INTERFACES</b> .....	58
4.1 APRESENTAÇÃO DA GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SUAS ORGANIZAÇÕES .....	59
4.2 A JUDICIALIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA SOB OS OLHARES DOS PROFISSIONAIS – JUÍZES, MÉDICOS E GESTORES .....	62
4.2.1 TUTELA ANTECIPADA, ORÇAMENTO PÚBLICO E UM SUS INEFICIENTE.....	62
4.2.2 A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS .....	69
4.2.2.1 A JUDICIALIZAÇÃO COMO MEIO PARA SABOTAGENS NA ORGANIZAÇÃO PÚBLICA.....	73
4.2.3 PODER/ SABER MÉDICO: VELHAS PRÁTICAS E NOVOS EFEITOS.....	76
4.3 O FÓRUM INTERSETORIAL PERMANENTE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO TRAÇADAS PARA LIDAR COM A JUDICIALIZAÇÃO .....	78
4.3.1 O PARECER DA GEAF DIANTE DA ORDEM DO JUIZ.....	82
4.4 ALGUMAS ANÁLISES E INTERROGAÇÕES A RESPEITO DO QUE TRAÇAMOS ATÉ AQUI .....	88
<b>5 EXPRESSIVIDADES DA VIDA: ANÁLISE DAS NARRATIVAS</b> .....	92
5.1 O PROCESSO DE PRODUÇÃO DA DEMANDA OU O QUE AS RECEITAS, LAUDOS E PARECERES NÃO NARRAM.....	94
5.2 OS MODOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESPÍRITO SANTO: ENGRENAGENS PARA A JUDICIALIZAÇÃO? .....	99

5.3 A JUDICIALIZAÇÃO COMO ANALISADOR AMPLIADO .....	105
5.4 A SINGULARIDADE DAS NARRATIVAS: ALGUMAS ANÁLISES.....	108
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>111</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>126</b>

## INTRODUÇÃO

Nos últimos dez anos, temos acompanhado um crescimento vertiginoso da utilização do poder judiciário como meio de acesso às políticas públicas e, mais atualmente, às políticas de saúde. O tema desta pesquisa analisa a chamada *Judicialização da Saúde* no âmbito de medicamentos no contexto do estado do Espírito Santo (ES) e sua relação com a Política Estadual de Assistência Farmacêutica em seus modos cotidianos de operar. De forma introdutória<sup>1</sup>, a judicialização de medicamentos diz respeito ao aumento de processos judiciais impetrados contra as secretarias estaduais de saúde, requerendo ao Sistema Único de Saúde (SUS) a compra de medicamentos.

A partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2010a), a saúde passa a se apresentar como um direito social (Art.6), que deve ser assegurado por ações dos poderes públicos e da sociedade visando garantir a seguridade social (Art. 194). Assim, de acordo com o texto constitucional, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas (...)” (Art.196).

No ano de 1990, foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a Lei Orgânica da Saúde – LOS – (BRASIL, 1990). Segundo esta lei, entre outras ações que se configuram no campo de atuação do SUS, tem-se a assistência terapêutica integral, **inclusive farmacêutica** (Art. 6º, inciso I, alínea "d", *negrito nosso*). A LOS tem como diretrizes éticas a *universalidade* de acesso aos serviços de saúde, a *integralidade* e *igualdade* da assistência, a preservação da *autonomia* das pessoas e a *descentralização* político-administrativa (Art.7, lei 8.080/90). Esta prescrição constitucional que aborda o Direito à Saúde indica o ponto de partida, em seu sentido legal, do crescimento de processos judiciais contra as secretarias estaduais de saúde demandando serviços e insumos terapêuticos. Entendendo-se que em algum aspecto o direito à saúde do sujeito solicitante não está sendo devidamente garantido, exige-se, via judiciário, a ação do Estado para tal efetivação.

---

<sup>1</sup> Veremos no decorrer deste trabalho o caráter complexo e multifacetado da Judicialização no campo da Saúde, o qual exigiu de nós nesta pesquisa idas, voltas, paradas e suspensões no engajamento com o campo.

Através de pesquisas realizadas sobre as demandas judiciais brasileiras no âmbito da saúde, verifica-se que as mais recorrentes são as constituídas por pedidos individuais de medicamentos (PEPE et al, 2010a; CHIEFF; BARATA, 2009). Com isso, as secretarias estaduais de saúde vêm relatando uma preocupação permanente com o aumento de ordens judiciais a serem cumpridas através da dispensação dos medicamentos (BRASIL, 2011). Os órgãos de gestão públicos argumentam que a compra compulsória desses produtos interfere diretamente não apenas nos cofres e orçamentos públicos, mas também na organização e execução das políticas de Assistência Farmacêutica.

Em consequência disso e de outras questões, nota-se que a Judicialização da Saúde tem sido bastante discutida em nível nacional, sob diversos aspectos e maneiras, incluindo seminários e congressos. Ainda que esteja em vista a garantia do direito constitucional à saúde, grande parte dos eventos que acompanhamos em 2010 e 2011 tiveram como finalidade principal pensar estratégias que reduzam o número de processos judiciais. Destacamos que as divulgações e os convites de participação para esses eventos privilegiaram os profissionais envolvidos no circuito: prescrição (médico) – processo judicial (Defensores públicos; promotores, juízes, etc.) – dispensação do medicamento (Gestores de saúde - Assistência Farmacêutica).

Mergulhados no cotidiano da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF), e no seu modo de exercer a Política Estadual de Assistência Farmacêutica, fomos marcados e envolvidos por um contexto onde suas ações são tidas como referência nacional na área de Assistência Farmacêutica. Tal visão comparece entre os gestores de saúde e da Assistência Farmacêutica, tanto no Espírito Santo, como em nível nacional. Pioneira na construção de uma Política Estadual de Assistência Farmacêutica, de uma Relação Estadual de medicamentos padronizados e de outros projetos envolvendo o acesso público de medicamentos, desde 2007 a Assistência Farmacêutica no estado do Espírito Santo tem sido relacionada a avanços e inovações e vem sendo destacada “como modelo nacional de funcionamento”<sup>2</sup>. Diante disso, ao adentrar o campo, fomos atraídos pela visão da GEAF em relação à Judicialização, ainda que não tivéssemos tal pretensão: para que entrar na justiça se

---

<sup>2</sup> Expressão do Secretário Estadual de Saúde, José Tadeu Marino em 2010, a respeito da Assistência Farmacêutica do ES, na ocasião em que a mesma recebeu um prêmio na categoria "Uso Eficiente dos Recursos Públicos" do Ciclo de 2010 do Prêmio de Inovação na Gestão Pública do Espírito Santo (INOVES). Disponível em: < <http://www.inoves.es.gov.br/Noticias/ExibirNoticia.aspx?id=227> >

os medicamentos padronizados disponíveis podem substituir quase a totalidade das demandas?

O problema dessa postura não estava no fato de ser contra ou a favor da judicialização, ou de se aliar ao olhar da gestão, do juiz ou do médico, mas estava em tentar acompanhar o movimento da pesquisa endurecido por um ponto de vista, abafando, com isso, o tensionamento e a amplitude da problemática. Foi preciso que as interferências do/no campo nos atentassem para tais capturas (o que não nos deixou imunes a outras capturas possíveis no seguir do percurso).

Além da vivência na GEAF, as diversas bibliografias produzidas a respeito da Judicialização de medicamentos também nos envolveram em certo modo comum de visualizar o cenário da judicialização. Em tal cenário, para se defender a necessidade de interromper o aumento dos processos judiciais por medicamentos, dá-se relevo a algumas questões presentes no campo, em detrimento de outras. Os gastos produzidos nos orçamentos públicos; a não priorização dos medicamentos padronizados disponibilizados pelo SUS; o desconhecimento de juízes, médicos e usuários em relação à lista de medicamentos e aos protocolos da Política de Assistência Farmacêutica; etc. são algumas questões destacadas, principalmente nos espaços de gestão de medicamentos.

Embora sejam pontos relevantes, no percurso da pesquisa vimos que focar apenas nessas questões pode dificultar o vislumbre do caráter diverso e heterogêneo que envolve a temática deste trabalho. No caminho da pesquisa, o desafio, então, foi contornar esse movimento inicial, propondo o deslocamento e a ampliação dos elementos constituintes da problemática.

Os processos de medicalização e judicialização da vida (CALIMAN, 2006; ROSE, 2007; COIMBRA, 2009; PASSETI, 1999), o fortalecimento do poder/saber médico na atualidade, a influência do complexo mercadológico da indústria farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS), etc. serão analisados, ao longo do texto, na medida em que atravessam e configuram a Judicialização na Assistência Farmacêutica, atestando seu caráter multivetorializado.

Orientados por uma postura ética e política, investigamos a judicialização também através do acesso ao processo de produção das demandas judiciais. Para tanto, foi fundamental trazer a experiência do usuário. Percebemos que as abordagens de pesquisa sobre a Judicialização na Assistência Farmacêutica, bem como as ações da gestão que visam ao seu combate,

majoritariamente não envolvem a experiência do usuário. Assim, ouvimos as demandas a partir do próprio usuário a fim de que os especialismos médico e jurídico e o centralismo da gestão da assistência farmacêutica fossem problematizados.

Sendo assim, de forma geral, pesquisamos inicialmente os discursos e as práticas em torno da Judicialização na Assistência Farmacêutica, centrados nas falas e ações da gestão, dos médicos e dos juízes. Assim, habitamos o espaço da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica e analisamos alguns processos judiciais que solicitavam medicamento. Neles, tivemos acesso a posicionamentos de juízes, médicos e da gestão em relação aos pedidos de medicamentos realizados pela via judicial. Efetuamos também entrevistas com gestores e juízes diretamente implicados na problemática da Judicialização na Assistência Farmacêutica. Em seguida, a fim de dar visibilidade ao processo de produção das demandas que alimentam os processos judiciais, procuramos ouvir a narrativa dos usuários solicitantes.

Afirmamos a importância de ouvir esses poderes, analisar suas práticas a fim de pensar o tema da forma mais pública possível. Visamos, aqui, evidenciar as faces e interfaces presentes entre juízes, médicos, gestores da Assistência Farmacêutica e os usuários no contexto do Espírito Santo, não para dizer quem está certo ou errado, mas para colocar em análise o processo de produção da Judicialização no âmbito da Assistência Farmacêutica. O que nos dizem as demandas judiciais por medicamentos? O que elas nos revelam em relação à Política Estadual de Assistência Farmacêutica e seus modos cotidianos de exercer a Atenção Farmacêutica?

Ao ouvir as experiências de usuários que entraram na justiça, identificamos o caráter analisador das narrativas, não apenas em relação à Judicialização de medicamentos, mas também à Política Estadual de Assistência Farmacêutica e dos modos como ela tem sido exercida no cotidiano da assistência. Diante disso, investigamos a Judicialização na Assistência Farmacêutica avaliando de que maneira ela pode interferir, tanto no sentido de favorecer ou dificultar a construção de uma Política Estadual de Assistência Farmacêutica comprometida com a afirmação do público e do coletivo.

Ratificamos que não queremos fortalecer posturas dicotômicas em relação ao crescimento de ações judiciais na saúde, enfatizando argumentos contra ou a favor da judicialização, mas problematizá-la, explorando seu potencial analisador.

Analisador é um conceito-ferramenta que foi incorporado pela socioanálise e, segundo Lourau (2004), é quem realiza a análise. O analisador explicita uma certa relação que não estava sendo falada, provocando a revelação do que estava escondido. Os analisadores seriam acontecimentos em seu sentido de produzir rupturas, catalisar fluxos e produzir análises sem necessidade de peritos para esclarecê-las. São formas de intervenção que resgatam acontecimentos que servem como fontes autênticas de conhecimento e de transformação social (BARROS, 2007; RODRIGUES, 1992). Nesse sentido, qualquer situação “pode servir de analisador desde que seu movimento seja o de catalisar vetores e abrir o plano de análise que estava bloqueado” (BENEVIDES, 2007, p.25).

Ao dar visibilidade ao processo de produção da judicialização que incide sobre as políticas de assistência farmacêutica, apontamos a necessidade de compreender a política como algo “que não se restringe ao domínio específico das práticas relativas ao Estado” (PASSOS; BARROS, 2009b, p.151). A política aqui afirmada se dá de uma maneira ampliada, em que ela é a “forma de atividade humana que, ligada ao poder, coloca em relação sujeitos, articula-os segundo regras ou normas não necessariamente jurídicas e legais” (p.151). Assim, a política configura-se também em arranjos locais, localizada no plano das microrrelações (PASSOS; BARROS, 2009b). Analisar a judicialização da saúde no âmbito da assistência farmacêutica por uma perspectiva política é pensá-la, então, para além da máquina do Estado, mas dentro de um contexto de política pública onde se engendram práticas afirmativas da vida, construídas no plano coletivo (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Entendemos que tal política ocorre na tessitura das relações e de seus movimentos e por isso o olhar lançado para a questão da Judicialização da saúde também se dá numa perspectiva ética. Tal olhar nos permite analisar de que maneira é possível afirmar movimentos de diferenciação por meio das experiências coletivas. Defendemos e afirmamos uma política de saúde pública que contemple as singularidades, o público e as narrativas. Uma política produzida por um SUS que somos nós, uma rede que tecemos enquanto a *experienciamos*.

Entre as diversas análises produzidas, esta pesquisa destacou que a questão da Judicialização da Saúde, especialmente no âmbito da Assistência Farmacêutica não pode ser analisada de forma unilateral, reduzida a uma de suas dimensões. Há, portanto, a necessidade de envolver nessa discussão os seus “aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos” (PEPE, p.78, 2010b). Além disso,

observamos que a Judicialização de medicamento, através dos variados aspectos, discursos e experiências que a constituem, apontou para a necessidade de fortalecer uma política pública de medicamentos atenta às singularidades. Em meio aos protocolos e prescrições pertinentes à Política de Assistência Farmacêutica, é preciso assumir o desafio de privilegiar uma postura ética na maneira de exercer a Assistência Farmacêutica no contexto do ES.

Ainda que o exercício de uma política pública esteja fundamentado em padrões prescritivos, nele também podem se delinear movimentos de diferenciação e acreditamos que estes são fundamentais na produção das práticas de saúde. Assim, lutamos pela construção de uma política pública de saúde que inclua a norma e ao mesmo tempo seu desvio, garantindo a atuação dos sujeitos plurais no processo de produção da saúde, a partir de suas experiências e enunciações, sendo uma aposta estratégica de interferência nas diretrizes e práticas do nosso Sistema Único de Saúde.

Norteados por tais apostas, nos lançamos então a uma escrita que narre a experiência da pesquisa, suas interferências e produções acerca de um tema tantas vezes paradoxal e conflitante; emaranhado e multivetorializado. É no habitar das zonas de impasse que nos propomos dissertar sobre a Judicialização da Saúde no contexto da Assistência Farmacêutica, nos atentando para o que ela evidencia como sendo potencializadora ou não de uma Política Estadual de Assistência Farmacêutica comprometida com o público e com as singularidades.

Quanto à organização dos capítulos, o primeiro dedica-se a apresentar a Judicialização na contemporaneidade de maneira mais geral, apontando os diversos espaços em que o poder judiciário tem sido chamado a intervir. Além disso, avalia como tal intervenção tem sido abordada teoricamente nos estudos acerca dos processos de Judicialização. O segundo refere-se ao percurso das políticas de medicamentos no Brasil, à organização da Assistência Farmacêutica e suas apostas. Busca-se aqui sinalizar a nossa aposta política a partir de uma discussão voltada para a construção e afirmação de políticas públicas comprometidas com a construção do comum. O terceiro capítulo aponta para os nossos percursos no processo da pesquisa, por onde e como habitamos o território do nosso trabalho. Ainda aqui, defendem-se as apostas metodológicas que nos inspiram. O quarto capítulo apresenta as principais questões presentes na Judicialização de medicamentos a partir das diversas faces e discursos dos envolvidos no tema. Também são abordadas as estratégias de intervenção desenvolvidas, especialmente pela Gestão de Assistência Farmacêutica, para lidar com tais questões. O



quinto capítulo apresenta as experiências dos usuários que entraram na justiça pleiteando medicamentos, através das narrativas, onde são lançadas algumas análises. O último capítulo dedica-se a retomar um pouco o percurso da pesquisa, apontando as principais inserções e questões, desenvolvendo algumas considerações e análises a respeito da Judicialização na Assistência Farmacêutica pensadas a partir desta pesquisa.

## 1 OS PROCESSOS DE JUDICIALIZAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE

*“Sexta-feira, 15 de julho de 2011: Uma decisão inédita da Justiça obrigou a Secretaria de Estado de Defesa Social (Seds) a providenciar ontem a internação de uma adolescente de 14 anos viciada em crack<sup>3</sup>”.*

O Plano de Enfrentamento ao Uso do Crack e outras Drogas, atualizado pelo Decreto nº 7.637/11<sup>4</sup>, visa à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários, bem como ao enfrentamento do tráfico de crack e de outras drogas ilícitas. Tais ações de combate ao crack têm levantado muitas discussões no âmbito da saúde, do judiciário, das políticas públicas, etc. Partindo do pressuposto de que alguns dependentes de drogas acabam perdendo a capacidade de conduzir suas ações em prol da própria vida, têm sido previstas internações compulsórias que devem prescindir uma decisão judicial. Dessa forma, a internação compulsória acontece quando o Estado ou outro terceiro, geralmente familiares, solicitam uma intervenção em direção ao dependente químico, utilizando para isso a via judiciária.

No campo da saúde mental também se têm observado internações compulsórias que são “sancionadas pelos Juízes de Direito (‘Família, Órfãos e Sucessões’, Penal, etc.), que determinam o tratamento em regime de internação hospitalar para o dito louco” (ZIMMER; LAVRADOR; VICENTINI, 2009, p.4). Além de ir na contramão da Reforma Psiquiátrica a qual simboliza movimento de luta por transformação nos modos de cuidado e atenção à loucura, a judicialização nesta esfera condiciona o fim do asilamento ao poder e vontade do juiz que ordenou a internação, pois nas decisões consta que só ele pode modificá-las. Assim, essa determinação é “caracterizada pelo enquadre asilar, que remete ao fato de que ninguém mais define sobre isso salvo deliberação também do Juízo, ao pé da letra ‘interne-se até determinação ulterior deste juízo’” (Ibidem, p.4).

---

<sup>3</sup> Notícia tirada do site da Associação dos Defensores Públicos de Minas Gerais (ADEP), disponível em: <http://adepmg2009.blogspot.com/2011/07/justica-manda-estado-internar.html>

<sup>4</sup> Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm#art1)

Apesar dos impasses e divergências de opiniões no que diz respeito a essas ações interventoras e ao modo como devem ser realizadas, chamamos a atenção para a presença do poder judiciário sendo chamado a legitimar e decidir a respeito dos tratamentos e práticas na saúde mental.

Assim como nas internações compulsórias dos usuários de **crack** e no campo da saúde mental, o poder judiciário e seus dispositivos também têm sido convocados a interferir em diversos espaços e relações humanas. É importante afirmar que a ideia de dispositivo jurídico aqui “é bem mais abrangente, pois envolve além de procedimentos inerentes aos Tribunais, aqueles que são de interesse do jurídico, sem, contudo, serem frutos da atividade do jurista” (MARAFON; PINHEIRO, 2008, p.34). Deste modo, a análise da expansão do poder jurídico e seus dispositivos na atualidade não se circunscreve às atuações dos Tribunais de Justiça, mas, também àquelas que envolvem as instituições jurídicas, não se restringindo, portanto, ao âmbito forense. Como exemplos da disseminação do poder jurídico, temos as ações que envolvem os “Conselhos Tutelares, prisões, abrigos, unidades de internação, organizações não governamentais, instituições de cumprimento de medidas socioeducativas para adolescentes que cometeram atos infracionais” (Ibidem, p.34), entre outras.

Apesar de trazermos o contexto atual dos processos de judicialização, sabemos que ele não é novo e que também marcou e ajudou a constituir as sociedades ocidentais modernas. Em *A verdade e as formas jurídicas*, Foucault (2002) analisa os deslocamentos das práticas jurídicas no decorrer do século XVIII e XIX, movimentos importantes para pensarmos as subjetividades modernas. Tais análises apontam para a indissociabilidade entre as práticas judiciárias e a constituição do homem moderno e também contemporâneo, já que não cessam de se modificar e de produzir modos de vida.

As práticas judiciárias — a maneira pela qual, entre os homens, se arbitram os danos e as responsabilidades, o modo pelo qual, na história do Ocidente, se concebeu e se definiu a maneira como os homens podiam ser julgados em função dos erros que haviam cometido, a maneira como se impôs a determinados indivíduos a reparação de algumas de suas ações e a punição de outras, todas essas regras ou, se quiserem, todas essas práticas regulares, é claro, mas também modificadas sem cessar através da história — me parecem uma das formas pelas quais nossa sociedade definiu tipos de subjetividade, formas de saber e, por conseguinte, relações entre o homem e a verdade que merecem ser estudadas (FOUCAULT, 2002, p.10).

Diferentes são as formas e os espaços onde podemos ver esse saber/poder jurídico operando ou interferindo. Diversas também são as maneiras através das quais a judicialização tem sido pensada na contemporaneidade. Mas as discussões que envolvem o campo das práticas

jurídicas na atualidade, majoritariamente, têm sinalizado, em nossa sociedade, uma presença do direito, seus procedimentos e suas instituições como nunca antes observado na história do Ocidente moderno (VIANNA et al, 2008).

Sobre a judicialização das relações sociais, Werneck Vianna ressalta que o fenômeno vem alcançando a regulação da sociabilidade e das práticas sociais, incluindo aquelas tidas, tradicionalmente, como de natureza estritamente privadas e impermeáveis à intervenção do Estado, como são os casos das relações de gênero no ambiente familiar e do tratamento dispensado às crianças por seus pais ou responsáveis (VIANNA et al, *apud* MOTTA, 2007).

Situações até então consideradas da esfera particular da vida, no âmbito comum das relações sociais, passam a ser direcionadas aos instrumentos do poder judiciário. O autor afirma ainda que há uma crescente produção de novos objetos passíveis da intervenção do poder judiciário. Em todos os âmbitos exigem-se leis, direitos e penas convocando o judiciário a inspecionar práticas e intermediar problemas cotidianos.

É todo um conjunto de práticas e de novos direitos, além de um contingente de personagens e temas até recentemente pouco divisível pelos sistemas jurídicos – **das mulheres vitimizadas, aos pobres e ao meio ambiente, passando pelas crianças e pelos adolescentes em situação de risco, pelos dependentes de drogas e pelos consumidores inadvertidos** –, os novos objetos sobre os quais se debruça o Poder Judiciário, levando a que as sociedades contemporâneas se vejam, cada vez mais, enredadas na semântica da Justiça. É, enfim, a essa crescente invasão do direito na organização da vida social que se convencionou chamar de judicialização das relações sociais (VIANNA et al, 1999, p. 149 – grifo nosso).

Nessa direção, vários autores têm entendido como Judicialização (da vida) “um movimento do/no contemporâneo no qual vemos emergir o sistema do Judiciário como instituição mediadora da vida”.<sup>5</sup> Tal entendimento da judicialização indica uma expansão do saber/poder jurídico para outras esferas da vida, ampliando seus modos de intervenção. Isso inclui ainda os modos de subjetividades que atravessam as práticas sociais pedindo sanções, penalidades, exclusões legitimadas por leis, em nome da efetivação da uma justiça e da “luta contra a impunidade” (COIMBRA, 2009; PASSETI, 1999, MARAFON, 2010). Entende-se aqui que há modos de subjetividades agenciando formas de intervenção do judiciário e de seus dispositivos jurídicos de maneira cada vez mais expandida e capilarizada. Para além da presença do juiz, ao se reclamarem na atualidade leis e punições, “subjetividades moralista-

---

<sup>5</sup> Compreensão apresentada pelo Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (CRP-RJ), no IV Seminário de Psicologia e Direitos Humanos. O tema era "Judicialização da Vida" e ocorreu no ano de 2008.

polícialesca-punitivaparanóicas” são engendradas e fortalecidas pela gestão e tutela sobre as vidas (COIMBRA, 2010).

Tal modo de analisar a presença dos dispositivos jurídicos na contemporaneidade também tem se estendido às práticas escolares. Entendida como “ações da Justiça no universo da escola e das relações escolares, resultando em condenações das mais variadas” (CHRISPINO; CHRISPINO, 2008, p.9), a judicialização escolar tem se constituído como mais um campo de incorporação dos dispositivos jurídicos atuais. Neste domínio, a judicialização é descrita como um processo de criminalização, no qual comportamentos diversos, que transgridem certo pacto social ou norma, passam a ser vistos como criminosos demandando, portanto, a intervenção judicial e, na maior parte das vezes, policial.

Alguns atores (MARAFON, 2010; CURY; FERREIRA, 2009) trazem o exemplo de atos indisciplinados que cada vez mais são encaminhados à justiça vestidos pela lógica da infração e da criminalização. Para os autores acima citados, nesse movimento de judicialização ou criminalização de certas condutas escolares, a escola não assume o compromisso da educação de esgotar os recursos e as possibilidades internas baseados no diálogo. Muitas vezes, sequer esgota os mecanismos previstos no próprio regimento escolar, preferindo provocar a atuação das esferas do Judiciário, Ministério Público, Autoridade Policial ou Conselho Tutelar.

Alguns autores destacam que recorrer aos órgãos judiciais e ao Conselho Tutelar para lidar com os conflitos escolares propicia, ainda que professores e diretores não percebam, a fragilização e um esvaziamento da própria autonomia institucional/escolar, tornando-a ainda mais dependente do recurso judicial para a resolução de conflitos escolares cotidianos.

Quando a escola escolhe denunciar compulsoriamente atos tidos como violentos, criminaliza e pune; mas, acima de tudo, atesta sua incapacidade para lidar com questões que poderiam e deveriam ser resolvidas no próprio espaço escolar, e contribui, assim, para o enfraquecimento da instituição, já que a resolução precisa vir de fora. Ou seja, o que estamos presenciando nos dias de hoje é o Conselho Tutelar servindo como mediador de relações entre a escola, a família e o aluno (PINHO; RIBEIRO; SOUZA, 2009, p.254).

Sob essa ótica judicializante, a prática do *Bullying*<sup>6</sup>, combatida atualmente em nível mundial por campanhas e movimentos sociais, também tem sido problematizada. A forma como vem sendo abordado, principalmente pela mídia, pode apontar uma inexistência ou deficiência nos

---

<sup>6</sup> *Bullying* tem sido descrito como “atos de [violência](#) física ou [psicológica](#), intencionais e repetidos, praticados por um indivíduo (do [inglês](#) *bully*, *tiranete* ou *valentão*) ou grupo de indivíduos causando dor e angústia, sendo executadas dentro de uma relação desigual de poder”. (<http://pt.wikipedia.org/wiki/Bullying>)

modos de lidar com as diferenças e na produção de estratégias para enfrentar as “situações/aluno problema”. Giovanna Maraffon,<sup>7</sup> em entrevista, apontou que atualmente não se procura compreender o processo de produção dos conflitos na esfera escolar. Para a autora, ao se destacarem as ações entendidas como *bullying*, que expressam apenas a ponta de todo um processo, há o fortalecimento da produção da criminalização na dinâmica escolar.

Dentro desse viés de análise a respeito da judicialização, inserem-se também as ações atreladas às leis e aos regimes constitucionais, configurando-se como práticas sociais que visam à garantia de direitos vistos como já obtidos, naturais e individuais. Em nome de uma ideia de cidadania, tem se buscado cada vez mais na justiça a garantia desses direitos localizados em códigos oficiais (COIMBRA, 2009; [SCHEINVAR](#), 2009). Essas práticas têm sido analisadas como efeito de uma visão naturalizada que oculta os processos históricos de produção de tais direitos, velando os fundamentos de sua enunciação. No campo das naturalidades aciona-se o poder judiciário e, a fim de se efetivarem os “direitos”, usam-se as fundamentações legais que constituem os documentos oficiais, como, por exemplo, a Constituição Federal de 1988. Sob esse olhar, o uso do direito não expressa a cidadania ativa movimentada por lutas sociais, mas uma cidadania desresponsabilizada a ser consumida por meio das ações do Estado.

Com efeito, a “cidadania burguesa”, longe de ser expressão de movimentos reivindicatórios, de lutas e conquistas, tem a marca de práticas legalistas, que se revelam com a ideia do Estado do Bem-Estar social, divulgado no período pós Segunda Guerra Mundial. Surgem, então, as promessas assistencialistas, responsabilizando o Estado pelos planejamentos e pelas políticas sociais, que traziam em seu bojo tecnologias em prol de certa organização social (MARAFON, 2010, p.6).

No caso das reivindicações de direitos escolares, comparece essa face da judicialização que se engendra a partir dos textos legais e oficiais. O art. 205 da Constituição Federal fundamenta que:

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 2010).

Baseando-se, portanto, nesse ponto constitucional e em seus correspondentes, as várias demandas judiciais apresentadas no universo da escola são justificadas: merenda escolar,

---

<sup>7</sup> <http://redeglobo.globo.com/globoeducacao/noticia/2011/12/brincadeira-ou-bullying-segundo-psicologa-e-preciso-avaliar-cada-caso.html>

transporte escolar, falta de professores, adequação do prédio escolar, vagas em escolas, etc. (CURY; FERRREIRA, 2009). Diante disso, algumas discussões destacam que a ampliação de ações mediadas pelo poder judiciário visando à garantia desses elementos escolares fortalece, muitas vezes, uma ideia naturalizada do direito.

As argumentações sobre o modo de exigir um direito via judiciário visam alertar para as tenuidades que tais práticas podem habitar. Uma ideia de cidadania que se cristaliza em posturas reivindicatórias individuais, acaba enfraquecendo a sua conquista através da produção de lutas coletivas.

Para um modelo de Estado com ações paternalistas, faz-se necessário que sejam tutelados sujeitos (assujeitados) a ideias abstratas e universais, nas quais o direito se torna uma concessão, o coletivo é homogeneizado pela noção do consenso e as necessidades são vistas como forças naturais, provenientes da suposta natureza humana (MARAFON, 2010, p.6).

Entre esses vários modos de operar com o poder judiciário e seus dispositivos jurídicos que se configuram na atualidade, acompanha-se um crescimento vertiginoso de sua utilização como meio de acesso às políticas públicas e, ainda mais atualmente, às políticas de saúde. Nos últimos anos, as ações judiciais na saúde têm se intensificado, sobretudo, como instrumentos individuais para o acesso a bens e insumos terapêuticos. Nesse universo da Judicialização da Saúde, as reivindicações têm incidido em objetos variados: leitos, vagas na UTI, medicamentos, próteses, cirurgias, tratamentos em outros estados/país, etc. O argumento fático é muitas vezes a dificuldade de obter o serviço que necessita, como por exemplo, na distribuição de medicamentos e a existência de longas filas de espera em hospitais e serviços de saúde. Como vimos anteriormente, o argumento jurídico é o art. 196 em que o direito à saúde é universal, cabendo ao Estado sua garantia, conforme descrito na atual Constituição Federal.

Essa compreensão das faces da judicialização nos diversos âmbitos: judicialização da/na vida, na escola, na saúde, etc. nos prepara para anunciar o tema da nossa pesquisa e suas especificidades. Antes, porém, queremos ressaltar que os trabalhos acadêmicos de cunho sócio-histórico que versam sobre o tema, em grande parte afirmam uma postura crítica aos processos de judicialização. Sob a ótica da maioria das análises a respeito da judicialização, os dispositivos jurídicos contemporâneos são pensados como uma estratégia de expansão do poder sobre a vida ou, em uma linguagem *foucaultiana*, do Biopoder (FOUCAULT, 1999;

FOUCAULT, 2000)<sup>8</sup>, que aprisiona a vida e atualiza antigas estratégias de controle. Analisada como um processo que caminha na contramão da afirmação das políticas efetivamente públicas de saúde, a judicialização é questionada e problematizada.

Inicialmente nos aproximamos do tema da nossa pesquisa inspirados por tais posturas teóricas que veem a judicialização como estratégias de poder. Adentramos a discussão da judicialização da saúde com os olhos voltados a encontrar os elementos que poderiam fortalecer e ampliar as discussões já produzidas a respeito do uso dos dispositivos jurídicos. Com o caminhar da pesquisa, percebemos que analisar o fenômeno da Judicialização no âmbito da Assistência Farmacêutica também passava por problematizar o fortalecimento e expansão do saber/poder médico e jurídico e a interferência dos interesses privados de indústrias farmacêuticas no SUS. Tais aspectos encontravam ressonância no campo teórico que inicialmente dava sustentação ao nosso problema de pesquisa, ao mesmo tempo, demonstravam que a Judicialização de medicamentos não poderia ser compreendida isoladamente. Em sua base, fortalecendo-a, legitimando-a e sustentando-a, encontramos as tramas de uma sociedade punitiva, criminalizante e judicializante. Ao mesmo tempo, ajudando a tecer suas redes e seus nós, encontramos os processos de medicalização da vida e mercadização da saúde, nos quais a indústria farmacêutica exerce papel fundamental. Ali também, destacavam-se traços do processo de medicalização da vida ou expansão do saber/poder médico, tão bem tematizados por Foucault, quando este fala da constituição da vida moderna e das sociedades contemporâneas. Ainda, a estas análises iniciais, unia-se a postura dos gestores da Assistência Farmacêutica que, embora por outros caminhos analíticos, denunciavam a judicialização como um processo enfraquecedor das políticas de Assistência Farmacêutica.

No entanto, em meio a tudo isso, o crescimento expressivo de ações judiciais solicitando medicamentos ao SUS também colocava em análise outros aspectos e, dentre eles, o próprio modo de exercer a Política de Assistência Farmacêutica, especialmente no âmbito do estado do Espírito Santo. O processo de Judicialização da Assistência Farmacêutica tornava-se para nós um analisador e era preciso interrogar o que ele revelava sobre o SUS, sobre as práticas de assistência farmacêutica e sobre a política estadual de assistência farmacêutica do ES. O caminhar da pesquisa exigia de nós essa inflexão. No entanto, longe de afirmar que as análises

---

<sup>8</sup> Michel Foucault tem sido uma das referências analíticas mais utilizadas nas pesquisas sobre os processos de judicialização (NASCIMENTO, 2011; MARAFON, 2010, COIMBRA, 2009).



iniciais estavam equivocadas, buscamos apontar que o percurso de nosso trabalho apontou também para outros elementos.

Nesse sentido, foi preciso se distanciar um pouco das ferramentas teóricas e de um vasto arcabouço teórico que nos atravessavam para que ampliássemos as análises possíveis que os dispositivos jurídicos, acionados expressivamente no campo das políticas de saúde, podiam evocar.

A análise da Judicialização na Assistência Farmacêutica exigiu de nós uma aproximação da Política de Assistência Farmacêutica. O campo nos dizia que para investigar e lidar com ela, tornava-se necessário trazer o contexto do SUS e suas práticas. No percurso, percebemos também que para contemplar as diversas vozes presentes na problemática da judicialização, era preciso convocar o usuário como integrante fundamental do processo de análise.

Esses pontos abordados possibilitam questionar: a que tem servido essa hipertrofia do judiciário nas práticas de acesso às políticas de Assistência Farmacêutica e quais são seus efeitos? É possível que o judiciário, no âmbito investigado, tem se efetivado como um espaço em que as singularidades minimamente têm ganhado contorno e enunciação?

O objetivo do texto é apresentar a Judicialização no âmbito da Assistência Farmacêutica numa dimensão ampliada de análise a fim de pensar e interferir, a partir das narrativas e experiências, nas práticas e na Política de Assistência Farmacêutica do ES.

## 1.1 A JUDICIALIZAÇÃO DA/NA SAÚDE

As diretrizes do Sistema Único de Saúde, nos moldes como encontramos hoje, não se constituem apenas como uma alternativa simples aos modos anteriores de cuidado com a saúde, presentes nos anos 70 e início dos anos 80, mas revelam uma outra concepção de saúde. Tal modelo era condicionado aos vínculos empregatícios que a pessoa tinha na medida em que, para acessá-la, era preciso ter a carteira assinada e ser contribuinte da previdência social. Tratava-se, portanto, “de uma concepção de saúde restrita a um grupo de pessoas, cujo critério era o vínculo empregatício” (ASENSI, 2010, p.34).

A transformação de um modelo “não-universalista” para um direito fundamental de todos à saúde foi efeito principalmente de um movimento intenso de lutas travadas por múltiplos grupos sociais, incluindo profissionais da saúde, no final da década de 70, conhecido como movimento da Reforma Sanitária brasileira<sup>9</sup>, que se constituiu no cerne das lutas pela redemocratização brasileira (BRASIL, 2006). Esse movimento gerou um projeto de saúde sanitária para o país, onde o conceito de saúde foi rediscutido, incluindo aspectos sociais nas avaliações de saúde. A defesa maior da Reforma sanitária estava na afirmação da saúde como um direito de todos, sendo papel do Estado sua garantia, bem como o acesso universal aos bens e serviços de saúde. Outra forte característica desse movimento foi a afirmação de “espaços públicos de participação social, na medida em que é a sociedade que vivencia o cotidiano das instituições de saúde e, portanto, conhece de forma mais próxima suas mazelas e avanços” (ASENSI, 2010, p.35).

É nesse contexto de luta social e de intensas reivindicações que o SUS começa a ganhar forma de lei. Tais processos de lutas que defendiam a saúde como um direito de todos e dever do Estado (art.196) apontam que a conquista constitucional, embora fundamental, ainda era o engatinhar de toda uma luta por saúde pública. Revelam, também, que não há um SUS ideal e finalizado, mas a cada dia ainda convoca as forças das lutas e desafios reluzidos no processo de sua produção.

Trazer rapidamente a trajetória da constituição do SUS no Brasil permite refletir politicamente sobre os desafios atuais que a saúde pública enfrenta. A busca pela concretização e ampliação da atenção à saúde para todos os milhões de brasileiros revela não só as atuais brechas nas políticas e práticas, mas também indica os desafios surgidos com o avançar das políticas de saúde e da democracia brasileira. Nesse sentido, este trabalho busca pensar um tema que tem atravessado e desafiado as políticas públicas de saúde brasileiras, em seus diversos órgãos de gestão, que é a utilização da via judiciária para o acesso a serviços de saúde e bens terapêuticos. São ações que vêm aumentando no cenário do SUS e exigindo dos diversos envolvidos reflexões e estratégias de análise e intervenção.

---

<sup>9</sup> Para uma maior abordagem a respeito do movimento sanitário no contexto de reivindicações pelo SUS, nos anos 70 e 80, indicamos a leitura de uma publicação do Ministério da Saúde, **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**, de 2006, disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf)

O direito à saúde como dever do Estado, legalmente consagrado na constituição brasileira de 1988, tem se configurado como o principal respaldo jurídico na crescente busca pelo acesso à saúde pelas vias judiciais no contexto atual da saúde brasileira (BORGES, UGÁ, 2010; PEPE et al, 2010b). Não limitamos, no entanto, nossas análises a uma relação direta estabelecida entre o direito à saúde e sua garantia legal presente na constituição brasileira, pois entendemos que analisar a problemática da judicialização da saúde e o direito à saúde partindo apenas da lei fria da constituição, não fortalece a discussão a respeito de um SUS cada vez mais público que queremos construir cotidianamente. Ao contrário, ao analisar a Judicialização da Saúde reduzindo a discussão às leis e artigos, corre-se o risco de perder o contexto de lutas presente não apenas na construção inicial do SUS, mas também nos embates travados diariamente no exercício das políticas de saúde, enfraquecendo novos engajamentos e conquistas.

Consideramos que a legitimação de lutas e conquistas por meio de leis, diretrizes, etc. sejam fundamentais nos meios atuais de garantir as conquistas sociais, no entanto, para que a lei e o Direito se tornem efetivos instrumentos de mudanças sociais, é importante enxergá-los no contexto de sua produção. É nesse sentido que trazemos o contexto de luta presentes na constituição do SUS, pois permite a ampliação das análises a respeito da judicialização da saúde, ou seja, acreditamos que “analisar o direito à saúde exige considerar o processo de luta de redemocratização brasileira, bem como o contexto de validação e afirmação de um sistema público de saúde” (BUSSINGUER, 2008, p.55).

Ter em mente o cenário do movimento sanitarista para discutir a judicialização da saúde fortalece uma postura política de análise na medida em que lançamos nosso olhar sobre o processo de produção do direito à saúde ao invés de naturalizá-lo como algo a ser cumprido. Essa visão nos fundamenta em nosso trabalho, ao reavivar um engajamento político e ético com a produção de saúde, presente no movimento sanitarista e que não se limita aos gestores de saúde, mas convoca, ainda hoje, todos a pensar, interferir e se responsabilizar pelo Sistema Único de Saúde a construir. Afirmar que o SUS foi desenhado e construído por movimentos coletivos, resgatando a importância das participações sociais, possibilita a invenção de novos engajamentos e a ampliação das possíveis formas de interferir nas políticas públicas de saúde brasileira. É com essa postura e sensibilidade que buscamos produzir nossas análises e discussões.

A formulação da constituição de 1988, indicando que a saúde é um direito de todos, oferecendo garantia legal de acesso igualitário por meio de atendimento integral, participação social e gestão descentralizada revela não só a grande conquista no campo da saúde, como também aponta para os desafios exigidos para que ela seja efetivada em todas as esferas. Dentre esses desafios, e a despeito das várias formas de compreender e de exercer o direito à saúde, o aumento de ações judiciais para o acesso às políticas de saúde tem aparecido como uma grande problemática (ASENSI, 2010; BRASIL, 2011).

De maneira geral, percebemos que os discursos a respeito da judicialização da saúde se concentram basicamente em dois polos. Um primeiro polo destaca os efeitos negativos deste tipo de demanda judicial para o funcionamento da gestão das políticas e ações de saúde. Recursos públicos escassos, juízes e médicos interferindo nas políticas as quais estes não estão próximos e engajados, direitos individuais sendo privilegiados em detrimento do coletivo, interesses privados sendo prevalecidos dentre outros aspectos são os argumentos que aparecem nos artigos acerca do tema (CHIEFFI ; BARATA; 2009; FIGUEIREDO et al, 2010; PEPE et al, 2010a, MACEDO et al, 2011). No outro polo, outros estudos apontam, com maior ênfase, as falhas e insuficiências do sistema de saúde e o despreparo do sistema judiciário brasileiro para lidar de maneira satisfatória com as “novas e crescentes demandas de saúde, num contexto normativo que atribui obrigações legais amplas ao Estado brasileiro” (PEPE et al, 2010a, p. 79). Desorganização do poder executivo, falta de informação disponível, urgência exigida quando se trata da saúde, etc. são alguns apontamentos feitos, principalmente pela esfera jurídica, para de alguma forma expor os desafios presentes nas práticas relacionadas à Judicialização da saúde e justificar suas ações.

Apesar de tantos argumentos contra ou a favor e ponderações presentes nas discussões sobre o tema, a fundamentação legal, que tem emergido como o terreno fértil para a intervenção judiciária nas políticas de saúde, é basicamente uma só, o já citado artigo 196 da Constituição Federal. Como já apontamos, mediante pesquisas e levantamentos sobre as demandas judiciais brasileiras no âmbito da saúde, constata-se que dentro da esfera da saúde, os pedidos na justiça por medicamento têm tido primazia e é no âmbito da assistência farmacêutica que nossa pesquisa se delinea e por onde lançaremos nossas análises.

No entanto, antes de nos aprofundarmos sobre a judicialização da Assistência Farmacêutica no ES, iremos trazer as políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica delineadas

em nível nacional. Tais políticas são fundamentais, não apenas para adentrar o universo do tema, mas também para avaliar como é possível, a partir da judicialização, pensar a construção de uma Política de Assistência Farmacêutica efetivamente pública, questão que se desenha como foco e ferramenta de intervenção deste trabalho.

## **2 A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL: PERCURSOS E APOSTAS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

A Constituição Federal Brasileira de 1988, entre tantas outras coisas, legitimou a importância de se formular uma Política de Assistência Farmacêutica, já que o fornecimento de medicamentos, desde 1971, era de responsabilidade da Central de Medicamentos (CEME). A CEME, até 1988, operou de forma centralizada, destinada a fornecer medicamentos à população que não possuía condições de adquiri-los (BRASIL, 2011).

Em 1997, a CEME foi desativada e “suas atribuições passaram a ser de responsabilidade dos órgãos e setores do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2011, p.11). Com a aprovação da Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos (PNM)<sup>10</sup> foi implementada no país, fruto de amplas discussões de profissionais e gestores que buscaram direcionar ações relacionadas a medicamentos.

A PNM emerge como uma parte essencial da Política Nacional de Saúde<sup>11</sup>, fortalecendo os princípios constitucionais, apontando as diretrizes básicas e as prioridades de ações a serem conduzidas pelos diversos envolvidos no cuidado à saúde relacionado ao uso de medicamentos. Entre os principais alvos da PNM estão: “garantir necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 2001, p.9).

É importante aqui traçarmos alguns esclarecimentos sobre Medicamentos Essenciais e Medicamentos Excepcionais, como também sobre as listas padronizadas nas quais esses estão inseridos, seja em nível nacional, estadual ou municipal. Analisar uma política pública de medicamentos nos convoca a compreensão das listas oficiais de medicamento, pois é a partir delas que as ações da assistência farmacêutica são balizadas. Compreendê-las torna-se ainda mais importante quando se trata de um contexto de solicitações judiciais por medicamentos, pois, via de regra, é a partir da lista oficial em questão que os usuários entram ou não na justiça.

---

<sup>10</sup> Disponível na íntegra em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf) >

<sup>11</sup> - Lei N.º 8.080/1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Estudos apontam que as demandas judiciais, de maneira geral, dizem respeito a medicamentos não disponibilizados nas listas oficiais de medicamentos do SUS (CHIEFFI; BARATA, 2009; PEPE et al, 2010a). No Espírito Santo, a maioria dessas ações contra o estado também corresponde a medicamentos não padronizados pelo SUS em nível estadual, ou seja, não contemplados na lista da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Medicamentos Excepcionais – REMEME – (TAVARES et al, 2010) e, portanto, não dispensados pelo SUS. É também a partir de tais listas que os gestores da assistência farmacêutica têm concentrado suas ações, seja visando a sua atualização ou mesmo à sua divulgação.

Os medicamentos essenciais são definidos pela OMS (1977) como aqueles de “máxima importância, que são básicos, indispensáveis e imprescindíveis para atender às necessidades de saúde da população e que devem ser acessíveis em todo o momento, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade” (apud RENAME, 2000). Dessa forma, cabe aos países identificarem suas prioridades para adoção de uma lista própria de medicamentos essenciais no âmbito nacional. No Brasil, temos, portanto, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que prevê a distribuição de medicamentos básicos a pacientes atendidos pelo SUS. Essa lista encontra-se na sua sétima edição - RENAME 2010 -. <sup>12</sup>

É com base na RENAME que estados e municípios irão avaliar e atualizar suas listas, mas observando suas necessidades locais.

No caso da lista dos essenciais, existem peculiaridades epidemiológicas nos diversos estados brasileiros e, portanto, a necessidade de elaboração de listas estaduais e municipais, norteadas pela RENAME, mas adaptadas a essas especificidades locais (ESPÍRITO SANTO, 2007b).

O Brasil também adotou o conceito de medicamentos excepcionais, que são aqueles destinados ao tratamento das doenças e agravos mais raros e/ou com elevado custo por tratamento. Para essa área, existe o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, por meio do qual o Ministério da Saúde define um elenco padronizado de medicamentos e seus respectivos Protocolos Clínicos (ESPÍRITO SANTO, 2007b).

---

<sup>12</sup> < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rename2010final.pdf> >

É importante saber que os medicamentos excepcionais, definidos pela portaria MS/GM 2.577/2006<sup>13</sup>, são aqueles empregados para o tratamento de:

- 1) doenças raras ou de baixa prevalência com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado; e
- 2) doenças prevalentes, com uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado desde que:
  - 2.1) haja tratamento previsto para o agravo no nível da atenção básica, ao qual o paciente apresentou necessariamente intolerância, refratariedade ou evolução para quadro clínico de maior gravidade, ou
  - 2.2) o diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estejam inseridos na atenção especializada.

Em 2007, com o objetivo de aumentar o número de medicamentos disponíveis na rede pública de saúde do estado do Espírito Santo e diminuir os vazios assistenciais na área farmacêutica, foi elaborada a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais (REMEME) (ESPÍRITO SANTO, 2007a). Por meio de entrevistas realizadas com profissionais que trabalham na GEAF, tomamos conhecimento de que a elaboração da REMEME também foi impulsionada pelo aumento de ações judiciais solicitando medicamentos ao Estado. Ainda em sua atualização, como a realizada em 2009, as demandas judiciais interferiram na definição dos medicamentos a serem incluídos ou excluídos da REMEME. Neste caso, vê-se como o processo de judicialização no ES também interferiu e interfere na formulação e reformulação das políticas de assistência farmacêutica e de seus protocolos.

A respeito de medicamentos básicos ou essenciais, quem prevê a distribuição são os municípios, que passam a definir o seu elenco de medicamentos através da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), de acordo com suas particularidades e necessidades epidemiológicas. No entanto, norteiam-se pela RENAME vigente, que atualmente é a de 2010, e no caso dos municípios do Espírito Santo, baseiam-se também na REMEME, observando ainda o elenco de medicamentos e os protocolos trazidos pela portaria dos componentes básicos da Assistência Farmacêutica elaborada pelo Ministério da Saúde.<sup>14</sup> Esses medicamentos básicos, de responsabilidade municipal, são distribuídos para a população nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde dos municípios.

---

<sup>13</sup> DA CONSTITUIÇÃO DO COMPONENTE DE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2577.htm>

<sup>14</sup> A mais recente é a portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4217\\_28\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4217_28_12_2010.html)



Em relação à quantidade de medicamentos padronizados e às tentativas de organizar uma Política Estadual de Assistência Farmacêutica, o Espírito Santo, representado pela Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF), tem obtido avanços. A REMEME, desde sua elaboração em 2007, ampliou significativamente a lista de medicamentos disponibilizados à população capixaba, aumentando o acesso de medicamentos à população. O número de medicamentos essenciais cresceu de 72 para 209 itens de dispensação desde a sua publicação em 2007. Já os medicamentos excepcionais foram ampliados de 133 para 179 itens (TAVARES et al, 2010).

Tal Política Estadual de Assistência Farmacêutica é efeito também de uma ampliação anterior da Política Nacional de Saúde. Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde junto ao Conselho Federal de Farmácia aprovou através da resolução 338/2004 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). A PNAF deixa claro em suas atribuições e diretrizes o caráter ampliado que se espera de uma gestão de assistência farmacêutica. Entre os princípios da PNAF, tem-se que:

A Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde (Art.1º, II)<sup>15</sup>.

Em sua formulação, a PNM, além de destacar a importância do acesso ao medicamento como parte do direito à saúde, problematiza o processo indutor do uso irracional e desnecessário de medicamentos que vem causando no Brasil o aumento da demanda por medicamentos. Nesse sentido, uma das propostas da PNM foi dar especial atenção à promoção do uso racional de medicamentos “mediante a reorientação destas práticas e o desenvolvimento de um processo educativo, tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário” (BRASIL, 2001, p.11).

Dessa forma, o Uso Racional de Medicamentos (URM) é uma premissa da assistência farmacêutica desde a formulação da PNM. Nela se prevê a importância de enfatizar “o processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados” (BRASIL, 2001, p.16).

---

<sup>15</sup> Disponível em: [http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucao\\_sanitaria/338.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucao_sanitaria/338.pdf)

O URM pode ser entendido como:

Um conjunto de práticas que inclui a escolha medicamentosa adequada na indicação apropriada; inexistência de contraindicação e mínima probabilidade de eventos adversos; dispensação correta, com informação sobre os medicamentos prescritos; adesão ao tratamento pelo paciente; seguimento dos efeitos desejados e de eventos adversos (PEPE, 2010b, p.2409).

Destaca-se que a importância de tal direção é ainda mais necessária na atualidade, em que o consumo de medicamentos tem crescido enormemente como efeito dos processos de medicalização da vida. Tais processos relacionam-se à expansão e, muitas vezes, à banalização do uso de medicamentos como terapêutica privilegiada para questões tornadas médicas ou para o melhoramento do funcionamento considerado normal ou bom. Alguns autores (COELHO, FONSECA, 2004; BARROS, 2002) usam o termo “cultura da pílula” para descrever a importância social, simbólica e econômica que o medicamento passou a assumir nos modos de vida contemporâneos.

Nos processos de medicalização, destacamos a ênfase nas causas orgânicas ou biológicas do adoecimento, sustentando um modelo biomédico organicista que tem o medicamento como instrumento principal em sua prática. Nesse sentido, vários autores (COLLARES, MOYSÉS, 1994; MARTINS, 2008; CALIMAN, 2006) indicam que a biologização reducionista retira as questões socioculturais como integrantes no processo de produção de saúde/doença. Entendendo que as causas do sofrimento humano são de ordem estritamente orgânica, a proposta única passa a ser o consumo dessas tecnologias, principalmente o medicamento que, segundo Nascimento (2002), ganha um lugar além da terapêutica.

Os medicamentos, produzidos em escala industrial de acordo com especificações técnicas e legais, alcançaram papel central na terapêutica e, simbolicamente, ultrapassaram as fronteiras do que se pode entender como mero recurso terapêutico (p.4).

Atravessada por esse contexto, a Assistência Farmacêutica ganha ainda mais centralidade nas práticas de saúde e também é nesse cenário atual que a URM tem se delineado como um desafio a ser pensado e incorporado nos modos de lidar com o medicamento em nível mundial. Embora não seja um problema restrito ao Brasil, os dados em relação ao uso irracional de medicamentos no país têm intensificado as discussões e propostas de intervenção a respeito do URM. É considerado alarmante o fato de, no Brasil, aproximadamente um terço das internações ter como causa o uso incorreto de medicamentos, sendo que em média, 16% das mortes por intoxicações são causadas por medicamento (AQUINO, 2008, p.735).

Entende-se, portanto, que embora os medicamentos sejam “importantes instrumentos de saúde, quando utilizados de forma indevida, podem ser potenciais fontes de agravos e danos à saúde” (BRASIL, 2011, p.32).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o URM envolve também, além do uso do medicamento apropriado à necessidade clínica, na dose e posologia corretas, uma escolha baseada na eficácia e segurança e sua utilização em um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade.

Segundo o Ministério da Saúde, atualmente identificam-se vários obstáculos para a ampliação do URM no Brasil, como exemplo, temos:

Número excessivo de produtos farmacêuticos no mercado; prática da automedicação; falta de informações aos usuários; problemas nas prescrições (sobreprescrição, prescrição incorreta, prescrição múltipla, subprescrição etc.); disponibilidade ainda insuficiente de diretrizes clínicas tanto no setor privado como público; divulgação de informações inapropriadas sobre os medicamentos; propaganda e *marketing* de medicamentos, entre outros (BRASIL, 2011, p.32).

Entende-se, portanto, que o alcance do URM envolve ações complexas e múltiplas. Dentre elas, acredita-se que é preciso estar atento ao modo como o medicamento deve chegar até o usuário, devendo responder “sempre aos critérios de qualidade exigidos, dispensando em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade” (AQUINO, 2008, p.734).

Algumas discussões têm ressaltado que determinadas práticas, ainda que presentes nas diretrizes políticas de assistência farmacêutica e das recomendações das organizações de saúde, vêm encontrando grandes desafios para serem efetivadas como práticas de saúde (ANGONESI; SEVALHO, 2010; OLIVEIRA et al, 2010; ). Dentre esses elementos a serem desenvolvidos, fundamentados nas Boas Práticas<sup>16</sup> da Assistência Farmacêutica, têm-se a dispensação e a atenção farmacêutica. De maneira geral, tanto a dispensação quanto a atenção farmacêutica indicam, através de suas propostas e direções, a necessidade de se problematizar o modo como tem se dado a prática farmacêutica no Brasil.

---

<sup>16</sup> A ideia de Boas Práticas na assistência farmacêutica se concretizou na Resolução n. 357/2001, emitido pelo Conselho Federal de Farmácia. Ela define “as condições, procedimentos e requisitos mínimos exigidos para atividades específicas da área de medicamentos, tais como: armazenamento, distribuição, transporte, dispensação, entre outros. Cada atividade obedece a uma legislação específica” (BRASIL, 2011, p.20). A Resolução 357/2001 está disponível em: <http://www.studex.com.br/rdc357-2001.pdf>

No contexto da assistência farmacêutica, argumenta-se que para que o medicamento chegue às mãos do usuário deve haver um processo de dispensação, que se configura para além do fornecimento prescrito do medicamento. Para a PNM, é importante que “a dispensação seja precedida de uma boa acolhida do paciente, pois o mesmo, ao dirigir-se à farmácia, espera encontrar um profissional com conhecimentos técnicos que possa prestar informações adequadas sobre os medicamentos” (BRASIL, 2011, p.31). Nesse sentido, resgata-se o papel do farmacêutico como um integrante fundamental da equipe de saúde, na medida em que é um instrumento de apoio para o acompanhamento do tratamento mediante esclarecimentos sobre a farmacoterapia. Além disso, a ideia é que, nesse processo, o profissional estabeleça “uma relação de confiança com o usuário, devendo ouvi-lo, respeitá-lo e compreendê-lo” (Ibidem, p.31).

Alguns desafios presentes no exercício da assistência têm dificultado a construção de uma prática mais próxima ao usuário e mais comprometida (ANGONESI, 2008; ANGONESI; SEVALHO, 2010; REIS, 2003). Para além das dificuldades infraestruturais dos serviços ou mesmo o excesso de demanda, aponta-se que um dos grandes empecilhos para a efetivação da assistência farmacêutica é o modo como o farmacêutico tem sido visto hoje. Tanto na esfera pública quanto privada, em seu trabalho cotidiano, o profissional da farmácia tem se aproximado cada vez mais do modelo do “dispensador comercial de medicamentos”. Neste movimento, ele é visto cada vez menos como um agente ativo no processo de produção de saúde, implicado na construção do cuidado daqueles que fazem uso de medicamentos.

Vemos, com isso, que a construção da Assistência Farmacêutica compreendida de forma ampliada aparece como um desafio nas práticas cotidianas. A fala de uma profissional<sup>17</sup> da GEAF, pontua a importância de se ter uma Atenção Farmacêutica, no entanto, segundo ela, há a dificuldade de realizar até mesmo uma dispensa informada. Os motivos alegados são muitos: demanda muito grande, necessidade de otimizar o atendimento e diminuir o tempo de espera; falta de profissionais, instabilidade dos profissionais que trabalham por contrato, fragilidades das políticas de governo, etc. Para alguns profissionais da área, o projeto de construção de uma Atenção Farmacêutica configura-se como um “sonho”, como disse a profissional. Assim, ao circular nos espaços de gestão da Assistência Farmacêutica do ES, percebeu-se que a importância do exercício de uma Atenção Farmacêutica não pode ser

---

<sup>17</sup> Essa fala, como algumas outras informações que obtivemos, não ocorreu por meio de entrevista, mas por conversas informais na medida em que circulávamos pelos espaços da Assistência Farmacêutica.

perda de vista, ao contrário, deve ser uma aposta cotidiana da assistência, nos diversos equipamentos e profissionais.

Sob esse viés, muito se tem discutido sobre a relevância de resgatar os princípios e diretrizes políticas da Assistência Farmacêutica nas práticas de saúde, ampliando as expectativas dos papéis dos profissionais com ela envolvidos. Ressalta-se que, embora os desafios sejam muitos, não podem servir de justificativas para que as posturas dos profissionais farmacêuticos não sejam problematizadas a fim de se avançar na construção de uma prática de cuidado e atenção à saúde (ANGONESI, 2008).

Para aproximar essa perspectiva ao cotidiano do profissional farmacêutico, tem-se frisado que a dispensação desejada pela PNM, e até mesmo pela OMS, passa por promover condições para o uso adequado do medicamento e isso possui um sentido muito maior do que fornecer algumas informações no momento de sua entrega. Entende-se que para aliar o uso do medicamento à promoção de saúde é preciso incluir aspectos conceituais e filosóficos da ideia de Atenção Farmacêutica (ANGONESI, 2008).

No Brasil, a ideia de Assistência e a de Atenção farmacêutica se diferenciam. A Assistência Farmacêutica diz respeito a uma ampliação das ações e dos agentes de saúde, se inserindo num contexto multiprofissional de assistência à saúde. Engloba as diversas atividades relacionadas ao abastecimento e uso dos medicamentos, como também as práticas que se destinam a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Dessa forma, volta-se para a promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva (ANGONESI, SEVALHO, 2010; OPAS, 2002). Portanto, a concretização da Assistência Farmacêutica, ao visar o aumento da qualidade de saúde do usuário em seus diferentes aspectos, “envolve o estabelecimento de interfaces com outras políticas setoriais e com a participação dos diferentes atores envolvidos” (OPAS, 2002, p. 16).

Já a Atenção Farmacêutica é um modelo de prática dentro da Assistência Farmacêutica e se refere a ações específicas do farmacêutico em contato direto com o usuário, buscando desenvolver uma farmacoterapia racional voltada para a melhoria da qualidade de vida. Importante destacar que ela “também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (OPAS, 2002, p.17). Assim, a atenção farmacêutica propõe um acordo entre o usuário e o farmacêutico, afirmando um compromisso e corresponsabilidade. Tal vínculo sustenta a

relação terapêutica, “identificando as funções comuns e as responsabilidades de cada parte e a importância da participação ativa” (REIS, 2003, p.9).

A relação terapêutica na Atenção Farmacêutica pode ser entendida como uma aliança entre usuário e profissional e também como um “ato de cuidado na integralidade biopsicossocial do indivíduo e não apenas na visão reducionista de um estado patológico” (CIPOLLE et al., 2000 apud REIS, 2003, p.9). Essa ideia desloca a função da prática do profissional da farmácia que não se reduz à dispensação do medicamento em questão ou à sua entrega, mas afirma um olhar ampliado ao usuário, para além do momento no balcão, se comprometendo com a saúde e a vida do usuário. Nesse aspecto,

A Atenção Farmacêutica é uma nova perspectiva de conduta do farmacêutico perante o usuário do medicamento; nela, o profissional teria que estabelecer uma relação estreita e acolhedora com o usuário, comprometendo-se com o sucesso de sua farmacoterapia. Desta maneira, o farmacêutico deixará de se ocupar estritamente com atividades de caráter burocrático relacionadas com a aquisição de medicamentos para se ocupar também do usuário (OLIVEIRA et al, 2010, p. 3566).

Todas essas propostas que remetem ao desenvolvimento das atividades dos farmacêuticos como práticas de saúde englobam, de alguma forma, ações concordantes com os princípios do SUS e vão ao encontro dos desafios encontrados nas práticas de saúde brasileira. De forma geral, as áreas de saúde do SUS têm levantado discussões envolvendo os diversos atores da saúde pública a fim de ampliar os modos de cuidado na saúde, incluindo cada vez mais os usuários, profissionais da saúde e os gestores como atores fundamentais na construção cotidiana das práticas de saúde. Dentro desse contexto, a Política Nacional de Humanização (PNH) vem se configurando como um instrumento potente de transformação e produção, que luta pela construção de um SUS efetivamente público e humanizado.

É nesta direção que a PNH tem buscado produzir mudanças no modelo de atenção e gestão da saúde pública. Através da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, busca-se afirmar uma política norteada pela “autonomia e protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2010c, p.8).

O grande desafio da PNH tem sido ir além de seu caráter documental prescritivo de modo que se concretize e atravesse efetivamente as práticas cotidianas de profissionais e usuários na

saúde pública. Por não se ter e nem se querer uma receita de atenção humanizada, ela só pode existir na experiência concreta do trabalhador e usuário a partir do contágio de ações humanizadoras em toda rede do SUS. Nesse sentido, “construir o HumanizaSUS<sup>18</sup> como uma política pública é encarnar um modo de fazer, uma atitude de corresponsabilidade, de protagonismo e de autonomia na realidade concreta dos trabalhadores e usuários de saúde” (PASCHE; PASSOS, 2008, p.98).

Entre os vários princípios norteadores da PNH (BRASIL, 2004), destacamos a produção de protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, e a inclusão dos diferentes sujeitos nos espaços de produção de saúde. Entendemos que a PNH visa a uma mudança de atitude “dos usuários, dos gestores e trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como corresponsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados” (BRASIL, 2005b, p.122). Assim, as propostas da PNH e suas afirmações éticas e políticas expressam o desafio e a potência de um SUS comprometido com a humanização. Tais princípios nos convocam a pensar as práticas de saúde atuais, e para nós em especial a assistência farmacêutica e os desafios que se delineiam na construção de uma atenção farmacêutica mais humanizada.

A postura de análise que tivemos diante da problemática da Judicialização de medicamentos revela uma harmonia com a postura humanizada que se busca afirmar nas políticas públicas de saúde. Ao destacarmos a inclusão das diversas narrativas, especialmente a dos usuários como fundamentais na construção de estratégias para lidar com o fenômeno da Judicialização na Assistência Farmacêutica, indicamos nossos laços de sintonia e afirmamos a PNH, que em seus princípios éticos e políticos tem buscado fortalecer o SUS como uma política efetivamente pública de saúde.

A fim de melhor apreendermos as políticas públicas de saúde atuais, vamos fazer uma diferenciação conceitual entre políticas de Estado e políticas de governo, para depois explanarmos sobre a política pública que buscamos, atravessada e constituída pelo plano do comum e pela participação coletiva, desafio do qual, prioritariamente, compartilhamos.

---

<sup>18</sup> Sigla para Política Nacional de Humanização do SUS.

## 2.1 POLÍTICAS DE ESTADO X POLÍTICAS DE GOVERNO: CONSTRUINDO UMA POLÍTICA DO COMUM

Para adentrarmos a discussão sobre as formas de política, abordaremos alguns autores e profissionais que debatem acerca de políticas públicas, em suas diversas áreas de atuação, a fim de ampliarmos conceitualmente tais distinções.

Fernando Aith, em seu texto *Políticas públicas de Estado e de governo: instrumentos de consolidação do Estado Democrático de Direito e de promoção e proteção dos direitos humanos*, elabora distinções entre políticas de Estado e política de governo enfatizando aspectos que nos ajudam a pensar a respeito de políticas públicas.

O autor afirma que a liberdade se expressa no Estado de Direito, através da vontade dos indivíduos, que tem como núcleo central a autonomia e expõe que qualquer política deve, necessariamente, “ter como finalidade o interesse público e a promoção e proteção dos direitos humanos” (2006, p. 232).

Sob o olhar de Luiz Carlos Garrocho, expressado em seu artigo *Política Pública de Cultura como Política de Estado*<sup>19</sup> (2011), uma política de Estado propõe-se em ações de cunho mais estruturante. Nela, os governantes que se alternam no poder devem garantir que a política seja efetivada, sendo obrigados a seguir e cumprir com determinadas linhas, programas e projetos. Ainda mais, na Política de Estado “os governos têm de estabelecer conexões mais democráticas, além da mistura de instâncias técnicas e participativas, com pontos de vista mais amplos”.

De Giovanni (2010)<sup>20</sup> confirma que as políticas de Estado, em geral, são aquelas que ultrapassam os períodos de governo. Se elas são fortemente institucionalizadas, ainda que se troque o governo, elas permanecem. Um exemplo de política de Estado é o próprio SUS que, instituído na Carta Magna de 1988, alcança uma solidez como direito, assegurando uma estabilidade política e um comprometimento dos diversos atores envolvidos. Fruto de lutas

---

<sup>19</sup> Artigo disponível em seu Blog: <http://olhodecorvo.redezero.org/politica-publica-de-cultura-como-politica-de-estado/#more-2366>

<sup>20</sup> Entrevista na íntegra cedida para a matéria principal do jornal do CRP – RJ com o tema “Psicologia e Políticas Públicas”. Geraldo Di Giovanni, professor doutor do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/publicacoes/jornal/jornal27-geraldodigiovanni.pdf>>



sociais no campo da saúde, tal conquista começa a ganhar forma na medida em que se integra à máquina estatal.

Sobre as políticas de governo, “elas podem vir a ser delegadas, terceirizadas ou até mesmo sofrer quebra de continuidade” (AITH, 2006, p.237). A política de Governo é articulada em função de conjunturas, possuindo uma institucionalização mais fraca, com menor durabilidade. Como cita Dias (2008), uma política de governo é pensada “dentro de um projeto específico de forças políticas que assumem o aparelho de Estado (...). Dessa forma, elas dependem do arranjo de forças e das escolhas políticas que determinam algumas ações” (p.67). É nesse sentido que não possuem garantia legal de continuidade.

O mesmo autor exemplifica como política de governo os programas compensatórios de renda como o Bolsa Família, que se tornou uma marca importante no Governo Lula. Outro exemplo é a atual política de extermínio na segurança pública no Rio de Janeiro que é “uma ação de governo que vem sendo levada a cabo por diferentes grupos políticos desde a década de 1990” (Ibidem, p. 68).

Embora não tenhamos a garantia legal de continuidade de políticas como essas, desenvolvidas por governos específicos, observa-se que muitas vezes a dimensão tomada por um programa de governo, como, por exemplo, o Bolsa Família, envolve a esfera civil e os modos de práticas políticas de tal maneira que passa a ser difícil que um próximo governo não assuma tais projetos como integrantes de sua política. Segundo De Giovanni (2010), existe hoje uma concepção social de que esse tipo de assistência aos pobres é um requisito da sociedade moderna, sendo difícil um governante impedir sua continuidade. Dessa forma, a despeito de não estarem formalizados e garantidos na constituição, tais programas podem se institucionalizar com muita força nas esferas sociais, políticas e econômicas de forma a prorrogar sua existência.

Nesse sentido, se vislumbramos um compromisso de continuidade de projetos políticos, Silvia Giugliani<sup>21</sup> nos chama a atenção para a importância da participação social para que programas e apostas políticas possam ir além do período de uma gestão de governo. Segundo ela:

---

<sup>21</sup> Entrevista na íntegra cedida para a matéria principal do jornal do CRP – RJ com o tema “Psicologia e Políticas Públicas”. Silvia Giugliani é assessora técnica do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop) do CRP-RS. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/publicacoes/jornal/jornal27-entrevistas.html>

O compromisso das políticas públicas é com a sociedade. As políticas que são efetivas precisam estar asseguradas independentemente da gestão, e aí diálogo diretamente com o fortalecimento dos espaços de controle social, porque precisamos fiscalizar, incorporar a sociedade civil nos processos de gestão das políticas públicas. Elas são realizadas para além das gestões, tem que ter continuidade, fato que não se assegura se permitirmos que ela aconteça à margem, isolada, dialogando com um único campo de interesse.

Ainda que tenhamos observado um aumento da participação da sociedade civil como importante parceira na implementação de políticas públicas, no contexto atual de democracia, para que uma política oriunda de movimentos sociais e coletivos ganhe força em sua execução, ainda se faz necessária a intervenção estatal. Assim, assume-se uma interação complexa entre Estado e sociedade.

Tal complexidade aparece quando queremos que as lutas sociais e os movimentos conquistados coletivamente sejam assumidos e garantidos também dentro do funcionamento do Estado, na medida em que se mostra indispensável como meio de legitimação, mas, ao mesmo tempo, queremos nos desvencilhar de tal indispensabilidade. Como expressam Pasche et al (2009), “Eis o dilema: queremos o público porque queremos fortalecer o plano do coletivo, o plano comum, mas não queremos que o Estado e os governos se tornem única expressão do coletivo, o que significaria a privatização das políticas” (p. 491).

Percebe-se que quando uma política pública se integra à máquina estatal, há o risco de uma captura política que pode se desdobrar num aspecto rígido, inflexível, distanciada da autonomia e do exercício de cidadania. Temos como desafio pensar em que medida a Política Estadual de Assistência Farmacêutica, assumida pelos gestores como uma política estatal, se direciona para um caráter público. Como podemos criar e afirmar a dimensão pública de uma política de Estado?

Por vezes, a imposição das regras, da rigidez e das hierarquizações produz um afastamento entre o modo de operar a política e a sociedade, na medida em que esta, em alguns momentos, não se sente nem mesmo alvo das políticas, muito menos interventora dela.

Não devemos entender a política pública como algo simplesmente destinado à população, pelo contrário, defendemos uma ideia de política pública que tem por princípio garantir a participação social em sua elaboração, planejamento, execução e monitoramento. É mediante as necessidades da sociedade e de lutas coletivas que elas devem ser estruturadas e balizadas.

Ao trazer tal aposta e direção de política pública, visamos perturbar o cenário brasileiro de políticas públicas de saúde, indicando a importância da participação e intervenção coletiva como exercício da cidadania e autonomia. Buscamos chamar a atenção dos vários atores envolvidos nas práticas de saúde, entendendo que não basta ouvir a sociedade e promover meios de participação, é preciso haver engajamento por parte da mesma também. É preciso um rearranjo de forças e composições para que a coletividade ganhe espaço nos modos de exercer as políticas de saúde. Com isso, recusamos que uma forma consumidora das políticas públicas ganhe força. Quando a participação social não é privilegiada, fortalece-se o afastamento dos usuários no processo de produção e execução das políticas públicas, o que pode indicar uma relação de cliente numa dupla acepção do termo, como nos sugere Escorel (1993):

Por um lado, podem eventualmente ser considerados enquanto clientes-consumidores de certos serviços públicos sem ter qualquer interferência sobre o conteúdo e a forma de prestação desses serviços, exigindo que adaptem suas necessidades ao formato de prestação desses serviços. Por outro lado, são clientes-políticos, objetos de manipulação, a quem se lhes pede que troquem seus votos por favores (benefícios) e seus direitos por lealdade (p. 47,48).

Nesse contexto, quando se produz esse tipo de relação entre usuários e a maneira como são exercidas as políticas públicas, uma postura não implicada ganha relevo e pode ficar, de forma geral, no campo de uma exigência queixosa ou de uma fala em que o SUS fica fadado eternamente a um funcionamento deteriorado. Por outro lado, percebemos que no campo de políticas públicas a relação que se estabelece com o direito também passa por um sentimento de gratidão. Nesse sentido, a ideia de se estar recebendo um favor comparece no modo de lidar com o direito fortalecendo uma visão assistencialista. Temos assim, no nível das práticas sociais, produções cada vez menos envolvidas com o exercício e a efetivação de políticas públicas.

Sabemos do desafio que é afirmar uma posição de engajamento com a ideia de público. Essa postura interfere nas formas fundamentais de se entender política e público, alterando maneiras de se posicionar frente às diretrizes e normas das políticas ao mesmo tempo em que sinaliza a importância da participação e interferência cidadã. Do contrário, a relação de coletividade fica abafada, estancando movimentos em prol do público.

É na esfera pública, através da capacidade da ação e da fala, através da política, no modo de vida do cidadão, no *bios politikos* que o homem realiza plenamente sua condição. É na construção em comum do mundo comum (Ibidem, p. 49).

Afirmar uma política e uma ideia de público que acione engajamentos coletivos e se abra às singularidades exige um despojo de uma noção tradicional de gestão pública relacionada com o gerenciamento da população, em que a noção de público acaba se identificando como um grupo de pessoas, uma homogeneidade.

Não raro vemos como essa versão de público massificado ganha predominância nas práticas de saúde do SUS. Muitas vezes, práticas focadas em gerir um maior número de pessoas produzem um ser humano unânime, generalizado, em que todos possuem as mesmas necessidades e que precisam ser acolhidas da mesma forma.

Certamente não negamos a importância de políticas pressupostas por regularidades, inclusive listas gerais de acesso, de medicamentos, protocolos, etc. são práticas que compõem a gestão pública. No entanto, percebemos que quando somos norteados por tais listas gerais em nosso trabalho, sem abrir brechas para flexibilizações, deixamos questões de fora. Como lidar e contemplar as questões singulares que não têm sido acolhidas? Entendemos que a partir das múltiplas narrativas é possível acompanhar o processo de produção das demandas, o que permite lidar com elas de forma singular e não homogênea.

Se frisamos a importância de considerar as diversas narrativas para que a Política de Assistência Farmacêutica possa ser realizada de maneira mais pública, deve-se ao modo como entendemos política pública e como a queremos. O público é uma rede que só existe em relação multivetorializada. Uma política pública assim pensada exige interferências, transversalidades, cogestão e nos convoca a invenção de novas modalidades de apropriação da esfera pública e do próprio SUS.

Para se construir e fortalecer essa política pública é preciso incluir sujeitos e singularidades, afirmar a coletividade, abrir espaço para o plano comum. Nesse sentido, caminhar pela discussão da constituição do comum pode ser uma estratégia e uma ferramenta importante de engajamento na afirmação desse público que defendemos.

Queremos trazer aqui a ideia de Negri e Hardt e de outros autores para fortalecer nossa argumentação de que é preciso pensar política pública para além do Estado, em intercessão com a discussão do comum, na medida em que a *propriedade comum não passa simplesmente*

*pelo Estado, passa pelo exercício que as singularidades fazem desse espaço comum, pela maneira de exercer esse espaço comum (NEGRI, 2005<sup>22</sup>).*

O comum não se refere a noções tradicionais da comunidade ou do público; baseia-se na *comunicação* entre singularidades e se manifesta através dos processos sociais colaborativos da produção. Enquanto o individual se dissolve na unidade da comunidade, as singularidades não se veem tolhidas, expressando-se livremente no comum (HARDT; NEGRI, 2005, p.266).

### 2.1.1 OS PRINCÍPIOS ÉTICOS DA MULTIDÃO

*E isso é exatamente como concebemos a multidão: singularidade somada à cooperação, reconhecimento da diferença e do benefício de uma relação comum. É nesse sentido que dizemos que o projeto da multidão é um projeto do amor (BROWN; SZEMAN, 2006, p.108 ).*

A ideia de Multidão, tal como elaborada por Negri e Hardt (2005; 2006), envolve uma gestão coletiva que contemple a afirmação da heterogeneidade e a configuração de um compromisso comum na medida em que expressa um encontro das diferenças. Nessa perspectiva, “a multidão é uma multiplicidade composta por diferenças singulares que encontram na gestão do comum um novo modo de governo” (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 160).

Na medida em que a multidão não é uma identidade (como o povo) nem é uniforme como as massas, suas diferenças internas devem descobrir o comum (the common) que lhe permite comunicar-se e agir em conjunto (HARDT; NEGRI, 2005, p. 14).

Esse conceito nos ajuda na formulação de que o exercício de uma política pública, com as diretrizes que credenciamos como potencializadoras da vida comum, só é possível mediante a inserção das singularidades na sua construção e em seu exercício. A potência da multidão se encontra justamente em sua característica heterogênea. Com isso Hardt e Negri (2005) apresentam um desafio conceitual de multidão onde “a multiplicidade social seja capaz de se comunicar e agir em comum, ao mesmo tempo em que se mantém internamente diferente” (p.13). São essas diferenças internas que devem descobrir o comum que “lhe permite comunicar-se e agir em conjunto” (p.14).

---

<sup>22</sup> Antonio Negri. Conferência Inaugural do II Seminário Internacional Capitalismo Cognitivo – Economia do conhecimento e a Constituição do Comum. 24 e 25 de outubro de 2005, Rio de Janeiro. Organizado pela Rede Universidade Nômade e pela Rede de Informações para o Terceiro Setor (RITS).

O conceito nos permite compreender que comum não tem a ver com massa, pois não há a redução das questões a uma unidade ou homogeneidade, mas sim um engajamento na produção e invenção das diferenças, estas sempre provisórias e abertas. A massa tem como essência a indiferença: “todas as diferenças são submersas e afogadas nas massas” (Ibidem, p.13). Como aponta Pelbart (2003) “homogênea, compacta, contínua, unidirecional, a massa é todo o contrário da multidão, heterogênea, dispersa, complexa, multidirecional.” (p.26). A multidão seria essa forma flexível e temporária movimentada pelas singularidades e pelo compromisso comum.

A multidão está engajada na produção de diferenças, invenções e modos de vida. Deve, assim, ocasionar uma explosão de singularidades. Essas singularidades são conectadas e coordenadas de acordo com um processo constitutivo sempre reiterado e aberto. (...) A multidão é a forma ininterrupta de relação aberta que as singularidades põem em movimento (BROWN; SZEMAN, 2006, p.100).

Negri, participando de uma conferência realizada no Brasil, em 2005, afirma que falar de multidão é falar de um conjunto de *singularidades cooperantes*. Ao dizer isso, confirma que a multidão, ao contemplar as diferenças, não está se reduzindo à individualidade, mas afirmando singularidades. Ele declara que a individualidade traz uma relação do eu com uma realidade transcendente, absoluta que constitui identidades irreduzíveis. Diferente da multidão.

A multidão não é assim, pois vivemos com os outros, a multidão é o reconhecimento do outro. A singularidade é o homem que vive na relação com o outro, que se define na relação com o outro. Sem o outro ele não existe em si mesmo. É a partir da singularidade que explica o comum (NEGRI, 2005)<sup>23</sup>.

Podemos entender que “a potência da multidão reside em seu poder constituinte, que por sua vez é um exercício de resistência na invenção de formas democráticas de participação política” (ROCHA, 2007, p. 89). Circulando, a multidão se reapropria de espaços e constitui-se como sujeito ativo (HARDT; NEGRI, 2006, p. 421). Quando a multidão trabalha, ela produz autonomamente e reproduz todo o mundo da vida. Produzir e reproduzir autonomamente significa construir uma nova realidade ontológica (HARDT; NEGRI, 2006, p.419).

A constituição do comum nos aponta para a fundamentalidade de se considerarem as múltiplas vozes no processo de construção de uma política pública e de sua execução. Mas como pensar isso no contexto da pesquisa? Como incluir modos de cogestão e coparticipação

---

<sup>23</sup> Conferência Inaugural do II Seminário Internacional Capitalismo Cognitivo – Economia do conhecimento e a Constituição do Comum. 24 e 25 de outubro de 2005, Rio de Janeiro.

no exercício da Política de Assistência Farmacêutica e como a judicialização se relaciona com esse processo?

É fundamentado pela noção de política pública acima exposta que neste trabalho analisamos a Judicialização na Assistência Farmacêutica. Dessa forma, ao analisar a judicialização visamos produzir interferências na forma de se conceber e lidar com o fenômeno da judicialização e nos modos de exercer a atenção na saúde pública, especialmente na assistência farmacêutica.

Dessa forma, nos inserimos nas políticas existentes em torno de medicamentos e seus desafios. A intenção deste capítulo foi trazer tais políticas, suas propostas e organizações, na medida em que elas têm aparecido como base para a discussão da judicialização em nível nacional. Mas, para além disso, ao abordar esses aspectos, indicamos que a nossa preocupação e sintonia voltam-se para a afirmação do protagonismo e da humanização de maneira que as apostas presentes em tais posturas compareçam e interfiram na construção de uma Política Pública de Assistência Farmacêutica do ES.

No capítulo seguinte, abordaremos as trajetórias que nos deram base não apenas para dizer sobre a Judicialização na Assistência Farmacêutica, mas também observar a maneira como ela está colocada na interface entre os espaços da GEAF, do judiciário, os médicos e usuários. Como veremos, todas as nossas análises e pronunciamentos a respeito da Judicialização no ES se inscrevem mediados por um habitar dos espaços envolvidos na discussão como, por exemplo, a GEAF, o Fórum Intersetorial Permanente da Assistência Farmacêutica do Espírito Santo (FIPAFES), as conversas e entrevistas com gestores e coordenadores da GEAF, etc. São esses percursos que serão apresentados a seguir, bem como as apostas metodológicas que nos guiaram nesta pesquisa.

### 3 O HABITAR DO/NO CAMPO: PERCURSOS E METODOLOGIAS

Na verdade, trata-se da possibilidade de habitar os pontos de vista em sua emergência, sem identificação e sem apego a qualquer um deles. Ser atravessado pelas múltiplas vozes que perpassam um processo, sem adotar nenhuma como sendo a própria ou definitiva conjurando o que em cada uma delas há de separatividade, historicidade e fechamento tanto coletivo quanto ao seu processo de constituição (PASSOS; EIRADO, 2009, p. 116).

Como habitar o campo da pesquisa sem aderir a um ponto de vista específico? Como fugir da simplificação da análise do processo de Judicialização na Assistência Farmacêutica? Ao adentrar o campo pesquisado, impunha-se desenvolver ou aprender uma forma de pesquisar que possibilitasse dar visibilidade para o caráter coletivo e plural do processo de produção da demanda judicial. Com esse desafio no corpo, sofremos junto ao campo várias torções e variações nas maneiras de observar e direcionar nossas análises.

Num primeiro momento, um dos objetivos principais da pesquisa era examinar os processos judiciais referentes a pedidos de medicamento ao SUS. Dessa forma, analisamos cerca de 40 decisões judiciais impetradas contra a Secretaria do Estado da Saúde (SESA) durante os anos de 2009 e 2010, solicitando medicamentos. Nesses documentos constavam: a argumentação jurídica da decisão do pedido, o laudo/receituário prescrito pelo médico informando o medicamento, bem como ofícios<sup>24</sup> trocados entre as esferas envolvidas durante o período da entrada do processo até a decisão do juiz.

Nossa intenção e atenção se voltaram, desde o início, para evitar que, a partir dos processos judiciais, fosse realizado um agrupamento de dados e quantificações que levassem a conclusões endurecidas. Nossa crítica não era a uma metodologia quantitativa com utilizações de números e tabelas, mas a um fazer dos números e estatísticas produzidas, elementos autoevidentes das experiências que atravessam a judicialização da saúde. Não tínhamos o objetivo de destacar a quantidade de processos judiciais, local de procedência, tipo de medicamento mais solicitado, juízes que apareciam com mais frequência nos processos judiciais (até porque esse tipo de informação é produzido frequentemente pela GEAF). Nossa expectativa em analisar tais processos era de neles apreender a problemática da Judicialização de medicamentos.

---

<sup>24</sup> Por exemplo, ofícios trocados entre a GEAF e o juiz competente de algum processo, entre a GEAF e defensores públicos, entre médicos e poder judiciário, etc. que ficam anexados aos autos dos processos.



Com o avançar no/do campo, percebemos que grande parte dos processos judiciais analisados e a maneira como estávamos observando não contemplavam o processo de produção da própria demanda judicial, limitando a ampliação do olhar para a complexidade do cenário e minimizando o seu caráter multifacetado. Ao sentirmos tal limitação analítica em nossa experiência com os processos judiciais, buscamos imprimir movimento em nossas indagações, incluindo outras falas e olhares que complexificaram a dinâmica dada até então através dos processos judiciais. A participação no FIPAFES e nos simpósios por ele organizados, por exemplo, foram fundamentais para uma ampliação do campo problemático e uma inserção nos outros momentos da pesquisa, como veremos no capítulo seguinte.

Contudo, o contato com o material dos processos judiciais nos dispôs a uma compreensão da dinâmica existente entre as esferas profissionais envolvidas na judicialização, através das argumentações do judiciário, da gestão e da área médica contidas nos autos dos processos. Além disso, a experiência com os processos judiciais nos instrumentalizou no momento em que adentramos as narrativas tanto dos profissionais quanto dos usuários, pois os processos traziam esse cenário material do processo jurídico, nos permitindo, assim, uma melhor comunicação. Destacamos também que durante o tempo em que nos debruçamos na análise desses processos que ficavam no espaço da GEAF, foi possível habitar o campo da gestão e vivenciar o espaço de trabalho cotidiano dos profissionais, experienciando o seu funcionamento.

Além da análise dos processos judiciais referente a pedidos de medicamento, participamos, como dito, do Fórum intersetorial Permanente de Assistência Farmacêutica (FIPAFES), que se configura como um espaço de discussão sobre a Judicialização na Assistência Farmacêutica. Os fóruns são realizados uma vez por mês, em lugares variados. O contato das datas e locais ocorreu por meio da coordenadora do FIPAFES que gentilmente nos convidava a participar, pois apesar de ser um fórum, não havia divulgação pública dos encontros, sendo o contato pessoal o único meio de confirmação do encontro. As experiências que tivemos nesse espaço também atravessaram as análises que produzimos acerca de como tem sido operada as ações direcionadas ao aumento de processos judiciais com pedidos de medicamentos pela GEAF e pelas esferas representadas no Fórum. Foi claramente nesse espaço que conhecemos as estratégias da GEAF para lidar com a Judicialização na Assistência Farmacêutica, sobre as quais destacaremos em um tópico mais à frente.

Após esse contexto de análise dos processos judiciais e a inserção na GEAF e no FIPAFES, nossa intuição evidenciara que o movimento que acompanhávamos até então não dava conta de alcançar uma formulação coletiva do problema da pesquisa. Percebíamos que a Judicialização de medicamentos não estava circunscrita aos processos judiciais. Parte dela, certamente, era ali materializada, mas o processo de produção da demanda pela judicialização, anterior aos processos, não comparecia completamente neles. Nos processos judiciais, essa demanda já havia passado por um processo de inscrição, purificação, filtragem. Ali, compareciam os pontos de vista ou posicionamentos dos saberes/poderes oficialmente legitimadas a falar da judicialização, a interferir em seu andamento, mas não outros. Tal purificação tinha consequências: as vozes que enunciavam as demandas de outro modo (para além do medicamento solicitado) eram silenciadas. No lugar da polifonia, estavam os diferentes pontos de vista apenas dos especialistas.

Em nosso percurso, adentramos os processos judiciais, fomos capturados pelos pontos de vista ali presentes, tomamos partido, acrescentamos à análise da judicialização o nosso ponto de vista para somente depois percebermos que, juntamente com os processos e saberes que neles falavam, estávamos participando da purificação. Era preciso rever nossas implicações. A partir de tensionamentos ocorridos no campo, demos conta que havia uma esfera fundamental que não estava sendo incluída efetivamente na análise da Judicialização da Assistência Farmacêutica: a experiência dos usuários.

Dessa forma, as narrativas dos usuários que entraram na justiça solicitando medicamento alcançam um caráter fundamental na composição das nossas análises. Entramos em contato com tais usuários através de uma lista disponibilizada pela GEAF que indicava pessoas que entraram na justiça no ano de 2010, constando o nome, o medicamento solicitado judicialmente, se este era de uso contínuo ou não, o juiz que deferiu, a cidade e algumas outras informações. Como critério de seleção, destacamos todos os nomes de moradores de Vitória (e que, por isso, pegavam o medicamento no CRE metropolitano) e que faziam o uso contínuo do medicamento, sendo que excluímos os que eram utilizados para tratamento oncológico.

A partir daí, nos foi autorizado o acesso às informações de contato desses usuários por meio do serviço de intranet da GEAF e conseguimos o telefone da maioria dos nomes selecionados. No final, tínhamos o contato telefônico de 14 usuários. Nas tentativas que fizemos,

conseguimos conversar com 6 usuários (apesar de na lista constar de forma geral a cidade de Vitória como origem, 3 residiam em cidades da Grande Vitória, como Cariacica e Serra). Tais narrativas, imiscuídas com toda a nossa trajetória de pesquisa, passam a dar força e forma a nossas análises, complexificando ainda mais a problemática da Judicialização na Assistência Farmacêutica no ES.

### 3.1 APOSTAS METODOLÓGICAS

Temos uma aposta: toda pesquisa é intervenção. Quando se conhece, se faz, quando se pesquisa, se intervém. Séria inseparabilidade de ações. Os instrumentos metodológicos que elegemos no nosso modo de pesquisar aliam o pesquisador e o sujeito entendendo que estes se constituem no caminho da pesquisa.

O que fazer no campo da pesquisa? Algumas orientações do trabalho do pesquisador nos dão pistas para seguir esse percurso. A pesquisa envolve um “mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de coemergência – o que podemos designar como plano da experiência” (PASSOS; BARROS, 2009a, p.17).

O campo de pesquisa é essa perturbação mútua entre seus elementos conferindo-lhe um caráter processual, móvel. Nesse sentido ele é produtor, inventivo na medida em que se “penetra o campo numa perspectiva de conjugação de forças. Constrói o conhecimento com e não sobre o campo pesquisado” (ALVAREZ; PASSOS, 2009, p.137). Nesta perspectiva, é fundamental estarmos disponíveis aos acontecimentos da experiência pesquisada, não tratando, então, de sabermos *a priori* sobre o território, mas de conhecer e intervir uma vez que o habitamos, sensíveis aos seus movimentos e afirmando a alteridade territorial.

Ao considerar as intempéries do campo, afirmando seus desvios, somos convocados urgentemente a afirmar novos métodos de pesquisa e de trabalho que possam acompanhar as complexidades, movimentos e ondulações existentes no campo problemático, assumindo as torções e a tomada de outras direções que o caminho da pesquisa possa invocar.

Assim, a cartografia como método de pesquisa se lança na experiência para descrever menos um estado de coisas/objeto e mais um acompanhar de movimentos do próprio experimentar.

Acompanha, assim, “os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação” (PASSOS; BARROS, 2009a, p.18).

Não falamos aqui de regras metodológicas, mas de pistas e direções que nos servem de ferramentas em nosso trabalho, pois a experiência vivenciada e as expressões de subjetividade do campo não podem sucumbir a receitas e procedimentos determinados *a priori*. Buscamos com esse referencial proposto provocar elementos de problematizações coletivas sobre o tema abordado. Entendemos, porém, que tais elementos só emergem no encontro entre o pesquisador e o campo. É habitando o território da pesquisa que podemos pensá-lo e problematizá-lo. Pensar as questões do campo vai além de uma aplicação *Ipsis litteris* de certa metodologia. Interrogar o campo passa por dar lugar às produções e aos movimentos, permitindo que o campo nos force o pensamento sobre aquilo que fazemos e seu efeito. Para isso, ao invés de nos armarmos com arcabouços teóricos metodológicos, muitas vezes, suspender nossos saberes e pré-formulações se torna a maior ferramenta.

Trata-se de afirmar que o campo produz tensionamento – justamente porque o campo de pesquisa não é algo fixo, mas processual – e que o encontro entre sujeitos produz intervenção e transformação no campo da pesquisa. Assim, “tenta-se sustentar uma tensão, ou seja, manter uma incomodidade como caução metodológica frente à consolidação de certezas que, enquanto tais, correm o risco de deixar de operar como ferramentas, para instituir regimes de verdade” (FERNÁNDEZ, 2008, p. 31 apud SANTOS; FILHO, 2010, p.3).

Dar vazão aos incômodos e inquietações emergidas no atrito com o campo é permitir um pensamento sobre aquilo que fazemos a partir de uma flexibilidade metodológica. Como afirma Gotardo (2011), o método se torna um aliado exigente e flexível. Flexível, pois se dobra facilmente e não se quebra: “um ‘como’ fazer que não se define pela prescrição absoluta, com procedimentos pré-estabelecidos e rigorosamente ordenados, mas por princípios éticos que dão liga às criações da pesquisa”(p.28).

Ao afirmar esse modo outro de pesquisar, coloca-se o desafio não apenas de reconhecer os percalços do processo de pesquisa, mas de se debruçar sobre o que escorre, afirmando seu papel fundamental na produção das análises e do próprio campo. Tal postura, justamente por não ser passível de receita e não ter um “passo a passo”, revela a importância de uma atenção e abertura sensível ao campo problemático. Trata-se de um exercício, de tentativas que

possibilitam, a cada momento, uma melhor apreensão de nossa aposta metodológica, sem com isso minimizar as ondulações do campo e de seu protagonismo.

Como produzir uma forma outra de pesquisar, que dê conta das complexidades e dos movimentos da pesquisa e nos muna de instrumentos metodológicos que afirmem novos modos de pesquisa? Um modo de pesquisar que não perca a dimensão da singularidade, da expressividade, para não cairmos no vazio da generalização pela via da representatividade? Para isso, entendemos que um dispositivo fundamental é assumir as miudezas do campo, seus fragmentos e suas singularizações.

Quando incluímos os microelementos do campo, entendemos que as formas de realidade que observamos não são fixas, mas resultado de uma composição de linhas de forças que, dependendo da maneira como se rearranjam, ganham outra forma. Assumir tal postura convoca a uma dissolução do ponto de vista do observador (PASSOS; EIRADO, 2009). Isso permite uma abertura para as múltiplas faces presentes na realidade, ao invés de tentar eliminar alguns elementos que possam parecer menos importantes ou verdadeiros. É abrir as possibilidades de análise em vez de reduzir ou simplificar a realidade.

É preciso destacar que “deixar-se penetrar pela emergência de mudanças de ponto de vista que surgem no território” consiste num desafio para o pesquisador. Como dissemos, “habitar a experiência sem estar amarrado a nenhum ponto de vista” (Ibidem, p.123) nos lança a uma tarefa de cuidado e a um exercício de acolhimento das variações da experiência. Para isso, o despir-se do ideal de neutralidade se torna fundamental para habitar a experiência do campo, sabendo sempre da nossa não imunidade. É preciso que o pesquisador acompanhe “os processos de emergência, cuidando do que advém. É pela dissolvência do ponto de vista que ele guia sua ação” (p.129).

### 3.2 A AFIRMAÇÃO POLÍTICA DA NARRATIVA

Entendemos que para fortalecer nosso método de análise das narrativas, precisamos aqui abordar, a partir de uma perspectiva teórico-conceitual, a importância e a potência das narrativas como ferramentas de intervenção e enunciação coletivas. A narrativa como

afirmação política interrompe um modo hegemônico de narrar, e por isso também rompe com o modo hegemônico de ouvir tais narrativas. Daí a importância de refletir não apenas a respeito de como ou o que se colhe das falas, mas o que se faz com isso que chega até nós em forma de narrativas.

Essa visão promove uma desestabilização nos modelos dominantes de considerar as falas, por exemplo, em políticas de saúde, em que muitas vezes o saber do sujeito é desconsiderado em detrimento do saber médico ou ainda quando o saber da experiência e da narrativa, do médico ou do paciente, é desqualificado em detrimento da predominância do saber produzido pela medicina baseada em evidência (GREENHALGH, 1999). Podemos dizer que afirmar uma política da narratividade, mais do que inaugurar novas metodologias, é propiciar uma quebra de paradigmas, afirmando o “protagonismo de quem fala e a função performativa e autopoietica das práticas narrativas” (PASSOS; BARROS, 2009b, p.156).

Passos e Barros (2009b) no texto *Por uma Política da Narratividade* nos ajudam a pensar nossa proposta metodológica, no que diz respeito ao acesso a experiência/narrativa dos envolvidos no processo de Judicialização da Assistência Farmacêutica. Podemos pensar que, historicamente, a ideia de “tomar um caso” pode ser legitimada a partir de uma representatividade metodológica em que as falas trazidas podem afirmar e validar algo se forem *repetidas*, aparecendo em maior quantidade. Nesse sentido, a repetição circular do caso narrado “garante um sentido inquestionável, claro e distinto, ou garante um padrão social” (p. 158).

No entanto, a experiência como narrativa desloca para o campo da expressividade toda uma racionalidade instrumental e metodológica de pesquisa validada por tal repetição de caso e por sua representatividade. Na política da narrativa que afirmamos, a questão de quantidade de participantes ou a quantidade de repetições de temas como meio de validação metodológica deixa de ser fundamental. Assim, uma metodologia voltada para essa política da narratividade não se caracteriza como uma figura representativa, mas expressa singularmente enunciações coletivas.

Para além da repetição, o texto que citamos acima também aponta outra forma que pode ser considerada como procedimento narrativo que é o que os autores chamam de *desmontagem*. Aqui, “o caso individual, no lugar de segregar uma forma única, gestáltica, é a ocasião para o

formigamento de mil casos ou intralutas que revelam a espessura política da realidade do caso” (Ibidem, p.161).

Se compreendemos que a narrativa produz efeitos diversos e ocasiona a expressão de muitos casos, fortalecemos que, embora não represente numericamente, ela enuncia coletivamente. Isso não significa ser melhor ou pior que outras posturas metodológicas, mas indica uma postura política e ética que visa dar relevo ao que diferencia e ao que singulariza. Nesse sentido, quando buscamos através de grande número de sujeitos as falas que se repetem em maior quantidade, em nome de validações científicas, podemos cair numa generalização abstrata, na medida em que se deixa de fora tudo o que não se enquadra na repetição.

Entendemos que as expressões das experiências podem ser instrumentos de intervenção, para tanto, reforçamos que é preciso olhar para além da história pessoal. O processo de desmontagem do caso é uma ferramenta para fazermos de uma narrativa, mil delas – olhar o caso narrado através de um “agregado singular de mil casos”. É um dispositivo para engrenar nossas propostas metodológicas, já que tais propostas não visam constatar uma verdade, mas analisar as forças do campo. O desafio, portanto, é apostar na força metodológica e política das narrativas como instrumentos que devem ser utilizados na organização e avaliação das políticas públicas de saúde e, no caso específico desta pesquisa, do processo de Judicialização da Assistência Farmacêutica.

Nesse sentido, não buscamos uma verdade sobre a Judicialização na Assistência Farmacêutica no ES, mas uma análise dos vetores que estão envolvidos no processo de sua produção, acompanhando seus movimentos. Entendemos que a narrativa é um dispositivo de análise por estar no atravessamento de subjetividades e singularidades. É a expressão de uma multiplicidade que emerge no encontro daquilo que é específico e inespecífico do caso, pessoal e impessoal, privado e público. Uma composição de elementos que transversalizam as questões individuais e sociais provocando desestabilizações, interferências e perturbações.

Compartilhamos de uma aposta metodológica que aponta para outras formas de caminhar onde é preciso afirmar que toda experiência própria de alguém guarda um fundo de impropriedade, de impessoalidade. Isso torna a experiência algo nunca completamente privado ou particular, mas público, isto é, atravessado pela *pólis*, pela política (Ibidem, p. 162). Esse olhar permite que investiguemos, a partir de falas narradas, não mais um

estado/objeto a ser descrito, mas uma experiência a ser acompanhada e afirmada como força política.

Considerando o aspecto político da narrativa, como força coletiva, entendemos “o caso individual como índice singular de situações que, problematizadas, mostram-se como *ethos* político, com ramificações do caso individual no plano imediatamente político” (p. 167). Assim a desmontagem nos lança ao desafio de assumir o caráter político da narrativa a partir de problematizações, deslocamentos e desterritorializações daquilo que emerge nos casos, diferentemente do método da repetição que visa à constatação a partir daquilo que aparentemente é estável, corriqueiro e reproduzido entre os casos.

Quando há uma perturbação na narrativa e ela passa por tal processo de desmontagem, o caso assume um valor coletivo mesmo quando experienciado por uma singularidade, não focando, portanto, o sujeito da enunciação, o caso individual. Assim, o caso “institui-se como agenciamento coletivo de enunciação. (...). O comum, agora, diz respeito a essa experiência coletiva em que qualquer um nela se engaja ou que estamos engajados pelo que em nós é impessoal” (Ibidem, p.167/168).

O sujeito que narra já é o efeito de atravessamentos coletivos – forças individuais, sociais, econômicas, culturais, etc. sendo ele próprio o agenciamento de enunciação, isto é,

ele se constitui num plano de consistência por agenciamentos, ele só existe em face de certas engrenagens, de determinados agenciamentos. O agenciamento de enunciação é, assim, desde sempre coletivo, pois se dá no plano de fluxos heterogêneos e múltiplos que se cruzam incessantemente, possibilitando infinitas montagens (Ibidem, p.168).

Afirmar a experiência é abrir mão de um tradicional modo metodológico de lutar pela pureza e buscar evocar as intensidades do caso, assumindo a potência da face coletiva das narrativas. Quando trazemos as narrativas dos usuários, juízes e gestores como ferramenta interventora no campo problemático é porque entendemos que um caso já fala de múltiplas experiências coletivas. Dessa forma, “cada caso, mais do que ser um caso, é caso como – um, caso onde um é menos unidade, individualidade, menos regra geral que homogeneíza os casos e mais o um-expressão, índice de qualquer outro caso (...)” (Ibidem, p. 169).

Nesse contexto, defendemos a potência de uma narrativa, de uma experiência como força disruptiva de certo funcionamento, de um modo de operar, de práticas presentes em qualquer



instituição e, no caso desta pesquisa, nas formas de compreender e interferir no processo de Judicialização de medicamentos e na construção das práticas de saúde, da assistência farmacêutica e das diretrizes do SUS. Afirmar a potência das narrativas é assumir o desafio de não as ter como denunciadoras de algo, mas de analisadoras dos diversos elementos que constituem a Judicialização na Assistência Farmacêutica. É essa direção metodológica que apostaremos na análise das narrativas, afirmando seu caráter político e coletivo como dispositivo de intervenção.

#### **4 A JUDICIALIZAÇÃO NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO ESPÍRITO SANTO: FACES E INTERFACES**

Com o fazer da pesquisa percebemos a importância de acompanhar inicialmente os discursos e práticas dos atores que ganham, de uma forma geral, maior visibilidade no processo de Judicialização da Assistência Farmacêutica: a gestão, os juízes e os médicos. Tanto nos processos judiciais, quanto nas intervenções e propostas que visam problematizar e eventualmente intervir no fenômeno da judicialização, estes são os convocados. Poderíamos dizer que GEAF, juízes e médicos são os atores ou saberes/poderes instituídos<sup>25</sup>, pelos quais a judicialização no ES tem sido discutida, analisada e interferida.

Quais os discursos e práticas instituídas presentes no lidar com a judicialização da assistência farmacêutica? Quais espaços e figuras têm sido convocados a discutir? Quais estratégias têm sido privilegiadas para atuar com tal problemática? Como é abordada, nestes espaços, a relação entre o fenômeno da judicialização e a construção do SUS e da Política de Assistência Farmacêutica? Tantas questões nos possibilitaram acompanhar inicialmente os movimentos realizados pelos principais envolvidos na discussão da judicialização. Nesse sentido, adentrar esses espaços instituídos no contexto do aumento de ações judiciais por medicamentos e conhecer as práticas por eles evocadas para pensar e lidar com a questão nos trouxe ferramentas para analisar a problemática da pesquisa e, por isso mesmo, produzir interferências.

A fim de interrogar de que maneira a Judicialização de medicamentos dialoga com a construção de uma Política Pública de Assistência Farmacêutica no estado do ES, trazemos neste capítulo as diversas faces presentes na Judicialização para apontar quais questões circulam a problemática sob a ótica de seus pilares: juiz, médico<sup>26</sup> e GEAF.

---

<sup>25</sup> Instituído, nos dizeres da Análise Institucional, corresponde a maneiras e práticas aparentemente naturais, eternas e necessárias. São as ordens estabelecidas, valores, regras, normas, costumes, etc. que o indivíduo encontra na sociedade e no seu cotidiano e que procura os manter. No entanto, é preciso afirmar que se hoje estes são os instituídos, vemo-los como espaços porosos e em tensionamento. A GEAF, juízes e médicos eram atores que há pouco tempo não se interferiam e não se comunicavam, no que diz respeito ao fenômeno da Judicialização. O movimento atual, encabeçado principalmente pela GEAF, tem rompido com esse distanciamento e procurado um maior diálogo entre tais instâncias.

<sup>26</sup> O saber médico, neste trabalho, foi analisado através dos processos judiciais por meio dos laudos e receitas. Além disso, analisamos partindo de como o médico aparece nas narrativas ouvidas e de como ele dialoga com os outros saberes inseridos na discussão da judicialização.

#### 4.1 APRESENTAÇÃO DA GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SUAS ORGANIZAÇÕES

Até aqui, demos sinais de que a Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF) tem estado presente na maneira de colocar o problema da Judicialização da Assistência Farmacêutica no ES. Assim, antes de apresentar as questões evidenciadas em relação à judicialização que envolvem os juízes, os gestores e os médicos, iremos apresentar mais detalhadamente alguns elementos da organização da GEAF.

A Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica é o órgão de gestão de toda a política de medicamentos e de sua distribuição pelo SUS no estado do ES. Criada pela Lei Complementar nº 348, de 22 de dezembro de 2005<sup>27</sup>, para alcançar a equidade no acesso a medicamentos de qualidade,

deve cuidar também de uma boa gestão e desenvolvimento dos recursos humanos, promoção do uso racional de medicamentos, além de articular parcerias e trabalhar as interfaces existentes com as demais instâncias dessa Gerência, da SESA, do SES, do Controle Social, das Entidades de Classe, das Sociedades Científicas, das Entidades de Defesa do Consumidor, do Ministério Público e do Poder Judiciário (Art.13).

Sobretudo a partir de 2007, quando foi realizado um Diagnóstico da Assistência Farmacêutica no ES, propostas de melhoria na qualidade da Assistência Farmacêutica capixaba foram pensadas no sentido de organizar e estruturar as diversas frentes de atuação (ESPÍRITO SANTO, 2007a). Entre as principais ações executadas pela GEAF naquele ano, temos a elaboração de uma Política Estadual de Assistência Farmacêutica, sendo uma das pioneiras na criação de uma política estadual própria nesse âmbito. O desafio dessa política é:

Garantir o acesso a fármacos com qualidade, promovendo o seu uso racional e proporcionando a humanização no atendimento prestado aos seus usuários, em especial por meio do atendimento farmacêutico especializado e farmácias com estruturas modernas e confortáveis (TAVARES et al, 2010, p.7).

As principais ações como projeto dessa política foram: a criação do Fórum Intersetorial Permanente de Assistência Farmacêutica (FIPAFES), a elaboração da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais (REMEME); a formulação e implantação do Projeto Farmácia Cidadã; entre outros.

---

<sup>27</sup> Disponível em: < [www.saude.es.gov.br/Download/lei\\_complementar\\_348\\_2005.doc](http://www.saude.es.gov.br/Download/lei_complementar_348_2005.doc) >

Atualmente, a GEAF do Espírito Santo divide-se em três instâncias: **Coordenação Geral**, responsável, entre outras coisas, pelos setores do Fórum Intersetorial de Assistência farmacêutica e as Farmácias Cidadãs; o **Núcleo de Medicamentos Excepcionais e Básicos** em que, entre outros, se responsabiliza pelo setor da Judicialização; e o **Núcleo de Armazenamento, Controle e Distribuição**, responsável, entre outros, pela distribuição, armazenamento e controle dos medicamentos.

A Farmácia Cidadã é onde ocorre a distribuição dos medicamentos excepcionais, que, como dito, são medicamentos mais caros ou de longo tratamento que geram altos custos. O fortalecimento e a implementação da Farmácia Cidadã é um dos eixos estratégicos da Política Estadual de Assistência Farmacêutica. A política destaca que tal projeto “constitui um novo conceito em farmácia pública, fundamentado nos princípios norteadores da descentralização, regionalização, modernização da gestão, humanização e qualidade no atendimento prestado aos usuários de medicamentos no SUS” (ESPÍRITO SANTO, 2007a, p. 78).

É importante destacar que com a ampliação do número de farmácias cidadãs estaduais<sup>28</sup>, o acesso dos usuários aos medicamentos excepcionais foi facilitado, pois essas farmácias se localizam em pontos-chaves, nas macrorregiões do estado. Antes da criação dessas farmácias, só era possível adquirir o medicamento excepcional em um único lugar, dificultando o acesso para moradores de outras áreas. A primeira Farmácia Cidadã inaugurada foi em 2008, no Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano e, neste mesmo ano, a SESA recebeu uma premiação do INOVES pelo Projeto da Farmácia Cidadã na categoria “Atendimento ao Cidadão”. Essa informação reforça a que trouxemos na introdução a respeito de como a Assistência Farmacêutica no ES tem sido avaliada como referência na área de gestão.

O acesso aos medicamentos excepcionais pela via administrativa<sup>29</sup>, distribuídos pelo estado, exige a feitura de um protocolo em que se abre um processo administrativo (que também pode ser feito *online*) no qual o paciente preenche uma ficha indicando o medicamento a ser

---

<sup>28</sup> Atualmente o estado possui 7 farmácias cidadãs estaduais (Metropolitana, Venda Nova do Imigrante, Nova Venécia, Vila Velha, Linhares, Colatina e São Mateus.)

<sup>29</sup> É importante marcar a diferença entre os *processos administrativos* e o que focamos na pesquisa, que são os *processos judiciais*. O acesso aos medicamentos excepcionais, distribuído pelo estado, exige a abertura de um processo administrativo através da feitura de um protocolo, conforme dissemos. Já os processos judiciais são os observados nesta pesquisa, especialmente os impetrados por via judicial em sua maioria contra as secretarias de saúde dos estados, requerendo medicamentos e insumos de saúde.

solicitado, o nome do médico prescritor e o número do Código Internacional de Doenças (CID) da patologia para qual o medicamento está sendo solicitado. Isso deve-se ao fato de que junto ao medicamento padronizado há uma relação de CIDs possíveis para que sua distribuição seja autorizada. Vimos que em muitos casos, ainda que o usuário solicite através do laudo médico um determinado medicamento padronizado, se o CID motivador do pedido do medicamento não estiver na relação dos autorizados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, ele não é liberado. Esse tipo de situação também tem aparecido no *ranking* de processos judiciais que ocorrem após a tentativa sem êxito de processos administrativos.

O aumento das ações judiciais tem efeito direto no funcionamento da GEAF, o que repercutiu, inicialmente em reorganizações constantes, formalizadas ou não, no modo de operar e lidar com a questão. Nesse espaço de gestão têm sido elaboradas propostas e estratégias para pensar e produzir desvios no crescimento de demandas judiciais solicitando medicamentos no ES. A GEAF é a receptora das ordens judiciais a respeito da entrega de medicamentos, também elabora os pareceres aos magistrados pautados na sua Política Estadual de Assistência Farmacêutica.

Pesquisas apontam que a maioria dos processos judiciais por medicamentos, tanto em nível nacional quanto no estado do ES corresponde a pedidos de medicamentos, básicos e excepcionais, não padronizados nas listas oficiais (MACEDO et al, 2011; TAVARES et al, 2010; PEPE et al, 2010). No Espírito Santo, em 2009, a porcentagem de pedidos judiciais por medicamentos não padronizados chegou a 70% (TAVARES et al, 2010) e em 2010 a porcentagem correspondeu a 69%<sup>30</sup> das ações judiciais.

Existem também outras características encontradas nas ações judiciais em relação ao medicamento solicitado, como casos em que o medicamento solicitado não possui liberação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ou mesmo casos em que se requerem medicamentos padronizados com CID autorizado (casos em que um pedido administrativo seria suficiente) que podem indicar entre outras coisas um vazio na assistência por não disponibilizar o medicamento padronizado, o desconhecimento da REMEME ou a priorização da via judiciária para o acesso ao medicamento.

---

<sup>30</sup> Dados retirados dos indicadores de 2010, produzidos pela GEAF, através do Sistema de Informações Gerenciais da Assistência Farmacêutica.

## 4.2 A JUDICIALIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA SOB OS OLHARES DOS PROFISSIONAIS – JUÍZES, MÉDICOS E GESTORES

Em nosso trabalho, ficamos atentos às práticas e questões que têm ganhado relevância dentre os diversos envolvidos nas discussões a respeito da Judicialização na Assistência Farmacêutica. Questões como a tutela antecipada, gastos extras com medicamentos não padronizados, individual *versus* coletivo, a influência da indústria farmacêutica, o fortalecimento e monopolização do saber/poder médico em detrimento dos demais saberes, etc. serão indicadas neste capítulo como pontos relevantes a serem observados nos debates acerca da Judicialização na Assistência Farmacêutica.

Importante destacar que tais questões nem sempre são exclusivas de um campo profissional. Dessa maneira, um mesmo ponto de discussão pode se apresentar como problemático não apenas para uma figura do tripé, mas aparecer como questão também para os outros saberes envolvidos.

### 4.2.1 TUTELA ANTECIPADA, ORÇAMENTO PÚBLICO E UM SUS INEFICIENTE

Vários autores afirmam que as ações judiciais na saúde, e especialmente as que demandam medicamentos, têm sido um dos maiores desafios que os gestores estaduais do SUS enfrentam atualmente, sendo alvos de publicações e análises nas mais diversas esferas de conhecimento (ANDRADE et al, 2008; BRASIL, 2011; CHIEFFI; BARATA, 2009; PEPE et al, 2010b). Vista como uma questão complexa, multifacetada e que envolve múltiplos saberes e análises, discussões sobre o fenômeno da Judicialização da saúde vêm sendo promovidas entre “cidadãos, legisladores, gestores de saúde e operadores do direito para efetivar o direito à saúde pelo fortalecimento do SUS” (BRASIL, 2011, p.134).

Em muitos casos, o que se busca argumentar<sup>31</sup> nos processos judiciais é a respeito da necessidade do usuário ou mesmo a vantagem de se utilizar um determinado medicamento

---

<sup>31</sup> Esses argumentos são escritos nos autos dos processos pelo juiz que dá a ordem judicial. Via de regra, os argumentos se baseiam no relato que o usuário faz para o seu defensor (que pode ser público, ou advogado

que não está incorporado nas listas de medicamentos oficiais do SUS em relação às alternativas terapêuticas já incorporadas para o tratamento de certa doença (SANT'ANA, 2011). Para a GEAF, as ações judiciais configuram-se como um grande desafio, pois se evidencia uma não priorização da relação de medicamentos na hora da prescrição médica. Ainda para a gestão, tal fato pode sinalizar tanto um desconhecimento e não afinidade com a Política de Assistência Farmacêutica como um descompromisso dos médicos com sua efetivação. Nesse sentido, a GEAF tem sinalizado a importância de que as listas padronizadas sejam acatadas e priorizadas, principalmente, pelos prescritores, a fim de que se evitem ações consideradas desnecessárias, que é quando existem alternativas mais racionais já relacionadas na lista estadual (ESPÍRITO SANTO, 2007a).

Diante da decisão judicial, uma grande questão vista como problemática é o prazo para a entrega do medicamento. Após a ordem do juiz, o estado tem um prazo estabelecido muito curto (geralmente 72 horas) para cumpri-la<sup>32</sup>, o que em grande parte resulta em uma negociação apressada com as redes privadas de insumos e serviços terapêuticos. Ainda que o processo judicial não tenha finalizado, a Tutela Antecipada, ação que ocorre na maioria das decisões na saúde, é suficiente para movimentar as ordens judiciais e seus cumprimentos. Na opinião da gestão, isso não só obriga o fornecimento do medicamento como impede o direito de resposta sobre o pedido do paciente.

a antecipação de tutela é um tipo de decisão judicial na qual o Juiz, baseado em provas apresentadas pelo reivindicante, deve avaliar se o "perigo da demora" do procedimento judicial, necessário para o julgamento do processo, pode resultar em violação irreparável do direito do autor do processo, p.ex., agravamento de seu estado de saúde (PEPE et al, 2010b, p.91).

Segundo Maciel (2011), a “antecipação de tutela deveria ser um ato de caráter excepcional na lei processual brasileira, no entanto, no âmbito das demandas judiciais em saúde tem se tornado um ato rotineiro” (p.10). Nesse viés, um dispositivo jurídico que pode ser interessante e funcional em casos específicos é naturalizado na esfera de medicamentos e até na saúde geral. Assim, a tutela antecipada torna-se o principal dispositivo utilizado diante dos processos judiciais, de maneira que ações judiciais na saúde passam a carregar, *a priori*, um sentido de urgência. As pesquisas dos processos judiciais realizadas em nível nacional têm

---

privado) expondo sua necessidade de um determinado medicamento. Tal relato é “amparado cientificamente” pela receita/laudo do médico prescritor.

<sup>32</sup> Caso haja descumprimento dessas decisões, os responsáveis ficam sob pena de sofrer sanções, como multas diárias e até mesmo a privação de liberdade. Lembra-se, aqui, a prisão do Secretário de Saúde do estado do Espírito Santo e do Gerente Estadual da Assistência Farmacêutica da época, em 2007, em função do atraso do cumprimento de uma decisão judicial ordenando a entrega de um medicamento.

comprovado essa presença da tutela antecipada, como, por exemplo, nas ações judiciais no Tribunal do Rio de Janeiro. Através de uma pesquisa realizada, verificou-se que 96% das ações judiciais analisadas tiveram antecipação de tutela a partir da receita médica apresentada pelo usuário (PEPE et al, 2010a). Nos processos judiciais que analisamos, todos deferiram por antecipação de tutela.

Enquanto os órgãos de gestão se veem pressionados diante da ordem judicial, muitos juízes também afirmam que, diante da urgência alegada pelo usuário e de alguma forma registrada na prescrição médica, há uma grande dificuldade de traçar argumentações que não seja o cumprimento do pedido. Na ausência de recursos técnicos disponíveis para obterem pareceres e informações de outros profissionais da saúde que possam servir de auxílio, se sentem pressionados em suas decisões. Ainda que por vezes inseguros para avaliar a necessidade e urgência do pedido, a prescrição médica acaba sendo a principal ferramenta para que se obtenha uma decisão favorável ao requerente, sobretudo quando as argumentações destacam que há risco de morte para o paciente (CARLINI, 2010).

Na pesquisa, vimos que uma das problemáticas sinalizadas pela GEAF diante do predomínio da antecipação da tutela nas decisões judiciais é o impedimento de um diálogo ou de argumentação do poder executivo com os juízes, frente aos processos judiciais, dificultando esclarecimentos e *contrapropostas* das Secretarias de Saúde. A tutela antecipada, constando a ordem judicial é, via de regra, o primeiro contato que o judiciário estabelece com as secretarias de saúde.

No caso dos processos que analisamos, a GEAF só consegue se pronunciar através dos pareceres enviados aos juízes. Estes lançam esclarecimentos a respeito do medicamento solicitado e do possível substituto padronizado, mas também informam que o cumprimento da ordem judicial já foi providenciado. Trazemos abaixo trechos de um dos processos judiciais que analisamos<sup>33</sup>, para ilustrar tal dinâmica que recorre nas ações judiciais solicitando medicamentos. Temos inicialmente nos autos do processo a decisão do juiz com trechos de suas argumentações:

É sabido por este juízo que o medicamento pretendido não é padronizado. Ora, uma padronização não deve servir de camisa-de-força à atuação médica, classe que tem

---

<sup>33</sup> Falaremos mais detalhadamente no decorrer do texto a respeito de nossas análises dos processos judiciais solicitando medicamentos.



autonomia para prescrever conforme as peculiaridades de cada paciente. Ademais, a forma do medicamento padronizado lhe causou intolerância gástrica.

Posto isso, determino ao Estado do ES que forneça à autora, o medicamento *Excelon patch*, conforme descrito nos receituários que deverá ocorrer em até 72 horas, impreterivelmente (...)

Data:

Juiz:

Também anexado aos autos temos o parecer da GEAF destinado ao juiz a respeito da ordem judicial:

O *Excelon Patch* é um lançamento da indústria farmacêutica composto da Rivastigmina na forma de adesivo transdérmico, sendo que esta apresentação NÃO está padronizada na REMEME. Porém, disponibiliza a Rivastigmina em sua forma oral em várias dosagens para pacientes portadores de demência leve e moderada. O Fármaco padronizado é adquirido por esta Secretaria e distribuído às farmácias do CRES sem que haja necessidade de se recorrer à via judicial.

Em forma de adesivo não está comprovada agregamento terapêutico, mas sim aumento de gastos já que o uso oral custa R\$154,64 e o adesivo R\$ 377,65. Portanto, a aquisição desta forma farmacêutica caracteriza desperdício de dinheiro público, bem como o predomínio do interesse individual sobre o interesse da coletividade.

No entanto, em cumprimento à decisão judicial, abrimos um processo de compra para aquisição do item pleiteado, e assim que estiverem disponíveis, serão encaminhados para a Farmácia (...) (PARECER DA GEAF).

Vemos acima que, diante da ordem do juiz, ainda que outros movimentos possam ocorrer, o seu cumprimento não pode ser negado e nem mesmo adiado, especialmente por vir acompanhada de um curto prazo para sua efetivação. Diante da impressão da imediatividade e da exigência judicial da aceleração, muitas vezes se reproduz um funcionamento que impossibilita a construção de diálogos e de articulações mais desenvolvidas e prolongadas.

Além da questão da Tutela Antecipada, uma questão comum nas discussões da judicialização é o gasto financeiro que essas ações têm exigido. Vimos em muitos pareceres da GEAF o registro da diferença de preço entre um medicamento padronizado e um não padronizado. A maioria dos estudos e indicadores a respeito da judicialização destacam fortemente a questão orçamentária.

Nos principais estados do Brasil, certamente o aumento exponencial das demandas judiciais por medicamentos, além de exigirem novas estratégias de ação nas políticas de assistência farmacêutica locais, tem produzido tensões na questão do orçamento público. Segundo a publicação feita em 2009 pela folha de São Paulo<sup>34</sup>, no ano de 2007, o estado de São Paulo despendeu cerca de R\$ 25 milhões **por mês** para cumprir ordens judiciais determinando a

<sup>34</sup>Fonte: Folha de São Paulo. Disponível em: [http://www.sindhrio.org.br/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=1123](http://www.sindhrio.org.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1123)

distribuição de remédios que não constam na lista do SUS. No estado do Espírito Santo, em 2009, o valor total distribuído em medicamentos de demandas judiciais pelo Sistema Único de Saúde, incluindo tratamentos iniciados anteriormente via judicial, foi de R\$6.903.409,89. Em 2010 foram gastos outros R\$9.005.758,62. Isso representa um aumento de 20% nos números de ações de 2009 para 2010. O Ministério da Saúde desembolsou para pedidos judiciais de medicamentos R\$ 132,5 milhões em 2011, o que corresponde, em relação a 2003 um aumento de 771%.<sup>35</sup>

A GEAF tem se empenhado na diminuição de custos no que diz respeito aos medicamentos, não apenas no âmbito da Judicialização, mas na aquisição dos padronizados. Conforme já sinalizamos, em 2010, a GEAF recebeu uma premiação referente ao projeto Sistema Estadual de Registro de Preço (Serp)<sup>36</sup>, criado para otimizar a aplicação de recursos financeiros, reduzindo gastos na compra de remédios fornecidos pelos municípios.

Embora esse tipo de empenho e trabalho seja importante na redução do custeio de medicamentos públicos, avaliamos que a primazia da preocupação dos orçamentos fez com que os enormes gastos extras advindos da Judicialização de medicamentos ganhassem relevos ainda maiores dentre as outras questões presentes no cenário da Judicialização. Não por acaso, o emblema que aparece no site da SESA, na parte de Judicialização relacionado à Assistência Farmacêutica, expressa tal preocupação, de modo que, no âmbito judiciário também se pese justamente os medicamentos e os gastos advindos de sua aquisição.

---

<sup>35</sup> <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/12/23/decreto-facilita-a-inclusao-de-medicamentos-e-novas-tecnologias-no-sus/print>

<sup>36</sup> “O Serp foi desenvolvido pelo Setor de Assistência Farmacêutica da Sesa e funciona da seguinte maneira: os gestores municipais estabelecem a quantidade e os tipos de remédios que estão previstos para serem usados no período de 12 meses. Assim que essas informações são enviadas à Sesa, todos os itens comuns aos municípios são reunidos em um único processo licitatório, diminuindo os custos de aquisição”. Disponível em: <http://www.inoves.es.gov.br/Noticias/ExibirNoticia.aspx?id=227>



Figura I: Retirada do site: <http://farmaciacidada.saude.es.gov.br/default.asp>

No contexto da questão orçamentária, outra discussão ganha espaço devido a um entendimento de que o alto gasto nas ações judiciais individuais são instrumentos de primazia de demandas individuais em detrimento das coletivas. Os argumentos se baseiam no fato de que um gasto maior para uma demanda individual específica impede que o recurso seja alocado de forma a atender um coletivo. Nesse sentido, o processo judicial é visto como algo que “força o deslocamento de recursos públicos das políticas de saúde para o atendimento das demandas individualizadas. Assim, busca-se uma solução individualizada de uma questão coletiva” (CHIEFFI; BARATA, 2009, p.1847). Para esses autores, “isso resulta em medidas que em vez de promoverem a justiça social, acabam prolongando indefinidamente a imensa dívida social com a parcela mais vulnerável da população” (Ibidem, p. 1848).

Na entrevista que realizamos com a profissional da GEAF, quando ela narra a respeito do efeito da Judicialização de medicamentos no cotidiano da gerência, alega que a grande questão é que o aumento de ações judiciais exige uma mobilização extra de recursos materiais, humanos, etc. apenas para lidar com as questões individuais. Ela segue:

Acho que o principal da judicialização é que eu priorizo o individual em detrimento do coletivo. Isso vai contra a logística do SUS de equidade e igualdade. Para um medicamento não padronizado eu tenho que parar tudo e abrir a compra desse paciente. Às vezes ele me pede a marca e eu tenho que ficar refém de um laboratório, comprar dele a preços exorbitantes. O que eu poderia atender a 10, 20 pacientes eu estou atendendo apenas um. Então, resumindo, se eu judicializo, na maioria das vezes, eu to privilegiando um em detrimento do coletivo, o que é

totalmente contra a lógica do SUS. Você tem que pensar no coletivo. Automaticamente o individuo vai estar dentro do coletivo (PROFISSIONAL DA GEAF).

Em nossas pesquisas textuais há um destaque para essa questão do individual *versus* coletivo, partindo principalmente da questão orçamentária. De forma geral, tal olhar comparece entre os gestores e profissionais da saúde manifestando-se contra as ações judiciais no campo da saúde. Mais à frente, veremos como é preciso ter cuidado com essa postura dicotômica, que fortalece a ideia do coletivo relacionado à população e do individual restrito à ordem do privado, dificultando a expressão das singularidades e enrijecendo modos de atenção na saúde.

Embora muitas discussões teóricas e práticas que acompanhamos a respeito de pedidos judiciais para medicamentos enfoquem a questão orçamentária como a principal problemática, destacamos a necessidade de se problematizar, para além da avaliação do impacto econômico, os paradigmas que permeiam as instituições e atores envolvidos no tema da Judicialização da Assistência Farmacêutica. Tais paradigmas emergem na diversidade de posturas e experiências em relação às ações judiciais por medicamento, seja do juiz, do gestor, do médico, do usuário, etc. As práticas materializadas nos processos judiciais e as narrativas nos ajudam a acompanhar os movimentos variados e paradoxais presentes na Judicialização da Assistência Farmacêutica.

Por exemplo, através das análises dos processos judiciais, foi possível acessar argumentos dos juízes e suas posturas em relação às ações judiciais demandando medicamentos que chegavam a eles. Em alguns momentos, tais posturas estavam relacionadas a uma visão negativa da gestão da saúde pública considerando-a insuficiente. Nessa visão, as decisões judiciais na saúde são consideradas catalisadoras dos direitos constitucionais e ocorrem a fim de dar “maior concretude às promessas contidas na carta magna e ainda não cumpridas.”<sup>37</sup>

Melhor seria que os poderes públicos levassem a sério a concretização dos direitos fundamentais e conseguissem oferecer um serviço de qualidade a toda população independente de qualquer manifestação do poder judiciário. Como atualmente a situação ideal de saúde está longe de ser realidade, é imprescindível a atuação jurisdicional para que pelo menos a camada mais pobre da população possa usufruir na mínima dimensão desejável, o direito conferido pela constituição (ARGUMENTAÇÃO DO JUIZ EM UM PROCESSO ANALISADO).

---

<sup>37</sup> Frase retirada da argumentação de um juiz.

O engessamento de posturas que reforçam a gestão na saúde como órgão deficiente, – o SUS é sempre ineficiente – enfraquece a criação de estratégias que afirmem outras maneiras de entender e lidar com a problemática.

O aumento de ações judiciais requerendo serviços de saúde tem perturbado o campo jurídico e este tem buscado, até mesmo com os gestores e profissionais de saúde, meios de lidar com o aumento de processos judiciais na área da saúde. Dentre esses meios, tem-se a aproximação com as políticas de assistência farmacêutica. Até mesmo o Supremo Tribunal Federal verificou a necessidade de redimensionar a judicialização, “tendo em vista que a intervenção judicial não ocorre apenas por omissão de políticas públicas voltadas à proteção do direito à saúde, mas também em razão da não observação das políticas estabelecidas” (MACEDO et al, 2011, p. 708).

Ao observamos a quantidade de pessoas que entraram na justiça solicitando medicamentos, somos deslocados para pensar tal questão em diversas esferas, uma vez que o processo de produção das demandas indicam diversos pontos a serem analisados. Sob esse viés, apresentaremos uma questão que tem aparecido em vários espaços relacionados à judicialização, indicando mais uma face dessa problemática, que são os interesses privados, como a indústria farmacêutica.

#### 4.2.2 A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

Na medida em que a racionalidade médica se expande, vinculada a uma lógica capitalista cada vez mais presente, presenciamos um fortalecimento dos processos de mercadização da saúde. A saúde, em si, é tornada mercadoria. As tecnologias terapêuticas são vistas como insumos a serem consumidos e especialmente o medicamento tem ganhado ainda mais relevo. Barros (1983) indica o papel fundamental da produção química medicamentosa no contexto capitalista como uma engrenagem na lógica de consumo na saúde.

No momento mesmo em que se instaura a quimiosíntese em um contexto capitalista de produção, os medicamentos assumem a conotação de uma mercadoria com a necessidade implícita de ser consumida em quantidade e qualidade crescentes (p.378).

Aliam-se aí as indústrias farmacêuticas, que em suas pressões mercadológicas produzem e perpetuam a saúde consumível. Afirmamos que o avanço tecnológico científico ao longo dos anos tem cooperado para efetivos combates de doenças, epidemias e principalmente para a promoção da saúde. São as próprias indústrias farmacêuticas as grandes participantes nesse processo que, muitas vezes, cooperam para a ampliação da saúde pública. No entanto, as configurações atuais instigadas pelo capital em torno desse tema têm se desdobrado em questões que demandam problematizações e criticidade. O capitalismo e suas estratégias de produção de subjetividade, bem como a saúde e suas tecnologias, na medida em que se colocam em relação podem engendrar funcionamentos danosos, como no caso da Judicialização da saúde. Muitas vezes embotam a efetivação de políticas públicas de saúde e emperram ações coletivas nas maneiras de cuidado.

Sob esse cenário, vários autores têm levantado como questão na discussão da Judicialização da Assistência Farmacêutica os interesses privados das indústrias farmacêuticas (DALLARI, 2010; PAULA et al, 2009; FIGUEIREDO et al, 2010; CHIEFFI; BARATA, 2010). Além de sinalizarem para a utilização das ações judiciais como possível estratégia da indústria farmacêutica para a introdução de novos medicamentos, não apenas na ANVISA<sup>38</sup>, mas nas listas padronizadas de medicamentos, chamam atenção para os perigos a que decisões judiciais podem acarretar ao autorizar a entrega de medicamentos novos no mercado.

Como pudemos perceber, para que o juiz defira o pedido do medicamento, basta a prescrição do médico. Nesse sentido, tem-se aumentado o número de processos solicitando medicamentos ainda não cadastrados na ANVISA. Além do fator das inovações médico-científicas influenciarem no momento da prescrição do médico, muitas vezes o próprio paciente demanda um novo medicamento por acreditar na vantagem da inovação. Principalmente nesses casos, estudos e discussões têm sido realizados a fim de alertar para os interesses das indústrias farmacêuticas que atraem a atenção dos médicos prescritores (ou até do usuário) antes mesmo de sua liberação legal pelo órgão responsável.

Nos casos em que os medicamentos não possuem comprovação de sua eficácia científica, estes não são cadastrados na ANVISA. Sem cadastro, não têm regulação para ser

---

<sup>38</sup> A ANVISA, em relação aos medicamentos, é responsável pelo seu registro, pela autorização de funcionamento dos laboratórios farmacêuticos e demais empresas da cadeia farmacêutica, e pela regulação de ensaios clínicos e de preços, por meio da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home/medicamentos>

comercializado, já que é necessário estar integrado à ANVISA para que o medicamento possa ser legalmente comercializado no Brasil.

No entanto, em consequência das inúmeras inovações medicamentosas devido ao estuendo investimento das indústrias farmacêuticas, vários medicamentos, ainda não cadastrados na ANVISA e formalmente sem comprovação científica, vêm sendo prescritos pelos médicos e solicitados ao Sistema Único de Saúde. Nas portarias do SUS fica clara a obrigação dos órgãos responsáveis em distribuir apenas os medicamentos cadastrados na ANVISA, mas como resultado de uma decisão judicial, este aspecto não é considerado. Também são várias as solicitações de medicamentos os quais para a patologia em questão não há comprovação científica suficiente, ou o medicamento é contraindicado para o contexto do paciente, mas que diante da decisão judicial é dispensado pelo SUS, como vimos abaixo em um dos processos judiciais analisados:

Trata-se da decisão judicial compelindo o Estado do Espírito Santo ao fornecimento de medicamentos, sobre os quais tecemos as seguintes considerações:

Medicamento não padronizado na REMEME.

Há especificidades para aprovação do medicamento, de acordo com a comissão estadual de farmacologia e terapêutica (CEFT), uma delas é que é recomendado a partir de 16 anos (**o paciente tem 2 anos**).

Considerando que dentre os efeitos adversos foram relatados: sonolência, injúria acidental, vômito, anorexia, hostilidade, rinite, tosse, faringite, sintomas não psicóticos, principalmente aqueles relacionados àqueles ligados ao humor/ansiedade/comportamento, intenção suicida e suicídio, cansaço, agressividade, sonolência e irritabilidade;

**Considerando que trata-se de medicamento importado, sem registro na ANVISA e não disponível no Brasil;**

Considerando que a própria bula do medicamento não recomenda o uso em crianças menores de 4 anos de idade;

**Considerando que conforme a determinação do Supremo Tribunal federal (STF) em 17 março de 2010 é proibida a aquisição pela administração pública de itens que não possuem registro, visto que este é uma garantia à saúde.**

No entanto, em cumprimento a decisão judicial abrimos um processo de compra para aquisição dos itens pleiteados, e assim que estiverem disponíveis, serão encaminhados para a Farmácia de medicamentos excepcionais de Cachoeiro de Itapemirim, onde a requerente ou seu representante deve comparecer portando documentos de identificação e de ordem médica, para efetuar o seu cadastro (PARECER GEAF – grifo nosso).

Dessa forma, a velocidade com que chegam novos medicamentos ao mercado consumidor da saúde pode ser uma pressão feita pelos laboratórios farmacêuticos à própria ANVISA, para que se autorizem rapidamente as novidades. Nesse caso, a expansão de ações judiciais nesse setor acaba sendo instrumentos desses interesses e jogos de força privados. Chieffi e Barata

(2010) demonstram a maneira como a judicialização pode fortalecer a circulação de tais “inovações”:

Inicialmente o produto é apresentado em eventos científicos, de preferência por meio de palestras ou conferências de um profissional de prestígio na especialidade. Em seguida, alguns médicos passam a prescrevê-lo. Os pacientes orientados pelos próprios médicos ou por associações de portadores da patologia, frequentemente subsidiadas pelas indústrias farmacêuticas, procuram a via judicial para obter a garantia de acesso. O processo se repete ampliando progressivamente o número de demandantes. Embora a análise das características das ações judiciais não permita explorar em toda a complexidade o papel que tais ações possam ter como estratégia de introdução de novos medicamentos e abertura de mercado para os lançamentos da indústria farmacêutica, os dados apresentados permitiram identificar a grande concentração da distribuição dos processos tanto em relação a medicamentos solicitados como a advogados e médicos (p.428).

Temos uma questão colocada que é o contexto de um Sistema Único de Saúde em que ainda se luta pela consolidação do Direito à Saúde como um direito de cidadania, em que o medicamento aparece como um recurso terapêutico fundamental, necessitando de políticas públicas para o seu acesso. No entanto, tem-se chamado a atenção para a presença de interesses mercadológicos nesse cenário.

A extensão do consumo de fármacos torna cada vez mais difícil se avaliar até onde prevalece a exigência estritamente voltada para o controle de enfermidades e começa a pressão mercadológica da indústria (NASCIMENTO, 2003, p.17).

Travam-se aí pontos de conflitos em que o medicamento aparece dentro de uma política pública não apenas como uma ferramenta terapêutica, mas como um bem de consumo, suscetível a todas as estratégias capitalistas: seus *marketings*, suas ilusões, seus apelos mercadológicos, seus fortalecimentos simbólicos, etc. Os medicamentos como bens de consumo “são uma mercadoria preciosa e razão de ser do segundo setor mais rentável do mundo”. (SANTOS; FARIAS, 2010, p.280). A influência desse mercado capitalista nas políticas públicas de medicamento atinge todos os envolvidos nesse processo: pacientes, médicos, farmacêuticos, gestores, usuários, etc.

No macrocenário político, a forte pressão do mercado produtor de medicamentos, o qual constitui um dos maiores setores da economia mundial, influencia as políticas de acesso a medicamentos. Como exemplo dessa influência podemos citar os processos de registro de medicamentos nos países, as políticas de preços, os processos de seleção de medicamentos que fazem parte de políticas públicas de saúde, entre outros (Ibidem, p.280).



Nesse sentido, exige-se um cuidado em relação às demandas judiciais por medicamentos não cadastrados na ANVISA, pois podem estar relacionadas a uma possível estratégia da indústria farmacêutica, como pontua PEPE et al (2010b):

Os pedidos judiciais para o fornecimento de um medicamento ainda sem registro podem também ser parte de estratégia de pressão da indústria farmacêutica para a aprovação de seu produto pela autoridade reguladora. E, neste sentido, as ordens judiciais podem favorecer este tipo de estratégia, em prejuízo ao paciente, quando concede acriticamente o medicamento pleiteado (p.2408).

Esses fatos podem sugerir também a falta ou demora de incorporação de novos medicamentos nas listas de regulamentação e de dispensação o que precisa ser pensado, juntamente com o modo como são feitos os registros de medicamentos na ANVISA que nem sempre são claros e devem ser problematizados. No entanto, as questões não podem desconsiderar o fato de que a ANVISA se constitui como um órgão de vigilância essencial para avaliação do medicamento, sob aspectos de sua eficácia e segurança, cooperando para os cuidados na saúde.

Diante das diversas discussões trazidas, percebe-se a presença de elementos que sinalizam para o uso das ações judiciais como instrumento de agenciamento de interesses privados na esfera pública. No tópico seguinte, veremos outro exemplo de como esses interesses aparecem no cotidiano das práticas, exigindo dos profissionais atenção e problematização.

#### 4.2.2.1 A JUDICIALIZAÇÃO COMO MEIO PARA SABOTAGENS NA ORGANIZAÇÃO PÚBLICA

Dentro da discussão de interesses privados atravessando a judicialização da saúde, acompanhamos algumas falas de magistrados sinalizando para a presença de certos jogos capitalistas. No I simpósio do FIPAFES realizado em 2010, ouvimos uma fala a respeito desses atravessamentos nas políticas públicas, em que um magistrado, integrante da mesa, relatou seu estranhamento com certas demandas judiciais que estavam chegando para ele com muita frequência, nas quais se solicitava um determinado medicamento, com o preço muito elevado, repetidas vezes. O pedido do tratamento medicamentoso custava 6 mil reais por mês para cada paciente e já estava em andamento, mas após uma investigação entre os processos semelhantes, o magistrado identificou que os advogados eram oriundos de um mesmo

escritório de advocacia. Ao investigar também o tipo de medicamento solicitado e a especialidade do médico prescritor, o juiz percebeu que havia equívocos em relação a esses elementos. De acordo com o relato, o médico prescritor era pediatra, os usuários eram adultos e as patologias indicadas nos autos eram neurológicas.

Nesse contexto, após o aprofundamento das análises sobre os envolvidos, o resultado foi a ordem de cancelamento da dispensa. A fala do juiz foi justamente para indicar a ocorrência de alguns episódios privatistas dentro das políticas públicas, os quais, na fala dele, exigem análises e atenção.

Percebemos questões semelhantes na entrevista que realizamos com um juiz de uma cidade do interior. Durante a entrevista, questionamos a respeito de uma mudança que observamos, através dos processos judiciais analisados, em sua forma de elaborar a decisão a respeito de medicamentos. Vimos que um argumento novo passou a acompanhar suas decisões em outros processos judiciais, apontando para a importância de considerar as estratégias privadas, que podem estar presentes nas prescrições que privilegiam certos medicamentos, como aparece na fala abaixo:

De outro ângulo, há uma pluralidade de medicamentos oriundos de laboratórios diferentes (dentre os quais alguns com a mesma composição química) com o mesmo efeito terapêutico, mas com roupagens e pressões diferentes e existem profissionais de saúde que indicam um determinado medicamento de um determinado laboratório por inúmeros motivos e aqui não é o espaço para perquirir esses motivos, mas não posso privilegiar um determinado laboratório, nem ficar a mercê dos aspectos mercadológicos que envolvem a questão (PROCESSO JUDICIAL ANALISADO).

Segue o juiz em suas indagações:

Sob esse viés, se há literatura médica e atestados médicos prescrevendo alternativas que solucionarão o problema, devo ponderar e encontrar um ponto de equilíbrio. Igualmente, a verdade não está apenas com o médico que prescreveu o medicamento de forma específica, apontando um determinado laboratório, afirmando amiúde, como tenho notado, que o remédio prescrito é o único que traz solução (!?); que o paciente “não se deu bem com outro medicamento”, etc. (PROCESSO JUDICIAL ANALISADO).

Em relação à sentença final, houve a inclusão diferenciada de poucas frases, mas que revelaram outras possibilidades de decidir sobre as demandas judiciais no âmbito de medicamentos, produzindo outro funcionamento, não só na prática do juiz, mas na gerência pública, na GEAF e no SUS.

Em tom de conclusão, devo acolher o pedido para condenar o Requerido a fornecer os medicamentos descritos na inicial **ou outro equivalente**, com o mesmo efeito terapêutico, desde que atestado por dois médicos especialistas, **como uma alternativa, pensando na realidade do sistema e na estrutura estatal de saúde pública**. Afinal, “a virtude está no meio termo” (*in médio consistit virtus*) (PROCESSO JUDICIAL ANALISADO - grifo nosso).

Ao questionarmos, em ocasião de entrevista, o que motivou tal mudança na maneira de argumentar a decisão, que não aparecia em processos anteriores por ele mesmo deferido, ele narra a experiência que teve com essa lógica e interesses privados, conforme expomos abaixo:

O que acontece? O médico vinha e dizia o seguinte: “você precisa do medicamento A”, mas o estado tem o B para fornecer. A maioria dos juízes, se não todos, diziam o seguinte: “o médico diz que quer o A e você que forneça o A, sob pena de prisão, de multa e tal”. O medicamento A custa 300 reais e o medicamento B custa 30 reais. Aí o médico diz: “ah, ela tem alergia ao B, então tem que tomar o A”. Só que eu detectei, (...) havia um ou dois profissionais de saúde, médicos que tinham um convênio com um determinado laboratório e de alguma forma eles recebiam o retorno do laboratório. Não sei de que forma e nem quero saber, mas é uma forma, não sei se era parente, se era amigo ou que era, mas o fato é que uns dois ou três médicos “coincidentalmente” quase todas as pessoas que iam lá eles prescreviam aquele medicamento, e só tinha que ser aquele. O estado dizia o seguinte: “perai, eu tenho um medicamento aqui, que não são 300 reais, são 30 reais, a fórmula é 100% a mesma, só que o outro laboratório é o ‘ban ban ban’, o meu aqui é o ‘banbanbanzinho’(...) Aí eu pensei: Mas como saber se uma pessoa realmente tem alergia ou se não tem? Aí eu me vi numa sinuca, numa bifurcação. O que eu pensei? Ora, eu não posso privilegiar um laboratório, de maneira alguma, não devo e nem posso fazer isso. Por outro lado pode ocorrer que o estado fale – eu tenho esse medicamento – e eu admitir aquele medicamento B e ele não funcionar. O que eu fiz: determino que o estado forneça medicamento A ou um que tenha o mesmo efeito terapêutico. Aí eu fiz: forneça o A ou pode fornecer B ou talvez o C desde, meu amigo que você me venha com dois atestados de médicos especialistas nessa área, com o CRM bonitinho dizendo que o B atenderia ao Zezinho, a Mariazinha. Então tudo bem (ENTREVISTA COM JUIZ).

Ele conclui o pensamento dizendo:

(...) Eu detectei que tinha, vamos dizer, uma máfia, entendeu? Então o camarada estava ou se enriquecendo, ou de alguma forma tendo retorno com aquilo ali. Então espera aí, meu amigo, comigo você não vai ter isso não, isso é coisa séria. Tá pensando que aqui é brincadeira? Eu vou ‘canetar’: forneça o B. Agora também não venha você, estado, falar genericamente: “ah, eu tenho o B aqui”, então joga uns dois camaradas com CRM na especialidade e aí tudo bem, se ele falar que pode eu vou determinar (ENTREVISTA COM JUIZ).

Essa experiência indica algumas das faces que compõem a problemática da judicialização. De certa forma, no caso descrito, o fato do juiz autorizar que o SUS dispense o medicamento equivalente se for autorizado por dois especialistas médicos, atinge um ponto de tensão localizado entre a necessidade do medicamento e a importância da análise atenciosa da demanda, bem como minimiza questões como a sabotagem de políticas públicas, a saúde como bem de consumo, interesses privados capitalistas, entre outras. No entanto, ainda aqui,

mesmo quando uma abertura se faz possível e outra temporalidade é impressa aos processos, esta é circunscrita aos especialistas autorizados a falar sobre a judicialização, sobre medicamento solicitado e sua pertinência ou não. Mais uma vez o usuário é alijado deste processo, sua demanda interpretada é representada ora pela fala do médico ou médicos, ora pela fala do juiz ou ainda da GEAF.

#### 4.2.3 PODER/ SABER MÉDICO: VELHAS PRÁTICAS E NOVOS EFEITOS

Ao discutirmos os processos de medicalização na contemporaneidade, percebemos como o saber médico se infiltra cada vez mais intensamente no corpo social, deslocando até mesmo a figura central do médico. Ao que parece, a medicalização atual não se concentra apenas na figura médica, mas perpassa nossas relações cotidianas, o cuidado com o outro e com nós mesmos. Desta forma, ela rompe as paredes do “Império Médico”, tornando-se um dos principais vetores de produção de subjetividade (ROSE, 2007; CALIMAN, 2006; CONRAD, 2007).

No entanto, na análise do processo de Judicialização no âmbito da Assistência Farmacêutica, percebe-se que é justamente o poder/saber do médico que impulsiona o caráter medicalizante da judicialização e não sua descentralização. A prescrição de um médico é suficiente para sustentar a decisão judicial. Ele fala pelo usuário e seus interesses, traduz sua demanda em uma demanda médica, decide se pode substituir ou não o medicamento por um padronizado. Ele conduz o juiz, como sinalizado na fala abaixo:

O que essas discussões perceberam (sobre a judicialização da saúde): o poder da judicialização está muito na caneta do médico. O que ele vai prescrever vai definir a conduta do juiz e do paciente. Então a gente tá nessa vertente para tentar conscientizar muito o médico. Ele tá lá na ponta e tem o direito de prescrever o que ele quiser como médico, mas para adquirir na rede pública a gente tem aqueles que são autorizados, que têm protocolos a serem seguidos, então por que não o que está na nossa lista? Por que penalizar o paciente a ficar de um lado para o outro procurando aquilo, por que não já passar aquilo que está na lista que já tem evidência científica, segurança, que está disponível é só pegar a receita e ir ao local? (ENTREVISTA – PROFISSIONAL DA GEAF)

Segundo relato dos profissionais da GEAF e a partir dos processos já analisados, vemos, muitas vezes, a negação da solicitação para que se substitua a prescrição por um medicamento

padronizado na REMEME feita pelo médico após contato da GEAF. Poucas vezes a negação acompanha uma argumentação que apresente as razões para tal decisão. Diante da negação do médico, não há outro caminho a não ser cumprir a decisão judicial, como no parecer abaixo:

Desta forma entendemos que o Estado não pode se eximir de garantir ao cidadão o direito à vida e à saúde, inclusive mediante o fornecimento dos remédios essenciais para o tratamento, previsto em lista própria; contudo, caso a situação de dado paciente imponha tratamento que exija fármaco não incluído na relação padrão, pois nela não há nenhum que lhe sirva, **necessário se faz que haja justificativa plausível para ensejar a tutela diferenciada, não bastando para tanto a mera alegação do médico particular desacompanhada de justificativa técnica.**

No entanto, em cumprimento à decisão judicial abrimos um processo de compra para aquisição dos itens pleiteados, e assim que estiverem disponíveis, serão encaminhados para a Farmácia de medicamentos excepcionais (...) (PARECER GEAF, 2010 – *grifo nosso*)

Nesse sentido, mostra-se a preocupação da GEAF de fazer um trabalho com os médicos prescritores esclarecendo a Política Estadual de Assistência Farmacêutica, a fim de orientá-los e envolvê-los nessa política. O juiz inevitavelmente reflete a prescrição médica em sua sentença, fortalecendo esse poder/saber médico suficiente para legitimar a decisão.

A forte presença do poder/saber médico revela ainda que no que tange ao tratamento medicamentoso pouco ou quase nenhum diálogo é estabelecido entre o médico prescritor, outros profissionais de cuidado e o próprio paciente. O processo de judicialização traz à tona este aspecto da soberania médica. A prescrição continua sendo um ato prioritariamente médico.

Buscamos nos tópicos acima apresentar as diferentes faces e questões que têm aparecido no cenário da judicialização, trazidas pelo que denominamos de tripé da judicialização: GEAF, médicos e juízes. Elas são descritas como questões relevantes, elementos que compõem a judicialização de medicamentos e que têm interferido na constituição de uma política pública de Assistência Farmacêutica. Em nossa caminhada, assumimos uma postura de afirmar que todas essas faces constituem o tema da pesquisa. A Judicialização na Assistência Farmacêutica é tudo isso: tutela antecipada, o juiz que não dialoga, gastos extras orçamentários, SUS ineficiente, interesses privados da indústria farmacêutica, saber/poder médico e outras tantas faces.

Diante dessas faces, abordaremos a seguir as ações que têm sido realizadas e pensadas no cenário do ES, principalmente a partir da GEAF e suas articulações, para lidar com tais

questões que vêm se destacando nas discussões a respeito da Judicialização na Assistência Farmacêutica.

#### 4.3 O FÓRUM INTERSETORIAL PERMANENTE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO TRAÇADAS PARA LIDAR COM A JUDICIALIZAÇÃO

O Fórum Intersetorial Permanente de Assistência Farmacêutica do ES (FIPAFES) foi instituído através do Decreto nº 1.956-R que aprovou a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo. O FIPAFES, conforme o art.3 desse decreto, tem como objetivo principal conduzir a implementação da Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo. Tal política tem como propósito maior o “de prover o acesso equânime a medicamentos essenciais e excepcionais de qualidade, em todos os níveis de atenção à saúde, cuidando de promover o seu uso racional e a humanização no atendimento prestado aos seus usuários” (ESPÍRITO SANTO, 2007a, p.76).

Dentre alguns objetivos específicos da Política Estadual de Assistência Farmacêutica estão (Ibidem, p. 76):

- Proporcionar o acesso aos medicamentos, em conformidade com o perfil epidemiológico e com as melhores evidências científicas disponíveis.
- Promover o uso de ferramentas modernas e eficientes de gestão, otimizando a aplicação dos escassos recursos públicos, orientados pelo interesse da coletividade, pelo interesse público, pelo princípio da eficiência e da economicidade.

Entre suas diretrizes, destacamos (Ibidem, p.77):

- Garantir o efetivo controle e participação social na formulação e implementação dessa Política.
- Promover o uso racional dos medicamentos, por meio de ações educativas, regulatórias e gerenciais.
- Promover a humanização no atendimento prestado aos usuários de medicamentos no Sistema Único de Saúde – SUS.

É nessa Política que vemos a importância dada à constituição do FIPAFES como instrumento de avaliação e monitoramento da Política Estadual do Espírito Santo, garantindo sua formalização (Ibidem, p.78).

O FIPAFES é formado por representantes da Secretaria Estadual de Saúde, do Poder Judiciário, da Procuradoria Geral, do Ministério Público, da Defensoria pública, do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde. Esse Fórum objetiva ser um “espaço permanente de articulação e pactuação social em defesa da REMEME, dos reais interesses e necessidades assistenciais dos usuários de medicamentos do SUS, assim como em defesa do interesse público” (ESPÍRITO SANTO, 2007).

Diante da grande recorrência das ações judiciais por medicamentos no ES nos últimos anos, a GEAF tem focado em sua diminuição. Assim, o Fórum tem se configurado como o lugar estratégico, dentro da GEAF, para o enfrentamento das ações judiciais. Ele se constitui como um sistema de regulação dentro da Política Estadual de Assistência Farmacêutica na medida em que, entre outras coisas, avalia os processos judiciais que chegam contra a SESA e a necessidade de revisão da lista da REMEME. Entre os objetivos traçados pelo FIPAFES em 2010 destacam-se:

- Disponibilizar informações técnicas para Magistrados para reduzir a excessiva judicialização da saúde.
- Oferecer cursos de aperfeiçoamento em Saúde Pública para os magistrados a fim de que tenham maior conhecimento a esse respeito na sua prática.

Como já sinalizado acima, o FIPAFES é composto oficialmente por gestores da GEAF, magistrados, farmacêuticos, advogados, conselheiros de saúde e aberto a quem estiver interessado nas discussões. Embora apareça como um espaço interessante na GEAF com o potencial de ser um lócus de discussão coletiva a respeito da Judicialização na Assistência Farmacêutica, ao longo da pesquisa e das nossas participações no Fórum, percebemos esse caráter pouco explorado.

Ao longo de 2010 e 2011, acompanhamos as reuniões do FIPAFES onde as experiências dos profissionais eram apresentadas no grupo ressaltando as especificidades e desafios cotidianos relacionados à Judicialização na saúde no Espírito Santo. Como resultado dessas reuniões do

fórum e visando ampliar os debates acerca da temática, foram realizados seminários e simpósios.

Na esteira de um movimento nacional em relação à Judicialização na Assistência Farmacêutica, o FIPAFES, juntamente com os órgãos judiciários, tem tentado organizar núcleos de assistência técnica ao judiciário, onde especialistas na área de saúde poderão oferecer informações a fim de auxiliar, principalmente aos magistrados, sobre as demandas judiciais que envolvam medicamentos.

Além disso, a partir do FIPAFES, outras estratégias têm sido desenvolvidas para lidar com as ações judiciais solicitando medicamento. O Fórum Intersetorial de Assistência Farmacêutica do Espírito Santo (FIPAFES) tem, então, firmado esse objetivo de ser um espaço para pensar e deliberar ações relacionadas aos processos judiciais por medicamentos. Assim, acompanhamos alguns encontros desse Fórum ao longo do ano de 2011, que também nos deu instrumentos de análise acerca não apenas da Judicialização na Assistência Farmacêutica, mas da própria GEAF.

Para garantir as diminuições das ações judiciais, têm-se privilegiado práticas de produção e circulação de informação acerca da Política de Assistência Farmacêutica e da lista de medicamentos padronizados em diferentes espaços, além da tentativa de garantir e fortalecer os critérios de regulamentação da dispensação de medicamentos. Vimos esse funcionamento através do campo que habitamos, nas conversas com os gestores, nas participações no FIPAFES e também nos processos judiciais que analisamos, por meio dos pareceres da GEAF.

No I Simpósio do FIPAFES, realizado em 2010, foram apresentadas algumas das ações do fórum visando efetivar a circulação das informações e do funcionamento da Política e com isso diminuir a Judicialização na Assistência Farmacêutica. Na ocasião, a coordenadora do Fórum relatou que em 2009 foi realizado um *Workshop* para médicos do SUS nas Unidades Básicas de Saúde visando à divulgação dos protocolos da Política Estadual de Assistência Farmacêutica e da REMEME. A divulgação de tais protocolos e da lista padronizada também foi direcionada ao Conselho Regional de Medicina e aos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde. Na opinião dos gestores, muitos médicos não prescrevem os medicamentos padronizados por não conhecerem ou não terem proximidade com a relação de medicamentos oficial.



Fortalecendo o objetivo que tem marcado o FIPAFES nesses anos de atuação (a partir de 2009), encontros itinerantes foram realizados em outras regiões do estado do ES, como por exemplo, Linhares e Cachoeiro de Itapemirim, a fim de ampliar o acesso da sociedade aos medicamentos mediante a apresentação da lista padronizada e da política de assistência farmacêutica. Tais reuniões, além de divulgar o Fórum e a Política de Assistência Farmacêutica do Espírito Santo, tiveram como finalidade divulgar os dados sobre a judicialização de medicamentos, como também aproximar o município das atividades realizadas pelo Fórum.

A informação como meio de intervenção para lidar com a judicialização tem ganhado força, não apenas no estado do ES, mas também em nível nacional. Além dos médicos, os magistrados, como autores das decisões judiciais, têm sido alvos de ações especializadas de profissionais que visam atender e informar a respeito das demandas na área da saúde. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a partir da Recomendação nº31 feita em março de 2010, tem fortalecido essa estratégia da informação onde “recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”.<sup>39</sup> Isso inclui apoio técnico de médicos e farmacêuticos para cooperar nas decisões dos magistrados.

No aspecto informacional, o usuário aqui aparece também como quem precisa ser informado. O FIPAFES tem desenvolvido uma proposta que será executada através de propagandas televisivas em nome da Secretaria de Saúde junto do governo do estado, chamada “Tá na lista, doutor?”. A ideia da GEAF é que tal ação possa expandir o conhecimento sobre medicamentos disponíveis, tanto para o usuário, que solicitará ao médico que prescreva, sempre que possível, o medicamento contido na lista oficial, quanto para o próprio médico que pode priorizar a prescrição de medicamentos padronizados. Busca-se com isso reduzir os processos judiciais gerados por desconhecimento da política farmacêutica.

Como dissemos, os pareceres da GEAF nos processos judiciais também apareceram como estratégia de visibilidade à REMEME, às diretrizes da Política Estadual de Assistência Farmacêutica, bem como ao modo como a gestão executa e entende tal lista e Política. Através desses pareceres, a postura da GEAF vem sendo evidenciada, principalmente, para

---

<sup>39</sup> Recomendação nº 31/CNJ de 30 de março de 2010.

Disponível em: < <http://www.idisa.org.br/img/File/REC31CNJ3032010PROCEDMEDICAMENTOS.doc>>

juízes e médicos. Para nós, acessar tais pareceres anexados aos autos dos processos judiciais foi fundamental para apreendermos materialmente o posicionamento da gestão e da Política estadual. Desse modo, traremos abaixo alguns outros pareceres que evidenciam as principais questões apontadas pela GEAF, bem como os posicionamentos privilegiados diante dos processos judiciais, estes pautados no modo de exercer a Política Estadual de Assistência Farmacêutica.

#### 4.3.1 O PARECER DA GEAF DIANTE DA ORDEM DO JUIZ

Percebe-se que existem várias especificidades nas demandas judiciais em relação ao medicamento, fato que aponta para a complexidade de fatores envolvidos na Judicialização na Assistência Farmacêutica. Buscamos a seguir apresentar alguns processos judiciais que analisamos para mostrar o que e como têm sido as solicitações e como a GEAF, através de seus pareceres, tem avaliado essas solicitações e atuado diante dos processos judiciais que chegam até ela.

Em um dos processos judiciais que analisamos, o juiz relatou que a usuária tinha tentado obter o medicamento junto no SUS, porém não obteve êxito. Assim, tendo anexado aos autos do processo o laudo e a prescrição da médica, ele apresenta sua argumentação, seguida da decisão.

Os requisitos para a concessão dos efeitos da tutela<sup>40</sup>, circunscrevem-se na verossimilhança do direito, na prova inequívoca e no perigo da demora na prestação jurisdicional.

(...) diante do explicitado e, verificada a omissão do Estado no fornecimento da medicação outrora pleiteada, DEFIRO a antecipação dos efeitos da tutela, para fins de que o requerido providencie à autora, o fornecimento da medicação CYMBALTA COMPRIMIDOS na quantidade suficiente ao tratamento, ou seja, 60mg diárias, as expensas do requerido (ARGUMENTAÇÃO DO JUIZ).

Diante da ordem judicial, a GEAF, através do parecer, argumenta e informa a respeito do medicamento solicitado:

---

<sup>40</sup> Art. 273 do CPC - o juiz poderá, a requerimento da parte, antecipar, total ou parcialmente, os efeitos da tutela pretendida no pedido inicial, desde que, existindo prova inequívoca, se convença da verossimilhança da alegação e : (redação dada ao caput pela lei n. 8.952, de 13 /12/1994) I – haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação.

Trata-se da decisão judicial compelindo o Estado do Espírito Santo ao fornecimento de medicamentos, sobre os quais tecemos as seguintes considerações:

Antidepressivo não padronizado na REMEME, mas possuindo substituto, sendo de responsabilidade municipal o fornecimento.

Não houve justificativa sobre a impossibilidade de utilização dos medicamentos padronizados e disponíveis na rede.

Ressaltamos que buscamos sempre ofertar a melhor assistência aos usuários do SUS. Porém, essa definição deve ocorrer em conformidade com as melhores evidências científicas disponíveis e não com a preferência comercial e/ou individual de algum prescritor, sob pena de não atendermos ao princípio da eficiência, da economicidade, nem o interesse público e coletivo.

No entanto, em cumprimento à decisão judicial abrimos um processo de compra para aquisição dos itens pleiteados, e assim que estiverem disponíveis serão encaminhados para a Farmácia Cidadã de Colatina, onde a requerente ou seu representante deve comparecer portando documentos de identificação e de ordem médica, para efetuar o seu cadastro (PARECER DA GEAF).

Em outro parecer a respeito da decisão judicial compelindo o estado à compra de medicamentos não padronizados para o tratamento de osteoartrite, a GEAF argumenta:

Os dois medicamentos não são padronizados na REMEME, sendo o primeiro possuindo substituto, como outros anti-inflamatórios, sendo de responsabilidade de fornecimento municipal. O segundo não possui, de acordo com estudos realizados pelo Centro de Informação sobre Medicamentos do Espírito Santo (CEIMES), contribuição certa e para esse tipo de patologia (ARTROSE DE AMBOS OS JOELHOS) os estudos ainda estão em andamento.

A terapia farmacológica da osteoartrite deve ser considerada como medida adicional à terapia não farmacológica que consiste em exercícios aeróbicos, perda de peso, ambulância assistida, terapia ocupacional, exercícios para fortalecimento muscular, etc.

Não foi adicionado nos laudos tratamentos anteriores que justificassem a indicação dos medicamentos em tela. Desta forma, entendemos que o Estado não pode se eximir de garantir ao cidadão o direito à vida e à saúde, inclusive mediante o fornecimento dos remédios essenciais para o tratamento, previsto em lista própria; contudo, caso a situação de dado paciente imponha tratamento que exija fármaco não incluído na relação padrão, pois nela não há nenhum que lhe sirva, necessário se faz que haja justificativa plausível para ensejar tutela diferenciada, não bastando para tanto a mera alegação do médico particular desacompanhada de justificativa técnica.

No entanto, em cumprimento à decisão judicial, abrimos um processo de compra para aquisição dos itens pleiteados e, assim que estiverem disponíveis, serão encaminhados para a Farmácia de medicamentos excepcionais(...) (PARECER GEAF, 2010).

Temos também um exemplo que explicita, através de ofícios e pareceres, um diálogo envolvendo a promotoria, o médico prescritor e a GEAF. Diferente de outros processos que analisamos, neste, a promotora inicia um diálogo com a GEAF por outras vias que não a ordem judicial, tentando primeiramente uma solução diretamente com a GEAF. Nesse sentido, enviou um ofício a GEAF, contextualizando-a a respeito do paciente, que necessitava de um medicamento não padronizado para o tratamento de osteoporose. Entre outras trocas de documentos, a GEAF não liberou a entrega do medicamento, exigindo, antes, a comprovação

do insucesso da utilização dos medicamentos padronizados. Afirma que a metodologia da eficácia do medicamento FORTEO (*Teriparatida*) não foi adequada. Assim sendo, a recomendação é que “o tratamento habitual com *Teriparatida* seja evitado até que estudos clínicos bem conduzidos sejam desenvolvidos para assegurar de maneira consistente a sua eficácia e, por consequência, a aplicação dos escassos recursos públicos” (GEAF, outubro, 2008).

Segundo a gerência, o uso desse medicamento só é recomendado pelo *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) após o uso de fármacos como *Calcitriol* (vitamina D), *Calcitonina*, *Raloxifeno* e *Carbonato de Cálcio*, sendo esses todos padronizados pela REMEME. Ainda reafirma que, para a GEAF, “a melhor forma de tratamento seria verificar, juntamente com o profissional médico prescritor, a possibilidade de substituir os itens prescritos pelos padronizados” (PARECER GEAF, outubro, 2008).

Diante do parecer da GEAF, o médico prescritor contesta as afirmações da GEAF e traz dados científicos e informações a respeito do medicamento em questão, a fim de sustentar sua importância. Além disso, traz o histórico do paciente em questão e as alergias desenvolvidas com o uso dos medicamentos padronizados (as drogas não reabsorvíveis) que, para o médico, pouco efeito terão no tratamento de seu paciente. Em sua argumentação ele diz:

Entendemos a extrema necessidade de doutrinar o uso de medicamentos de alto custo como a *Teriparatida* e, por isso, seria mais que importante para a SESA se assessorar neste tema, com profissionais realmente conhecedores do assunto e capazes, portanto, de otimizar o emprego dos recursos de saúde sem desperdício, com efetividade e, sobretudo com responsabilidade, evitando que pacientes como o Sr. xx siga correndo riscos pelo não uso de medicação mais efetiva. (MÉDICO PRESCRITOR, dezembro, 2008).

Após receber a resposta do médico acima, a promotora novamente retorna o contato através de um ofício dizendo à GEAF que, diante das justificativas e anexos enviados pelo médico prescritor, a substituição do medicamento pelos padronizados na REMEME não foi possibilitada. Afirma ainda que, apesar de entender ser necessário, diante dos escassos recursos públicos, ter critérios para medicamentos de alto custo, tratando-se do paciente em questão ela afirma:

Vislumbramos, embora leiga na matéria, grande razoabilidade nas ponderações lançadas pelo Dr. xx, dadas as particularidades do paciente. Desse modo, vimos encaminhar as informações do doutor e, ao mesmo tempo, REQUISITAR a essa Gerência o urgente atendimento ao senhor, mediante o fornecimento dos

medicamentos que lhe foram prescritos (PROMOTORA DE JUSTIÇA, dezembro, 2008).

Em seguida, após receber tal requisição, a GEAF documenta um parecer novamente à promotora dizendo que em momento algum se questiona a eficácia da medicação e sim a indicação em situações de excepcionalidade em que o paciente já tenha, comprovadamente, realizado os tratamentos convencionais. Alega ainda que a maioria dos estudos para o uso do medicamento pleiteado são com mulheres pós-menopausas e muito poucos referem-se à osteoporose masculina, como é o caso do paciente em questão.

A respeito do custo do medicamento, afirma que é de R\$2.300,00 a caneta, que dura 30 dias de tratamento, estando no Brasil desde 2003, tendo um único fabricante. Além disso, retoma a questão da ausência de documentos que comprovem que o requerente utilizou, via REMEME, os medicamentos padronizados. Conclui o parecer da seguinte maneira:

Não estamos indeferindo a solicitação do medicamento *Teriparatida*, apenas, enquanto serviço público, temos que trabalhar na lógica das evidências científicas, no custo-efetividade e no uso racional dos medicamentos. Sendo assim aguardamos o encaminhamento dos recibos comprobatórios de uso dos medicamentos, mencionados em laudo médico, para que possamos emitir o parecer final (PARECER GEAF, dezembro, 2008).

Diante desse parecer, o médico prescritor encaminhou uma ratificação da sua decisão de tratar a osteoporose do paciente com a *Teriparatida*, “por ser a possibilidade mais viável e que melhor irá beneficiá-lo”. Ressalta que “não está preocupado com o que seja mais conveniente para o sistema público de saúde e sim com o que é melhor para o paciente”. Em relação ao outro medicamento denominado *Caldê*, por se tratar de Carbonato de Cálcio com vitamina D, “pode ser substituído por genérico ou similar. Nossa decisão é definitiva” (MÉDICO PRESCRITOR, janeiro, 2009).

Anexado ao processo, vimos dois últimos pareceres da GEAF direcionados à promotora, reforçando alguns procedimentos da Política de Assistência Farmacêutica e tecendo considerações finais, que ao nosso entender, terminaram na não liberação do medicamento, devido ao não atendimento das solicitações feitas pela GEAF e não comprovações de tentativas anteriores do uso de medicamentos padronizados. Fundamentaram ainda que a prescrição feita pelo médico

caracteriza-se como uma clara preferência médica por determinado medicamento/marca. Dessa forma, não se justifica a disponibilização pela rede pública do medicamento prescrito, em detrimento de outra opção terapêutica já padronizada e disponibilizada, que possui eficácia e segurança comprovada

cientificamente (...) Em relação ao laudo do referido médico, no trecho onde afirma que não estamos preocupados com o que seja mais conveniente para o sistema público de saúde e sim com o que é melhor para o nosso paciente, ressaltamos que o compromisso maior dessa Secretaria de Estado é com o usuário (...) (PARECER GEAF, janeiro, 2009).

Após esse parecer da GEAF, a promotora elaborou um novo documento relatando o histórico sobre o paciente. Neste documento, a promotora lembra que a GEAF informou ao paciente a necessidade dele procurar seu médico novamente a fim de solicitar que ele substituísse o medicamento FORTEO por um específico da REMEME. No entanto, esclarece que o médico prescritor se manifestou dizendo não ver possibilidade de substituição do medicamento prescrito justificando a particularidade do quadro clínico do paciente. Alegou que o paciente já teria feito uso de drogas *antirreabsortivas*, que são as padronizadas na REMEME, sem, no entanto, obter resultado. Ressalta que o paciente também apresentou importante processo alérgico. Diante disso, segundo a promotora, apesar das regras do SUS, o médico pediu alguma flexibilização para os casos em que, “efetivamente for demonstrada a necessidade de determinado medicamento, como no caso sob comento, acobertado pelas razoáveis ponderações lançadas pelo médico prescritor”.

Em relação à posição da GEAF de que o médico deve prescrever o medicamento substituto, a promotora diz que tal postura não pode prevalecer, “considerando o parecer médico no sentido de que já utilizou medicamentos com as características dos padronizados (não reabsortivos) que causaram péssimas reações no paciente, piorando sensivelmente seu quadro”. Ainda segue argumentando e expondo sua posição:

O paciente aguarda ansioso o início do tratamento a que tem direito e vem tendo seu quadro agravado pela burocracia que essa secretaria vem lhe impondo, e que culminou, mesmo com toda a justificativa apresentada, por indeferir-lhe o fornecimento do medicamento.

Nessas condições, como última tentativa antes do ajuizamento da respectiva ação judicial para a garantia do direito do paciente, reportamo-nos para solicitar análise da situação posta, no prazo de 5 dias, dada a urgência que o caso requer e o tempo de espera que o paciente já enfrentou, para que providências imediatas sejam adotadas, visando o fornecimento FORTEO ao paciente (PROMOTORA DE JUSTIÇA, OUTUBRO DE 2008).

Diante do documento acima e da requisição feita pela promotora, temos o novo parecer da GEAF em fevereiro de 2009:

Considerando nossas manifestações já realizadas nos autos;  
Considerando que não encontramos evidências científicas que fundamente o uso no sexo masculino;

Considerando que, ao contrário, encontramos evidências e restrições de organismos internacionais respeitados que não recomendam o uso desse medicamento em pessoas do sexo masculino, por não haver estudos consistentes que evidenciem real benefício nesse tratamento;

Considerando nosso compromisso e responsabilidade de somente aplicar recursos públicos em tratamentos que tenham comprovação científica de proporcionar real benefício aos usuários;

Considerando que a opinião pessoal do médico em particular, por mais que deva ser respeitada, não se constitui uma evidência científica e, portanto, não deve definir nem as ações do Ministério Público do ES, nem dos gestores em saúde e,

Considerando o lacônico parecer do médico-assistente do paciente em questão, que demonstra um absoluto descaso com a aplicação do recurso público e, por consequência, descaso com o interesse público;

Reiteramos nosso opinamento anterior, indeferindo a solicitação inicial.

Ao mesmo tempo queremos registrar nossa discordância sobre a afirmativa da Ex<sup>a</sup> Sra. Promotora de que o paciente “vem tendo seu quadro agravado pela burocracia que essa secretaria vem lhe impondo”. Conforme explicitamos previamente, nossa conduta e negativa à solicitação não se ampara em burocracia, mas no absoluto cumprimento da nossa responsabilidade com o interesse público, fundamentando nossa tomada de decisão em evidências científicas.

Como a GEAF indeferiu a requisição da promotora, deve ter ocorrido o ajuizamento da ação conforme ela mesma sinalizou, caso não houvesse a compra do medicamento. No entanto, não encontramos mais informações a respeito nos outros processos analisados. Este último processo foi trazido de maneira extensiva para dar maior visibilidade aos casos em que se demanda o medicamento sem que nesta demanda esteja inscrito a ordem judicial inicialmente.

Vimos que quando há a ordem judicial, o parecer é único, esclarecendo algumas questões, mas dizendo no final que em cumprimento à ordem judicial, o medicamento solicitado será comprado. Como vimos no tópico anterior, tal imediatividade impressa na ordem judicial muitas vezes deteriora a possibilidade de um diálogo entre os envolvidos e enfraquece a construção de outras saídas, que não apenas o cumprimento endurecido da decisão. No entanto, o último caso expressa também um endurecimento por parte da GEAF, a partir do momento em que a conversa não se inicia com a ordem judicial. Destacamos certa fixação no modo em que o protocolo deveria ser cumprido, não bastando a alegação do médico dizendo que o paciente já teria tentado o uso dos padronizados. A necessidade de que se provasse isso, através das notas fiscais da compra do medicamento semelhantes ao padronizado, distancia uma assistência farmacêutica mais solidária e coletiva, inclinada ao usuário.

Essa análise se fortalece na medida em que, até aqui, vemos que o usuário não aparece nesse cenário que se desenha ao redor da Judicialização, senão como alguém a ser informado. Ele não é convocado para narrar sua experiência e interferir nas decisões e ações da GEAF. Sabemos, também, que os dispositivos judiciais podem funcionar de um modo a sucumbir a

expressividade de quem os utiliza, uma vez que formaliza e rebusca a sensibilidade da demanda ao traduzi-la em letras e argumentos jurídicos. Contudo, quando a humanização no atendimento é uma diretriz, como no caso da Política Estadual de Assistência Farmacêutica, há uma indicação de atenção e acolhimento ao que não está prescrito. Há uma sugestão de que o usuário seja convocado a dizer e interferir, não por meio de laudos e receitas, ou mesmo por pareceres e argumentações jurídicas, mas pela força da experiência e de seu protagonismo. Como afirmar as experiências dos usuários como instrumentos de protagonismo e autonomia?

De qualquer forma, nosso intuito neste tópico foi utilizar os pareceres da GEAF intercalados com outros documentos e ofícios dos envolvidos a fim não apenas de materializar as posturas e práticas que visualizamos no contexto da Judicialização na Assistência Farmacêutica, mas também trazer o aspecto de quem diz e opina da/na judicialização hoje, de maneira geral. Através dos processos, explicita-se quem é chamado para definir e decidir a respeito do curso dos processos. Buscamos também apontar como a judicialização, muitas vezes, é vista pela GEAF e as suas formas de argumentar diante da problemática.

Ressaltamos que, em geral, os processos analisados foram de 2009 e 2010 e que, desde então, já observamos alterações na maneira de lidar com os processos por parte das diversas partes, seja médicos, gestão ou judiciário. Embora ainda hoje alguns diálogos se resumam aos processos judiciais, principalmente desde 2010, a GEAF tem desenvolvido espaços que promovam uma aproximação dos diferentes atores possibilitando que as discussões extrapolem as palavras “frias” dos processos judiciais e pareceres.

#### 4.4 ALGUMAS ANÁLISES E INTERROGAÇÕES A RESPEITO DO QUE TRAÇAMOS ATÉ AQUI

Diante das ações voltadas para ampliar as informações a respeito da política e prática na Assistência Farmacêutica no Espírito Santo, questionamos: Qual tem sido o efeito dos espaços de discussão criados, como o FIPAFES? O que os pareceres da GEAF indicam em relação ao seu modo de funcionar? Como fazer para que as informações trocadas e disponibilizadas sejam instrumentos de criação e intervenção nos modos de exercer as políticas públicas de saúde, especialmente a Política Estadual de Assistência Farmacêutica?



Quando olhamos para as diversas questões presentes na dinâmica da Judicialização na Assistência Farmacêutica, seja a Tutela Antecipada, desestabilização do orçamento público, ineficiência do SUS, poder/saber médico, indústria farmacêutica, ou tantas outras que estão presentes, indicamos uma dimensão ampliada da problemática. Por todas estas características, evidencia-se que as ações que vêm embasando as estratégias da GEAF para lidar com a judicialização de medicamentos, passando pela circulação e produção de informação, não contemplam todas as vertentes envolvidas nesse cenário.

Nesse aspecto, percebemos que frente aos diversos pontos de tensão presentes é necessário envolver diferentes espaços, demandando a criação de uma série de outros dispositivos de intervenção, ficando evidente que apenas a circulação de informações não é suficiente para alcançar a questão da judicialização de medicamentos. Alcançar as questões não é resolvê-las, mas potencializar o caráter interrogativo e problematizador das ações de intervenção.

Diante da complexidade envolvida, como é possível atingir ao máximo os pontos de tensão que constituem o fenômeno? Como não dar relevo a apenas uma das faces problemáticas, no caso o desconhecimento da Política em questão? Acompanhar o processo da judicialização sem reduzi-lo passa por ouvir as diferentes partes e experiências envolvidas. Se o que se busca é ampliar as estratégias de intervenção, é fundamental ouvir as demandas presentes no campo, não enquanto algo a ser suprido ou cessado, mas analisado a fim de saber como as ações devem ser direcionadas. Nesse sentido, é preciso admitir o processo de produção da demanda como elemento fundamental de intervenção na medida em que ele analisa práticas e funcionamentos. Incluir o processo de produção é romper com um lugar circunscrito do saber que restringe quem pode interferir na judicialização e como interfere.

A partir da trajetória realizada nesta pesquisa há uma forte indicação de que as falas de intervenção e discussão existentes nos espaços instituídos de visibilidade da Judicialização da Assistência Farmacêutica – FIPAFES, simpósios, congressos, etc. – estão restritas a uma esfera especialista, que esboça um tripé composto por médicos, juízes (e alguns outros operadores do Direito) e gestores de saúde. Ainda, nas diversas bibliografias que lemos a respeito do tema da Judicialização na saúde, quase a totalidade delas fortaleciam a hegemonia desse tripé.

Queremos chamar a atenção para o que a Judicialização tem colocado em análise em relação às práticas e políticas envolvidas, defendendo a importância de se considerarem os diversos

elementos presentes em seu processo de produção. Para isso, é preciso deslocar esse triângulo que tem sido privilegiado nas discussões, trazendo outras figuras produtoras na questão.

Na medida em que observamos os enfrentamentos evocados pela GEAF, visualizamos uma lacuna nos modos de lidar com a judicialização a partir do momento em que uma força elementar não tem sido chamada ao diálogo. Em nenhum momento vemos os atores que demandam nas ações judiciais sendo convocados aos espaços de discussão da judicialização de medicamentos, impossibilitando que a própria demanda fosse interrogada. Não negamos que o acesso à informação se configure também como um direito do usuário, pois conhecer os medicamentos disponíveis na rede de saúde pública e saber como eles funcionam no contexto de cada tratamento são elementos fundamentais na produção de saúde. Sob esse viés, informar ao usuário a respeito do funcionamento da Política de Assistência Farmacêutica passa a ser uma ferramenta importante para o acesso ao medicamento. No entanto, manter o usuário como aquele que deve apenas ser informado não garante a ampliação da Assistência Farmacêutica.

O que o usuário que aciona a justiça tem a narrar e interferir nesse processo? Diante desse contexto, outro momento da nossa pesquisa foi trazer os usuários que entraram na justiça pleiteando medicamentos. A partir da escuta do que eles narravam a respeito do processo de entrar na justiça, engrenagens da quebra de um tripé especialista foram acionadas, ampliando a colocação do problema da Judicialização na Assistência Farmacêutica e ampliando o campo de análise.

A partir das narrativas, a demanda do usuário que entrou na justiça deixa de tratar-se sempre e tão somente de uma demanda por medicamento, descrita *a posteriori* como necessária ou desnecessária, de acordo com a decisão dos poderes envolvidos e da lista padronizada de medicamentos. Trazer as experiências dos usuários evidenciou um cenário ainda mais emaranhado, bem como ampliou os modos de pensar e intervir na judicialização, já que evocou outras histórias e pontos de tensão.

As ações judiciais colocam em análise não apenas a falta de medicamento ou de informação, mas também outros elementos. Assim, afirmamos que é fundamental, para investigar tais elementos, trazer não só os profissionais que sustentam o tripé da judicialização, mas também a experiência dos usuários. No capítulo seguinte iremos abordar as narrativas dos usuários como potência de intervenção e análise da Judicialização da Assistência Farmacêutica,

buscando visualizar a maneira como a judicialização se relaciona na produção e afirmação de uma Política Estadual de Assistência Farmacêutica mais comum.

## 5 EXPRESSIVIDADES DA VIDA: ANÁLISE DAS NARRATIVAS

Acompanhar o movimento da Judicialização da Saúde e habitar seu território nos fez, tão logo, adentrar a Política de Assistência Farmacêutica do ES, seus protocolos e normas, modos de funcionamento da GEAF, processos judiciais, laudos, etc. espaços fundamentais para entendermos os pontos por quais circulamos no exercício da política e as direções pelas quais ela tem se movido.

Vivenciando tais espaços e modos de funcionar, um pensamento se configurava de maneira muito forte em nós: a ideia de que para alguém acessar uma política pública do SUS era necessário entender e dialogar com seus limites e normas das políticas de saúde. Habitamos um contexto de gestão que produziu um movimento na pesquisa onde se fortalecia uma certa visão: “bom, se o usuário quer o medicamento do estado, existem protocolos a seguir”. A fala da profissional da GEAF durante a entrevista exemplifica essa visão: “(...) mas para adquirir na rede pública a gente tem aqueles que são autorizados, que têm protocolos a seguir, então por que não o que está na nossa lista?”.

Como já dissemos, de fato é necessário que ocorra esse diálogo com as normas e protocolos, mas no contato com as histórias que ouvimos, percebemos que tal postura mantinha o campo analítico num formato minimamente confortável, acomodando algumas inquietações. Em certo sentido, a interrogação “por que não o que está na nossa lista?”, não era considerada na radicalidade que ela pode instaurar no processo de judicialização. O “por que não?” precisava ser sustentado e não rapidamente respondido, abrindo espaço para que histórias singulares, que demandavam estratégias também singulares e dialogais de intervenção fossem coletivamente construídas. Assim, tentando sustentar esta pergunta, o “por que não?”, começamos a ouvir as narrativas, de modo que as novas peças e novas falas trazidas exigiam uma ampliação, uma nova configuração do processo de Judicialização no âmbito da Assistência Farmacêutica. Quais os limites de padrões e protocolos quando em contato com a singularidade? Como afirmar uma postura ética diante das experiências? Sabemos que esses desvios foram fundamentais no nosso trabalho, mas no momento em que ocorrem as torções há uma dolorosa perturbação.

Campo, pra que te quero?

É mistura. O campo que me aparece é múltiplo, cheio de afetações. É intenso ver a forma que outrora se achava quase pronta, desfazer-se. Talvez um dia eu veja a

leveza e a beleza dessa *desformidade*, mas hoje foi violento, abrupto, atroz. Dizemos que a beleza da pesquisa se encontra nesses desvios, nas torções, mas hoje me parecem sufocantes. Não pela coisa em si, nem por me mostrar outra coisa, mas por colidir com o que já antes era forma. A experiência de hoje não só acresce, ela transforma, muda, e até mesmo nega as afirmações de ontem. Certo é que para desmanchar essas formas-limites é preciso tensionamento, invasão, violação. Viola nossa propensão de desejar mantê-las, em nome de uma suposta tranquilidade nas nossas afirmações (...) (**diário de campo, 15/08/11**).

Quando trazemos o usuário através de suas narrativas e histórias, multiplicamos a forma de analisar a Judicialização da Assistência Farmacêutica, ou melhor, multiplicamos a própria judicialização como fenômeno. Ela não deixa de ser tudo aquilo que GEAF, juízes, médicos dizem sobre o fenômeno e exercitam em suas práticas e discursos, mas é também outras coisas. A “versão dos usuários” não é apenas uma nova forma de interpretação da judicialização, ela revela uma parte do que chamamos de judicialização. Enquanto a judicialização é produzida e discutida entre o tripé destacado; enquanto os pareceres, laudos, receitas e argumentações jurídicas estão sendo elaborados, há uma vida sendo experienciada e tal experiência não tem sido acessada.

Com as narrativas trazidas, a demanda judicial em si deixa de ser reduzida apenas ao medicamento solicitado, mas surge de forma ampliada, como analisadora da forma de operar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica e os modos de atenção do SUS e da rede de saúde. Como validar essas experiências, considerando-as interventoras no exercício da política de saúde?

Convocar o usuário para contar de sua experiência e a partir dela interferir no campo, nos fez entender que sua demanda, embora materializada na ação judicial, não começa e nem termina na necessidade do medicamento, ampliando a problemática do tema. Sustentar tal ampliação nos apela a pensar e convocar múltiplas estratégias de intervenção. Assim, quando se quer a redução do uso da justiça para o acesso a medicamentos ou quando sua ação é justificada é fundamental ouvir o que as narrativas estão dizendo. Ressaltamos que quando apostamos nas narrativas dos usuários como caminho a percorrer, não é para trazê-las como justificativa à ação judicial, mas como sinalizadoras e analisadoras de práticas e políticas.

Direcionados para a escuta das narrativas, nesse que podemos chamar de segundo momento da pesquisa, conversamos com seis usuários<sup>41</sup> que entraram na justiça para pedir

---

<sup>41</sup> Dos seis, uma conversa foi por telefone, mas preciosa como narrativa e enquanto disparadora de outros questionamentos.

medicamento, tanto para si próprio ou para um familiar próximo, como filho ou marido. Na medida em que avaliamos as falas dos usuários, optamos por organizar este capítulo a partir de algumas questões evidenciadas e que foram apontadas como elementos de análise importantes a respeito do tema investigado.

Para facilitar a compreensão, sinalizaremos as narrativas, quando utilizadas, em: Narrativa I; Narrativa II; Narrativa III; Narrativa IV; Narrativa V e Narrativa VI. Retomamos a aposta metodológica já sinalizada a fim de lembrar que o caráter das narrativas forja-se nas singularidades das experiências, que aqui não são fixadas no campo da personalidade ou da individualidade, mas como enunciação de um coletivo.

### 5.1 O PROCESSO DE PRODUÇÃO DA DEMANDA OU O QUE AS RECEITAS, LAUDOS E PARECERES NÃO NARRAM.

O primeiro contato via telefone com o usuário nos impõe uma torção. Durante o telefonema, ao dizer que obtivemos o seu contato através de uma lista<sup>42</sup> disponibilizada pela coordenadora da GEAF contendo o nome de pessoas que recebem medicamento em virtude de ação judicial, ele se mostrou surpreso, pois afirmara que ainda não recebia o medicamento constado na lista, e que, pelo contrário, todo mês comprava o medicamento no valor de R\$500,00. Ainda pelo telefone, não apenas aceita narrar sua experiência, como se apressa em querer marcar uma conversa no mesmo dia, acreditando que poderíamos ajudá-lo a conseguir a liberação do medicamento.

Diante da possibilidade de permear sua história, conseguimos marcar no dia seguinte a conversa pessoalmente. Contudo, de imediato algumas questões se colocaram: como há uma lista com o nome do juiz que deferiu o processo, o medicamento que vem sendo dispensado e este medicamento não alcança as mãos daquele senhor? Após o encontro tentamos investigar este caso, enviando os dados do usuário e as outras informações para GEAF a fim de saber o que poderia ter ocorrido. No entanto, embora nosso *email* tenha sido encaminhado para o setor responsável, não obtivemos resposta a esse respeito.

---

<sup>42</sup> Conforme detalhado no tópico do percurso metodológico, tal lista nos foi disponibilizada pela GEAF.

No dia seguinte, o usuário começou sua fala nos contando sobre seu processo de adoecimento, expondo qual era o contexto vivenciado no momento em que ele entrou na justiça para pleitear o medicamento. Quando o processo de adoecimento nos é narrado, fica clara a importância daquele medicamento específico no tratamento do usuário como segue abaixo:

Há três anos atrás eu tive uma convulsão muito forte. Antes eu já sentia dor na cabeça, e achava que era das vistas porque eu trabalhava com solda, eu tenho grau alto de miopia e astigmatismo, e pensava que era das vistas. Aí procurei o oftalmologista, ele fez os exames e disse que não tinha nada que poderia estar causando uma dor tão forte. (...) Aí eu tive uma convulsão. Fui para o Metropolitano (hospital), eles fizeram uma tomografia e viram que tinham alguma coisa, um tumor, mas não dava para diagnosticar o tumor e fiz uma ressonância magnética. Aí o neurocirurgião disse que tinha um *macroadenoma hipofisário* e estava muito grande, com 5 cm. (...) Ai o cirurgião me disse o seguinte: “o tumor tá muito grande, tá numa região muito perigosa, onde fica o nervo óptico, as artérias, a glândula hipofisária e se operar eu vou ter que rachar sua cabeça e sua chance de vida é muito pouca, 90% de chance ou de morrer na cirurgia ou ficar com sequelas muito grandes se tirar esse tumor, então vou te encaminhar para uma endocrinologista, e fazer um tratamento com remédio **(Narrativa I)**.”

Ainda, segundo ele, a parte mais difícil do processo de diagnóstico foi a expectativa a respeito do efeito do anticonvulsivo, nos quatro primeiros meses, pois não teria como prever a eficiência do medicamento em evitar as convulsões.

Na hora que o neuro falou que eu poderia morrer na mesa, na hora perdi o chão, sinceramente. Na hora, eu e minha esposa...nossa! A situação pior foram os 4 meses de tratamento porque só podia fazer uma avaliação após 4 meses de tratamento, mas eu já estava tomando o anticonvulsivo e o outro. E a endócrino não tinha certeza se ia dar certo. Até o neuro falou que eu tinha que rezar muito para conseguir eliminar a causa do problema com remédio, porque a cirurgia era muito complicada **(Narrativa I)**.

Havia, portanto, a possibilidade de ocorrerem outras convulsões, o que seria muito arriscado, pois devido aos problemas cardiológicos, outra convulsão ocasionaria um risco eminente de morte.

(...) de antemão o neuro já mandou eu tomar o anticonvulsivo pois disse que eu não podia ter outra convulsão senão me dava parada cardíaca por causa do tamanho do tumor.(...) **(Narrativa I)**.

No correr da conversa, ele esclarece como foi o processo de tentativa para obter o medicamento administrativamente, no entanto, lembra que por não ser padronizado, recebeu um parecer da GEAF negando e dizendo que eles teriam um substituto, que poderia ser liberado através de nova receita emitida por seu médico.

Fui ver o preço do Carmagolina<sup>43</sup>, um frasco com oito comprimidos era duzentos e poucos reais, eu tomaria sete por semana, como eu ia conseguir? Ia ficar mil e tanto e o outro Oxcarbazopina (anticonvulsivo) quinhentos e tanto (...) ai fui procurar a assistente social da empresa (CRE) e disse: você compra na farmácia conveniada, que desconta em folha e entra com processo administrativo. Ai entrei, todo aquele relatório, laudo e o CRE autorizou a Carbergolina, mas o outro (Oxcarbazopina) não. Negou porque ele não era padronizado. Ai eu tive que ir comprando, mas ainda bem que eu consegui pegar o outro (**Narrativa I**).

Quando levou o nome do medicamento padronizado para o médico, este fez um laudo não autorizando a troca pelo padronizado. Assim que o usuário levou o laudo do médico justificando o motivo de não se poder substituir o medicamento, alertando para o risco que o paciente não poderia correr, devido à história que narramos acima, o pedido também não recebeu autorização de compra do medicamento pela GEAF.

(...)Ai tem um similar lá, mas eu trouxe o nome dele para o meu médico, mas o médico fez um laudo e falou que não podia tomar. Eu mandei o laudo pro CRE e a assistente social falou que o único conselho que me dava era para eu entrar na justiça. Ai eu corri atrás, procurei a defensora pública, começou no Centro com a Dra. XXX, depois foi pra UFES (Defensoria Pública localizada na UFES) e tá tudo aqui. Até hoje nada. (**Narrativa I**)

É nesse cenário que ele demanda o medicamento, no momento em que os meses iniciais já tinham passado e o anticonvulsivo não padronizado tinha alcançado efeito positivo. Registra-se neste ponto o risco que se assumiria caso substituísse o medicamento que já estava fazendo efeito pelo padronizado. Segundo o usuário, se fosse até um genérico, o médico trocava, mas a farmácia cidadã não disponibilizava em sua lista de padronizados.

Foi-nos narrado por uma mãe de um menino com Diabetes tipo 1, que no momento em que ela resolveu solicitar outra insulina ao SUS, o medicamento padronizado utilizado até então já não estava assegurando o bem-estar de seu filho, pois ele estava tendo picos de hiper e hipoglicemia, correndo o risco de um coma e até mesmo de morte. Assim, ela nos contou que a sua rotina estava sendo acordar de tempo em tempo para ver se estava tudo bem com o filho enquanto ele dormia, afetando o funcionamento de toda a casa. Algumas vezes ela o viu suando frio à noite, com fortes picos de hipoglicemia e com o corpo enfraquecido.

---

<sup>43</sup> Diante do diagnóstico do usuário foram prescritos especialmente dois medicamentos: Carmagolina e Oxcarbazopina. O primeiro é um padronizado, o qual ele recebia pela farmácia cidadã, pois conseguiu mediante processo administrativo. O segundo não é padronizado sendo que, após tentativas de solicitação pela via administrativa, o usuário resolveu recorrer à justiça por não terem sido deferidos os outros processos. A lista que tínhamos indicava que o juiz tinha deferido a ação judicial e autorizado a compra do medicamento, constando inclusive o nome do juiz. No entanto, por motivos desconhecidos, o usuário não recebia o medicamento, mesmo estando na lista da GEAF dos que recebiam medicamento constando o nome do usuário, o medicamento, e o juiz que deliberou, conforme dito.



A insulina que ele tomava tava dando picos nele e a noite é um perigo porque a pessoa não sente, não controla, eu não dormia direito, ficava vigiando ele. A irmã mais nova dormia com ele também, porque ela dizia que ficava com dó de mim, que eu estava muito cansada e que iria me ajudar e me ajuda até hoje (**Narrativa II**).

A experiência do diagnóstico de Diabetes, conforme relatado pela mãe, afetou a família e todo seu cotidiano. A mãe, que é advogada, parou de trabalhar para cuidar do filho. Segundo ela, “doce, bala não entra aqui em casa. Quando tem uma festa, uma social que a gente sabe que vai ter *comes e bebes*, nós não vamos. Várias coisas que afetam a família toda”. Ainda que a mãe saiba que nem sempre os desafios diante da patologia são assim para todos, para sua família é uma questão delicada que exige constante cuidado.

Tem gente que diz que conhece várias pessoas que descobriram a diabetes tipo I e que levam a vida normal, mas é mentira. Aqui não tem nada de normal, é tudo anormal. Você ter que controlar um adolescente é muito difícil. Às vezes ele fica nervoso, questiona, não entende, diz que não vai mais tratar. Ele sente muita fome e às vezes fica difícil controlar isso. Então, eu não ia correr o risco de ver meu filho morrer por causa disso. Se tem uma insulina melhor, eu vou querer. O médico mesmo disse que para ele seria bem melhor, esses picos seriam praticamente eliminados, por isso, mesmo não tendo conseguido diretamente no administrativo, eu recorri em juízo. (**Narrativa II**).

As narrativas escancaram o desafio e a necessidade de acompanhar o processo de produção da demanda da qual a judicialização é muitas vezes apenas a parte mais aparente. Elas aparecem para evidenciar que não se abrangem as singularidades com uma política formatada *a priori*. A política precisa da experiência para traçar estratégias, linhas de possibilidades, a fim de que o cuidado e a acolhida sejam efetivados, para além da normalização, do controle, da hierarquização, dos protocolos, etc.

Em nossa pesquisa, como já dito, acompanhamos as tentativas da GEAF, através do FIPAFES de divulgar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica, bem como as listas padronizadas para médicos, magistrados e usuários. A expansão dos protocolos e modo de operar da Política é um passo importante e fundamental, na medida em que em muitos casos o medicamento padronizado, na opinião dos médicos, pode ser uma opção para atender a demanda do usuário. Além de evitar gastos não planejados para o SUS, facilita e torna célere o próprio acesso ao medicamento, pois será necessário apenas abrir um processo administrativo<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup>Como explicamos anteriormente, o processo administrativo exige cumprir os protocolos através do preenchimento de dados e o anexo de documentos, como, por exemplo, a prescrição médica. Caso o usuário queira pleitear um medicamento não padronizado é necessário informações mais detalhadas, como laudos e

No entanto, é preciso estar atentos para que, no momento em que se busca divulgar uma lista geral de medicamentos e fazê-la operar, as singularidades de cada projeto terapêutico não sejam anuladas. Não podemos nos armar aos casos em que o médico não autoriza a substituição, como se fosse sempre por desconhecimento, vaidade de opinião, interesse ou outras questões, embora tenhamos que estar alertas, problematizando tais posturas e práticas. Em muitos casos, o laudo médico não autorizando a substituição do medicamento solicitado pelo padronizado revela um desconhecimento médico das políticas de assistência farmacêutica. Em outros, o ponto de vista médico é mantido por interesses econômicos ou por imposição de um ponto de vista do qual não se quer abrir mão. Como destacamos nos tópicos anteriores, nestes casos falaríamos respectivamente da influência da indústria farmacêutica na escolha do medicamento prescrito e do fortalecimento do poder/saber médico. No entanto, a recusa médica pode também revelar os limites terapêuticos das normatizações e padronizações da Política de Assistência Farmacêutica. Por outro lado, a demanda que sustenta o processo de judicialização não pode ser reduzida à descrição médica do processo. Ela já é em si um instrumento de purificação.

Salientamos que a estrutura de um laudo médico – instrumento acessado pela GEAF portando o percurso do usuário – não possui as mesmas expressividades como as percebidas na narrativa que ouvimos. Ou seja, a formalidade de um laudo médico produz sentidos diferentes, pelo menos ao nosso entender, se comparada a uma narrativa realizada pelo próprio sujeito a respeito de seu processo de adoecimento e tratamento.

No entanto, o fato do laudo médico formalizado revelar uma especificidade a ser analisada evidencia a importância de que o usuário seja convocado a narrar o processo de adoecimento e, no caso em questão, da experiência com a medicação para que a decisão seja tomada. Ainda que não preguemos um modelo de Assistência Farmacêutica, sinalizamos a importância de que, diante de uma especificidade como o exemplo que expomos, sejam convocados outros modos de escuta para além da formalidade do laudo médico e do cumprimento endurecido dos protocolos. Quando o usuário é chamado, através da escuta de sua experiência, há então práticas de produção de saúde aproximadas com ações humanizadas.

---

exames médicos, bem como a comprovação de tentativas anteriores do uso do padronizado substituto, ou outro documento que justifique para a GEAF a solicitação de um medicamento que não está na lista.

## 5.2 OS MODOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESPÍRITO SANTO: ENGRELAGENS PARA A JUDICIALIZAÇÃO?

As experiências que iremos trazer neste tópico indicam como tem se dado a relação entre a demanda do usuário e o funcionamento que envolve a Política Estadual de Assistência Farmacêutica. As narrativas também problematizam o modo como têm sido avaliados os processos de demandas avulsas que chegam até a farmácia e como essa avaliação tem sido experimentada pelos usuários que a vivenciam.

Na fala abaixo é exposto que quando as avaliações não ocorrem de maneira clara para quem entrou com o pedido na farmácia, as etapas do processo podem parecer até mesmo contraditórias. Podemos observar isso na fala abaixo:

Procuramos a farmácia então, marcaram o perito, o perito nos atendeu depois de um tempo ligando, marcando, ligando de novo, marcando, acho que levou uns três meses para conseguir o perito, porque tem que passar por esse perito deles, do estado. Aí eu *leveí ele* (o filho) lá, falei tudo e ele (o médico perito) disse pra gente que essa insulina que foi passado pra ele é uma insulina mais cara, mas era realmente melhor (para o filho) e então ficamos esperando um parecer favorável. Ele disse que demoraria um pouco para elaborar o parecer, mas a gente ficou esperando feliz da vida. Compramos até chegar o parecer. Aí quando ligaram para mim, eu fui lá achando que ia ser favorável e receber, mas cheguei lá e tinha um parecer negando a insulina, aí eu fiquei sem entender, né? Como um médico, perito, diz para mim e para o meu filho que ia fornecer o medicamento porque realmente era melhor para ele e por causa da idade dele – porque a outra que ele usava fazia picos de hipoglicemia e hiperglicemia que pode levar a óbito – e nega depois? Aí a partir disso a gente teve que ingressar em juízo mesmo, para mostrar para o juiz toda essa problemática dele e o juiz nos deu uma liminar (**Narrativa II**).

O relato visa colocar a própria realização da perícia em análise, juntamente com os critérios determinados para a disponibilização de outro tipo de medicamento que não esteja na REMEME. Aqui cabe uma explanação curta sobre a CEFT – Comissão Estadual de Farmacologia e Terapêutica que foi reestruturada em março de 2010 através da *Portaria 054-S de 02 de março de 2010*, que estabelece as competências que passam a ser da CEFT incluindo, entre outras, a elaboração de *pareceres referentes à solicitação de medicamentos não padronizados ou para CIDs não autorizados, utilizando-se das melhores evidências disponíveis*. Assim, quando chega uma demanda específica pela via administrativa como a do relato acima, os documentos da solicitação são analisados pela CEFT.

Foi-nos relatado pela profissional da GEAF que a Assistência Farmacêutica do ES é uma das poucas que analisam solicitações avulsas, o que na nossa visão pode indicar uma brecha a uma escuta flexível. Na ocasião, a profissional explicou que quando alguém solicita administrativamente um medicamento não padronizado, eles observam se houve a tentativa do medicamento padronizado, caso este não tenha surtido efeito no usuário, eles procuram ver se possui algum outro padronizado que possa ser utilizado e se não tiver outra opção disponível na lista, eles consideram um vazio assistencial. Dessa forma, segundo ela, faz-se a aquisição do medicamento não padronizado solicitado.

Ao vislumbrarmos tal proposta da CEFT na Assistência Farmacêutica podemos pensá-la como um espaço possível de acolhimento e consideração das demandas singulares. O desafio seria utilizá-lo, portanto, como uma estratégia não apenas para buscar validações científicas dos casos, mas de acesso à experiência do usuário e de integração dos envolvidos na avaliação do processo, produzindo intercessões com os médicos peritos e usuários. O relato aponta que o medicamento padronizado não estava assegurando a saúde do usuário. A experiência da mãe e do filho com o medicamento padronizado, juntamente com os laudos apontando a insegurança do medicamento em uso não foram considerados argumentos suficientes para ocorrer a troca do medicamento pelo solicitado. O espanto da mãe revela um buraco, uma brecha, entre a narrativa da experiência e a decisão final da gestão. Há, assim, uma necessidade de intercessão e diálogo entre a farmácia cidadã e usuário no sentido de possibilitar interferências. Assim, a questão deixa de focar na entrega ou não do medicamento solicitado e mais na produção de cuidado e atenção no percurso realizado pela Assistência Farmacêutica.

Sabemos da importância da padronização de uma lista de medicamentos, como a REMEME, inclusive para possibilitar uma “certa homogeneidade, sem a qual não há reconhecimento nem pertença” (PASCHE; PASSOS, 2008, p.93). De toda forma, a maneira como tal relação de medicamentos padronizada for conduzida, pode fortalecer um caráter generalizante e universalizante nos modos de operar a Assistência Farmacêutica. E aí, se tem variação, como é colocada? Quando se padroniza, coisas escapam, e o que fazer com isso? É nesse sentido que, ao mesmo tempo em que se desenvolvem protocolos, listas e normas,

o processo de construção de um plano comum deve permitir lidar com diferenciações e distinções. Ou seja, deve-se partir da construção de um “plano comum” para, justamente, a partir dele, diferir, evitando-se homogeneizar posições dos membros da comunidade (Ibidem, p.93).

Nesse sentido questionamos: como têm se efetivado esses espaços administrativos de análise de demandas específicas? Como fazer com que tais espaços engendrem também interferências nos modos de atenção e cuidado da Assistência farmacêutica a partir do contato com usuários? Como fortalecer práticas de coparticipação e envolvimento do usuário diante dos casos que exigem um olhar não generalizado?

Ao perguntar na entrevista se a usuária tinha sido influenciada por alguém a entrar na justiça ou se ela conhecia alguém que tinha entrado e conseguido o medicamento, ela não apenas respondeu afirmativamente, mas sinalizou que quando se precisa de uma demanda específica, fora dos padrões da lista da REMEME, a via administrativa não tem sido considerada um facilitador dessas questões. Podemos ver isso na fala abaixo:

Eu conhecia pessoas que tinha entrado sim, conhecia assim, de encontrar em reuniões, no posto, gente que me avisou que não adiantava tentar pedir administrativamente, tinha que ser pela justiça logo, mas eu quis tentar e realmente não deu certo. Então eu entrei com a liminar e em dois meses me ligaram dizendo que o medicamento tinha chegado lá no CRE. Mas aí vamos ver. Acho que até o final do processo deve ter audiência com o juiz e eu vou mandar o M. falar com ele, porque o médico disse na frente dele, o perito, que a *Lantus* ia ser bem melhor para o tratamento dele e mesmo assim o parecer foi desfavorável. Então tem essas coisas que a gente não entende (**Narrativa II**).

Frisamos, mais uma vez, que não estamos defendendo um acesso ao medicamento pelo SUS sem passar por análises técnicas e protocolos específicos, mas é preciso pensar o que tem levado a uma priorização do acesso ao judiciário em relação à esfera administrativa, fato que podemos ver na entrevista realizada em 2010 com a profissional da GEAF já citada:

A dispensação e o fornecimento do medicamento que a gente faz é pautada em toda uma política fundamentada com base em evidências científicas e a judicialização tem um pouco desorganizado isso. Hoje é mais fácil o paciente ir ao juizado especial só com uma receita, com qualquer justificativa, sem nem justificar a utilização do que tem disponível na lista e o pedido dele é diferido, então assim, vai contra toda a organização do SUS mesmo, não só ao que temos feito aqui, mas do SUS. É o judiciário intervindo diretamente nas políticas (Profissional GEAF, 2010).

Não negamos a importância da declaração acima, no entanto, revelamos a importância de se pensar também o modo de funcionamento da gestão dos processos administrativos e como têm sido realizadas as deliberações. Ou seja, é preciso sim pensar a formação dos juzizados especiais que tem facilitado a procura prioritária dos judiciários, mas os casos narrados também colocam em questão o critério de “existência de evidências científicas” priorizado no exercício da Política de Assistência Farmacêutica. Colocam em análise ainda os modos de funcionar da Assistência Farmacêutica no ES que, entre outras coisas, podem também estar

engrenando uma primazia ao Judiciário. Nesse sentido, fortalecemos o papel analisador do processo de produção das demandas por medicamento de toda uma política de medicamentos do SUS e o modo como ela tem operado no contexto do ES.

Considerando as narrativas que ouvimos, percebemos que a maioria recorreu por processo administrativo antes de entrar com ação na justiça por motivos variados, mas tais experiências observam um funcionamento descompassado entre o que podemos chamar de “porta de entrada” para a abertura de processos administrativos, que é a farmácia cidadã e a Política de Assistência Farmacêutica do ES e a necessidade dos usuários. Podemos ver abaixo, na narrativa de um senhor sobre seu percurso para conseguir o medicamento não padronizado, expondo a problemática de sua experiência:

O ano passado eu compareci até o CRE para verificar como fazia essa requisição. Eu mostrei o remédio que usava e eles disseram que não tinham. Mostrei o Cresto, - “nós não temos”. A insulina, “também não temos”. Monocardil, “não temos”. Enfim, todos eles, inclusive ASS também não tinham (**Narrativa III**).

Como já dissemos, para que a Farmácia Cidadã defira um processo administrativo solicitando um medicamento não padronizado é preciso que o usuário faça uso primeiro de um medicamento padronizado, caso este ainda não tenha sido utilizado. No exemplo narrado acima, o senhor não utilizava os medicamentos da lista, mas procurou a farmácia, pois os gastos com remédios estavam muito altos.

(...) Com minha insulina e outros medicamentos eu gastava em media 800,00 por mês. E pessoas falavam - minha esposa várias vezes falou para mim que eu deveria requerer isso junto ao estado, porque é dever do estado o direito à saúde, mas eu nunca me atentei para esses detalhes (**Narrativa III**).

Embora ele não cumpra os requisitos protocolares da Política Farmacêutica, qual seja, fazer o uso do medicamento padronizado antes de tentar utilizar o não padronizado, sua narrativa aponta para uma fragmentação da proposta política entre os profissionais do balcão da Farmácia do CRE metropolitano que é evidenciada pelo atendimento recebido. O usuário conta que chega à farmácia e não encontra informações a respeito das possibilidades de receber os padronizados e nem explicações de como poderia ser feito. Assim, ele vê o judiciário como a próxima opção para obter medicamentos, no entanto, reconhece que se tivesse tido um esclarecimento a respeito do funcionamento e das possibilidades, a ação judicial possivelmente poderia ter sido evitada.

Lá na farmácia cidadã, quando mostrei os documentos com os medicamentos, a moça disse que não tinha os remédios, eu já levei o formulário preenchido pelos médicos, tudo certinho para que eu pudesse me cadastrar e receber... achei que a coisa fosse natural. Como não existiam os medicamentos, eu entrei em juízo. Eu li para moça todos os medicamentos que eu usava e ela disse que não tinham... “não, não, não”... e não ofereceu nada... pessoa simples de balcão, só disse que não existia (**Narrativa III**).

Ele mesmo reconhece a importância de envolver todos os profissionais na lógica da política farmacêutica. Chamou-nos a atenção porque a principal estratégia buscada pela GEAF, que é a priorização dos medicamentos padronizados na REMEME através da informação, não foi efetivada. Como dissemos, ainda que tal estratégia não dê conta da diversidade de questões que envolvem a judicialização de medicamentos, ela é fundamental e neste caso que ouvimos, ao que tudo indica, tal estratégia alcançaria o efeito de priorização da REMEME e divulgação da Política de Assistência Farmacêutica.

No meu caso, por exemplo, eu acho que quando eu estive pessoalmente, sem ordem judicial, sem nada, se a atendente fosse uma pessoa de melhor conhecimento ou se tivesse melhores informações para me dar ela poderia ter dito: “olha, eu não posso resolver para o senhor... mas...”. Deveria ter alguém lá dentro capaz de dizer os caminhos que a pessoa tem que fazer: “Tem que se cadastrar, etc. e nós vamos requerer e a Secretaria (de saúde) vai mandar porque aqui é uma farmácia cidadã”. Então, na verdade, o que faltou foi uma pessoa com mais conhecimento ou alguém mais responsável lá dentro. Mas não se pode culpar as pessoas que estão lá dentro porque é uma ordem superior, e se é uma ordem superior, é uma ordem da Secretaria. Então, toda pessoa que entra na justiça, ela ganha, sem necessidade (**Narrativa III**).

Quando a decisão do juiz a respeito desse caso chegou à GEAF, ela entrou em contato com os médicos responsáveis pelos laudos anexos aos autos do processo para tentar substituir medicamentos por padronizados e por não padronizados, mas que a farmácia tinha em estoque, como a Lantus, por exemplo.<sup>45</sup> O fato do usuário trazer a análise acima, se deve ao fato de seus médicos terem aceitado todas as propostas da GEAF de substituição do medicamento.

Logo depois o meu cardiologista me ligou dizendo que eu comparecesse ao consultório dizendo: “a Secretaria (de saúde) me ligou pedindo que eu fizesse algumas trocas de remédios...” Então ele trocou e disse: “eu estou trocando porque não haverá nenhuma diferença, são todos iguais, apenas a marca que vai mudar”, e me deu uma nova receita com os novos medicamentos. Logo depois o endócrino me ligou e disse: “A Secretaria me ligou dizendo que eles não têm a *Novomix30* em estoque, mas tem a *Lantus* e eu nem te chamei aqui, porque eu já preparei a receita aqui trocando em virtude da *Lantus* ser melhor que a *Novomix*” (**Narrador III**).

---

<sup>45</sup> No caso da *Lantus*, e de outros também, o motivo de se ter em estoque normalmente se deve à alta frequência de processos judiciais solicitando essa insulina.

Com essas falas e análises não estamos entendendo que todas as demandas administrativas que chegam a Farmácia Cidadã poderiam e deveriam ser atendidas e solucionadas de pronto no balcão ou nos setores da farmácia, no entanto essa experiência narrada interroga um funcionamento que pareceu pouco acolhedor e interessado. Será que o modo como a atenção e o acolhimento se efetivam em alguns momentos na Assistência Farmacêutica podem ser mais uma engrenagem de produção da Judicialização?

A primeira pessoa que me incentivou a entrar na justiça foi a própria assistente social do CRE, porque eu procurei ela quando o remédio foi negado. E ela disse: isso aí não é nosso, aqui é farmácia, mas você tem outros caminhos. Você pode entrar com um processo contra o estado e muita gente já fez isso (**Narrativa I**).

Como fazer da Farmácia Cidadã, seja no balcão, nos setores dela, um espaço de escuta das demandas, das dúvidas e de explicações sobre o funcionamento da política? Como é possível fazer com que os profissionais que ali trabalham exerçam maior autonomia e responsabilização na tentativa de acolher e propor soluções para os usuários, de forma que o aparente interesse e as tentativas de resolução não ocorram apenas em função de processos judiciais?

Uma Política de Assistência Farmacêutica se aproxima de uma postura humanizada quando é movida mais por um envolvimento efetivo com o usuário na afirmação de sua autonomia, e menos por uma preocupação com os prejuízos penais que podem acarretar à GEAF.

Não negamos as dificuldades infraestruturais e de recursos humanos dos serviços públicos de saúde. Consideramos que a rapidez e urgência com que os atendimentos são exigidos dificultam um investimento maior no processo de atenção e acolhimento das demandas dos usuários e que, ainda assim, apostamos que sempre há posturas e práticas de resistência, pois também visualizamos ações para além do trabalho prescrito e formalizado da Assistência Farmacêutica que podem indicar um engajamento com o usuário, na medida em que inventa saídas para situações, ainda que temporárias. No entanto, pensar modos de atenção coletivamente engajados na produção de saúde e autonomia é o grande desafio que requer uma gestão voltada a uma escuta mais sensível e interessada às especificidades. Tal relação pode fomentar inclusive um acompanhamento mais autônomo e participativo dos usuários nas decisões tomadas em relação aos processos administrativos na Assistência Farmacêutica.

É preciso pensar a relação criada com o administrativo da Assistência Farmacêutica do ES, para que, entre outras coisas, não caiamos na caricatura de um serviço inacessível e



incoerente, para que possa ser pensado não apenas numa esfera administrativa, mas também como um serviço público de cuidado e atenção na saúde, até para que o judiciário não seja visto e expandido como o principal instrumento e espaço efetivo de acesso aos direitos. Ao contrário disso, que os direitos sejam produzidos com as práticas e políticas de saúde.

### 5.3 A JUDICIALIZAÇÃO COMO ANALISADOR AMPLIADO

Como já mencionado, uma das conversas ocorridas com um dos usuários solicitantes foi por telefone e, embora não tenha se configurado como um encontro pessoal de entrevista, este contato também produziu uma perturbação na maneira como estava seguindo a pesquisa.

Nessa conversa, que podemos considerar a Narrativa IV, pedi para falar com a pessoa cujo nome constava na lista de usuários que eu tinha, mas a senhora que atendeu disse que era a mãe da pessoa e que sua filha não estava em condições de conversar. O medicamento solicitado era um psicotrópico e, para minha surpresa, a usuária não estava pegando o medicamento na Farmácia Cidadã do CRE, mesmo constando que já tinha sido liberado a partir da decisão judicial. E é narrando as dificuldades e impossibilidades de ir ao local da Farmácia Cidadã pegar o medicamento que o encontro acontece. Permito-me aqui trazer esta narrativa com tal mistura: a história narrada juntamente com os afetos e impressões, utilizando partes do texto-diário escrito logo após a conversa.

*“Hoje a própria ligação para marcar a entrevista já foi uma intervenção. Contatar a usuária da lista desviou novamente os caminhos da pesquisa.*

*A voz era um tanto acelerada, os motivos incontáveis. Além da necessidade do psicotrópico, pedia-se companhia. Em nove minutos de ligação/companhia, pude saber da filha que não pode ficar sem o remédio, pois fica muito agitada e não se controla. A despeito da necessidade que grita, a senhora não conseguiu pegar o medicamento ainda. O que ela faz por ora é a ‘vaquinha’ entre os vizinhos, os amigos da igreja, os parentes para conseguir o medicamento para filha. Aliás, frisa a senhora: “eu também preciso do remédio. Quando a gente consegue eu tomo metade e minha filha a outra metade”. Ela, como diz, também tem problema. Inclusive, o problema da filha vem de família. O pai tem ‘problema de cabeça’ e já tentou envenená-la duas vezes. Por isso ela não está mais em casa.*

*Na casa onde está, fica difícil para tentar resolver os papéis necessários para conseguir medicamento para filha. “Eu não posso deixar a menina sozinha, ela tem a cabeça de criança. Quando vou ao CRE, fico esperando muito tempo. Aí tenho que vir embora. Como vou ficar com ela naquele lugar? ela agitada começa a reclamar e eu não consigo esperar e também ninguém fica com ela.”*

*“Ela está muito agitada, porque o remédio que ela precisa não é baratinho e já está há mais de um mês sem tomar. Eu não consigo ir lá no CRE porque só eu que fico com ela...como eu saio com ela de ônibus? Eu também não estou bem...meu marido quer me matar, não posso sair de casa”.*

*Interessante como a experiência confunde a norma, o padrão. Nesse momento o limite se dissolve...é preciso rompê-lo e não afirmá-lo. A mãe enuncia a inviabilidade de ficar esperando no ambiente fechado da farmácia cidadã cumprindo o protocolo básico da entrega de medicamentos. O contexto em que ela expressa uma crise, possui uma filha que tem epilepsia e “cabeça de criança” e tem um marido querendo matá-la. O que então é possível? O que podemos inventar?*

Tal experiência exige e convoca uma discussão para além da Assistência Farmacêutica, mas inclui uma produção ampliada de saúde. Sinaliza também para a problemática de como está configurada a rede de saúde mental. Aponta que a forma padronizada de dispensação do medicamento não está ao alcance de tal experiência. O que essa demanda interroga? De quem é esse problema? De que maneira essas questões podem interferir na construção da Política de Assistência Farmacêutica?

Novamente revela-se a importância de trazer o universo da narrativa para se pensar a área de saúde de forma ampliada. Com que subsídio é possível criar uma política de cuidado sem essas narrativas? Como esse cuidado tem sido efetivado?

O compromisso de uma subjetividade em que o homem da ética está ativo não pode ser simplesmente com o cumprimento de um conjunto de normas. Este tipo de compromisso é importante também, mas não é suficiente para conquistar uma melhor qualidade de existência (ROLNIK, 1995, p. 162).

O que a judicialização da saúde tem evidenciado? Quais práticas e funcionamentos ela tem colocado em análise? O que a evidência da vida e da experiência está sinalizando em relação à política de Assistência Farmacêutica, ao SUS, aos modos de acolhimento?

Para além das posturas de médicos, gestores e magistrados, é a Política de Assistência Farmacêutica do ES que é colocada em análise. É todo um Sistema Único de Saúde e a maneira de entender e experimentar políticas públicas de saúde que tem exigido reflexões e intervenções. Nesse sentido, trazer as narrativas em seu caráter analisador nos leva a habitar um espaço de tensionamento onde certo modo de exercer a Assistência Farmacêutica no SUS tem deixado escapar questões e experiências que precisam ganhar canal e visibilidade em um espaço onde se possa pensar sobre elas.

No trecho que se segue com a Narrativa II, vemos outra intervenção e análise ampliada a respeito do SUS que as experiências produzem:

Ainda é muito difícil o acesso ao SUS. Reconheço que têm coisas que funcionam, têm evoluído, mas precisa se pensar muita coisa ainda. Por exemplo, quem tem diabetes tipo I tem direito à vacina contra catapora de graça pelo SUS, porque a catapora é um risco. Então consegui pro M., mas quando eu fui ao posto para pedir para minha filha, que tem o fator positivo<sup>46</sup>, eles não me deram. Eu disse que se ela pegasse catapora, poderia se manifestar a diabetes, mas mesmo assim eles não me autorizaram a vacina (**Narrativa II**).

Para a usuária, o atendimento que ela vivencia vai de encontro à própria diretriz do SUS no que concerne a importância dada a políticas preventivas como instrumentos que minimizem práticas de recuperação da saúde, que exigem uma outra atenção.

É questão de prevenção mesmo. É muito menos custoso pro estado uma vacina de catapora do que arcar com o tratamento de diabetes tipo 1. Sem olhar todas as consequências para quem desenvolve, pensando como eles (o SUS), no sentido do custo, é muito melhor a prevenção. Mas eu tive que bancar a vacina por minha conta. Então, são coisas que acontecem que a gente não entende (...). Acho que seu trabalho é super importante para poder apontar como são difíceis algumas coisas para a população. Acho que você deve colocar essa questão da prevenção, no exemplo que eu dei, porque às vezes o SUS tem algumas regras, políticas que na verdade dificultam o acesso à saúde (**Narrativa II**).

Ela também nos contou que quando foi insistir sobre a vacina da filha para a assistente da Unidade de saúde, dizendo sobre o risco de manifestar a Diabetes na filha caso pegasse catapora, a assistente concordava com ela e entendia a queixa da mãe, mas afirmava que, apesar de entender, não podia liberar a vacina. Sua fala indica que é no lidar cotidiano dos serviços que se revelam os elementos que escapam aos funcionamentos e normas, requerendo outros dispositivos de ações. Como questiona Deslandes (2005), quais as margens e mecanismos de negociação e ampliação destas fronteiras?

---

<sup>46</sup> A mãe nos contou que a filha também tem sofrido restrição na alimentação, pois, ao fazer exames, descobriu que ela tem fator positivo para a Diabetes I, e algumas coisas são mais propensas a causar a manifestação da doença, como um estresse emocional, a alimentação e algumas doenças, como a pneumonia e a catapora.

#### 5.4 A SINGULARIDADE DAS NARRATIVAS: ALGUMAS ANÁLISES

Buscamos privilegiar uma política pública atravessada por posturas éticas envolvidas com o sujeito, afirmando a escuta sensível às demandas. Como ampliar o modo de compreender as políticas públicas e suas formas de exercício no Sistema Único de Saúde brasileiro? As falas trazidas indicam a necessidade de se produzirem rupturas na estrutura e forma de se fazer e afirmar políticas de saúde, de forma que as experiências dos sujeitos encontrem espaços maiores de transmissão e consideração.

Ao discutirmos esse tema, buscamos apontar a necessidade de se criarem outras estratégias de ação diante do tema da Judicialização na Assistência Farmacêutica. Aqui também apenas informar não basta. Sinalizamos sua importância no balcão das farmácias, no entanto para que se exerça uma atenção de forma humanizada no sentido potente do termo, é preciso fortalecer e demandar outras posturas que envolvam compromisso e confiança, e por isso vão além de uma dispensa informada. Como afirmar uma Assistência Farmacêutica envolvida com a construção de uma saúde humanizada?

Quando incluímos as narrativas no movimento da pesquisa, elas mesmas nos apontam que só é possível discutir e intervir na Judicialização na Assistência Farmacêutica do ES numa perspectiva ética e política se considerarmos a narrativa. Se queremos exercitar uma política realmente pública precisamos considerar o movimento, a diferenciação e a singularidade. Quando as demandas judiciais são simbolizadas apenas como o medicamento solicitado, sem se ouvir o processo de produção da demanda, a enunciação coletiva e a singularidade não entram em cena. O que ocorre é que as demandas, cada vez mais evidenciadas através de processos judiciais, se tornam números e indicadores a serem banidos. Se ao acompanhar as multífaces da Judicialização na Assistência Farmacêutica visualizamos que a maneira de lidar com as demandas tem trazido à tona para o campo analítico a ausência da singularidade e da experiência, como engendramos movimentos de inversão, de torção, de desvio que de fato considerem tais experiências, contribuindo para a produção e exercício de uma Política de Assistência Farmacêutica cada vez mais pública?

O teor analítico da judicialização da saúde nesta pesquisa produziu rupturas e multiplicações a partir dos analisadores. Como ampliar a visibilidade do que tem sido colocado em análise? Sabemos do trabalho de toda gestão pública em saúde e da importância de produzir indicadores como forma de mapear e caracterizar as ações e práticas. A GEAF possui uma equipe específica para trabalhar na produção desses indicadores da Judicialização na Assistência Farmacêutica e tais indicadores têm sido ferramentas para se pensar a respeito do tema. No entanto, podemos ver que eles *per se* não garantem os analisadores. A relação que se estabelece com os indicadores é de algo informativo que não engendra conexões de acesso à experiência dos usuários.

Os indicadores trabalham com as evidências, já os analisadores evidenciam o que não estava sendo visto e observado. Os indicadores podem ser analisadores, mas é possível também que os organizemos de forma a mostrar o que já sabemos ou o que queremos saber e mostrar. Assim, os resultados podem nos apontar algo como indicadores, mas como analisadores podem evidenciar outra coisa. Para que a análise perturbe nosso campo, é preciso dissolver nossos pontos de vistas, de forma que os dados sobre as ações judiciais indiquem não apenas uma realidade quantitativa, mas enriqueçam e *multiversalizem* as análises dos processos judiciais.

E desafiando para a necessidade de “inventar” indicadores capazes não somente de dimensionar e expressar mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos (em suas dimensões subjetivas, inclusive) (FILHO, 2006, p.69).

Entender e refletir, por meio do acesso à experiência, sobre como as demandas judiciais por medicamentos têm sido emaranhadas e produzidas revela uma postura que comporta um teor analítico pouco visto nas formas atuais de pensar a Judicialização da Saúde. Muitas vezes, ao se depararem com números, dados, gastos financeiros, etc. o foco permanece na diminuição desses valores através de estratégias de diminuição de ações judiciais no âmbito da Assistência Farmacêutica.

Para nós, o desafio é produzir questionamentos e estratégias não apenas a partir dos dados obtidos, mas das expressões de subjetividades e singularidades presentes, a fim de atingir o processo de produção das demandas analisadas. Como examinar a Judicialização na Assistência Farmacêutica de forma que se considere a enunciação coletiva dos processos de sua produção? Como fazer com que tais enunciações interfiram e perturbem um modo de

operar a política em questão, possibilitando uma flexibilidade em relação às diferenciações ao invés de apenas fortalecer o já estabelecido?

É importante ressaltar que garantir as expressões singulares não é apassivar-se num relativismo abstrato, querendo dar conta de todas as particularidades inesgotáveis inerentes a indivíduos diferentes. Não é alarmar o clichê “cada caso é um caso” que muitas vezes mais paralisa e promove indiferenças do que aciona questionamentos e ações. Outra é a coisa que queremos. Quando dizemos ser imprescindível ouvir as narrativas e o múltiplo potencial das experiências é porque consideramos que essas enunciações colocam em análise questões coletivas. É porque não identificamos comunhão entre a autoridade das regras e protocolos com a promoção de autonomia, se em suas tessituras não se deixarem poros para interferências. De que maneira é possível criar normas e padrões sem endurecer com isso as margens de negociação e flexibilização? Como gerir diretrizes e políticas universais que sejam ao mesmo tempo singulares? Como (re) ativar e engatar práticas interessadas na coletividade, tecida nas singularidades?

São questões-desafio que devem atravessar os modos contemporâneos de exercer as políticas públicas e, especialmente, as políticas de saúde. Novamente confirmamos que isso exige novas posturas políticas e éticas no modo de entender e tecer as relações com os diversos atores envolvidos na produção de saúde. Tal postura pode instrumentalizar nossas tentativas cotidianas de atenção na saúde, incluindo as maneiras atuais de lidar com o processo da Judicialização da Assistência Farmacêutica.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que esta dissertação apresenta é um recorte de um campo investigado, que nos foi exposto enquanto percorríamos o caminho. Elementos produzidos e evidenciados pela própria pesquisa. O objetivo deste trabalho foi explorar a Judicialização na Assistência Farmacêutica no ES, quais elementos estão presentes em sua produção, bem como as suas implicações na construção de uma Política de Assistência Farmacêutica envolvida com a afirmação do público.

Ao apostarmos na criação de interferências nesse cenário, dando visibilidade aos elementos presentes, privilegamos uma dimensão de análise que dê conta de elucidar as enunciações, os processos de produções e constituições (e não apenas as formas constituídas) que engendram essa configuração atualmente denominada Judicialização na Assistência Farmacêutica.

Para interrogar e discutir este tema, examinamos, inicialmente, a GEAF, o FIPAFES, seus pareceres, argumentos e ações que vêm sendo realizadas para lidar com a judicialização. Esses elementos foram investigados não apenas a partir de um habitar de tais espaços, mas também a partir da análise dos processos judiciais por medicamentos que lá chegavam. Através dessa imersão inicial, vimos que os principais convocados a dizer da judicialização são os juízes, os médicos e os gestores. Portanto, por meio da entrada no campo, da análise dos processos judiciais e de entrevista que realizamos, também trouxemos as principais questões destacadas por tais figuras como problemáticas dentro do contexto da Judicialização da Assistência Farmacêutica.

Vimos nos capítulos anteriores que os argumentos em relação à Judicialização de medicamentos, embora sejam diversos, oscilam entre dois polos: o primeiro, defensor da judicialização, fica no extremo contra os modos de funcionamento do SUS, este muitas vezes visto como incompetente para garantir o direito à saúde, excessivamente preocupado com custos e orçamentos. Geralmente encontramos esse discurso no campo jurídico, inclusive como justificativa para as decisões judiciais, e em alguns ofícios e artigos de médicos.

O outro argumento contra os processos de judicialização se posiciona defendendo as normas e procedimentos do SUS, entendendo que o aumento das ações judiciais tem contrariado e interferido negativamente nas diretrizes da Política de Assistência Farmacêutica e que, portanto, deve ser combatido. Para tanto, algumas estratégias de enfrentamento foram

traçadas. Especificamente aqui no ES, esta última postura passou a se expressar nas ações de divulgação da lista de medicamentos estadual – REMEME – para médicos e usuários, bem como dos protocolos da Política da Assistência Farmacêutica, visando à diminuição de pedidos judiciais de medicamentos não padronizados.

Foi habitando as zonas de tensão e os paradoxos que pudemos interrogar nosso percurso.

A posição paradoxal do cartógrafo corresponde à possibilidade de habitar a experiência sem estar amarrado a nenhum ponto de vista e, por isso, sua tarefa principal é dissolver o ponto de vista do observador, sem, no entanto, anular a observação (PASSOS; EIRADO, 2009, p.123).

Observamos que a judicialização pode indicar excessos jurídicos ou o fortalecimento do poder/saber médico, que tem como efeito uma dificuldade de diálogo e articulações, necessárias para a produção e efetivação de uma política pública. Ao mesmo tempo, ela envolve uma abertura aos interesses privados que fortalece um viés mercadológico e privatista na maneira de compreender e exercer a saúde. Vimos ainda que, em algumas situações, ela aponta para um SUS precário e ineficiente.

Transitar pelos diversos pontos de vista nos fez perceber que o usuário não vem sendo convocado nesses espaços, a não ser como alguém a ser informado e instruído a respeito das listas padronizadas e do funcionamento dos protocolos e da Política de Assistência Farmacêutica. Dessa forma, o cenário da Judicialização por medicamentos expressa também, por meio das experiências dos usuários, tentativas de serem ouvidos, apontando para um histórico de demandas que de alguma forma e por vários motivos não foram escutadas.

Por não haver visualização de um acolhimento, a judicialização acaba sendo considerada outra porta possível para muitas pessoas. No entanto, embora a Judicialização nesses casos se configure como uma via de acesso ao medicamento, e este seja visto como parte importante do direito à saúde, o pleno exercício desse direito extrapola e muito o acesso ao medicamento. É a própria noção de Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica que nos ajuda a pensar que, mesmo quando circunscritos ao universo farmacológico, direito ao atendimento e acompanhamento farmacológico é muito mais que acesso ao medicamento certo, na dose certa, e com o menor custo. Ao mesmo tempo, vimos que a dispensa do medicamento é parte, mas não alcança a amplitude da demanda do usuário e não garante seu acolhimento potente e humanizado. Neste caso, pode-se dizer que a judicialização não tem funcionado como uma via de acesso a um acolhimento integral, envolvida com a produção de saúde de maneira



ampliada, potencializando a construção coletiva das políticas de assistência farmacêutica e de toda a rede do SUS. Observamos nas narrativas dos usuários que a demanda é por um cuidado na saúde mais complexo e integral, onde o medicamento aparece como um de vários elementos. Nesse sentido, quando o usuário demanda o medicamento, a demanda é que ele venha acompanhado de atenção e acolhimento das singularidades, que envolva também a construção conjunta e ativa deste acolhimento.

Muitas vezes, percebemos que a tenuidade presente na judicialização nos leva a afirmar posturas de culpabilização em relação ao outro. É sempre o outro que não se envolve, não se responsabiliza e não está informado. Ora é o médico que precisa de se envolver com a política, ora o judiciário que deve interrogar o espaço da saúde para entender antes de decidir. Há ainda o usuário que não entende o funcionamento da política e dos protocolos, ou também a gestão que não executa efetivamente seu papel, etc. Encontramos posições como essas em várias falas, olhares, bibliografias, argumentos entre os diversos envolvidos na questão da judicialização na saúde. Ao longo de nossas análises, imersos no campo, também as repetimos. Mas o que isso quer dizer? O que tais posturas têm produzido?

A investigação a respeito da intervenção judicial na saúde revelou em nosso percurso a inviabilidade de habitar um lado ou outro da judicialização ou privilegiar uma posição ou outra. Percebemos que para analisar o universo da Judicialização de medicamentos, não se pode dizer, de antemão, qual deve ser a direção de nossa atenção. Nossa defesa é que devemos estar atentos ao modo como a judicialização opera a partir de cada caso experienciado e de qualquer elemento que pode se apresentar por meio dela e que podem ser potencializadores ou não de uma Política Pública de Assistência Farmacêutica.

Diante da pluralidade de saberes, discursos, práticas e vetores que povoam o universo da Judicialização da Saúde, especialmente no âmbito da Assistência Farmacêutica, foi preciso admitir sua complexa heterogeneidade e afirmar a impossibilidade de reduzi-la a um de seus aspectos. Interessa-nos, no entanto, apontar a problemática comum que emergiu na medida em que adentramos o universo da Judicialização de medicamentos como um grande desafio: contribuir para a construção de uma Política de Assistência Farmacêutica mais humanizada e comum. Este intuito atravessou nossas análises a respeito do fenômeno da Judicialização na Assistência Farmacêutica.

Apontamos para uma direção em que é preciso colocar em análise nossas polarizações, dicotomizações. Comumente, nos estudos e discussões a respeito do tema, coloca-se o judiciário, ou o médico, ou o gestor ou o usuário como oposições, em lados que não se atravessam, não interrogam a problemática e nem produzem outras saídas/entradas no campo da judicialização de medicamentos. Qual tem sido o efeito dessas polarizações? Quais outras dicotomias têm sido fortalecidas?

Diante da Judicialização da saúde há uma visão de que seu funcionamento prioriza os interesses individuais em detrimento do coletivo. Tal visão também dicotômica tem acompanhado o cotidiano na saúde pública e é também fundamentado nessa forma de pensamento que muitas práticas na saúde deixam de voltar-se às singularidades. Quando não há espaço para as experiências de todos ou qualquer um, posturas éticas perdem a força. Como são produzidas autonomia e humanização quando a especificidade do caso não ganha linhas de expressão e de acolhimento?

Podemos ainda colocar outras questões: uma demanda singular é ser individualizada? Ser uma questão de vários é ser uma questão coletiva? Qual política estamos produzindo e que saúde estamos afirmando quando dicotomizamos essas questões do individual e do coletivo, do sujeito e do social, não dando abertura para as questões singulares? Benevides (2005) aponta que separar essas questões produz uma política que:

(...) coloca de um lado a macropolítica e, de outro, a micropolítica; **de um lado, o Sistema Único de Saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos, como conquista garantida pela lei, pela Constituição e, de outro, os processos de produção de subjetividade.** Aqui, me parece, há uma pista importante para seguirmos, pois é a partir da fundação da Psicologia nestas dicotomias que o individual se separou do social, que a clínica se separou da política, **que o cuidado com a saúde das pessoas se separou do cuidado com a saúde das populações** (...) (p.22 – grifo nosso).

Em coro com outras vozes, vale questionar: “Como fortalecer práticas profissionais que se responsabilizem com a saúde de cada um e com a saúde de todos sem separá-las?” (Ibidem, p.22).

Apostamos que para nos deslocarmos dessas produções é preciso ampliar a potência de problematização desse contexto da Judicialização da saúde. Para isso, é fundamental a criação de zonas de intercessão entre os diversos elementos inseridos na discussão a fim de

possibilitar a criação de novas composições nos modos de entender e lidar com a saúde pública, especialmente no contexto da judicialização de medicamentos. E isso não se limita à criação de espaços multiprofissionais de discussão, em que cada um fala a respeito de sua área. Isso envolve perturbação, deslocamento, mistura.

A relação de intercessão é uma relação de perturbação, e não de troca de conteúdos. Embarca-se na onda, ou aproveita-se a potência de diferir do outro para expressar sua própria diferença (PASSOS; BARROS, 2000, p.77).

Ao apostarmos na criação de interferências nesse cenário, dando visibilidade aos elementos presentes, privilegiamos uma dimensão de análise que dê conta de elucidar as enunciações, os processos de produções e constituições (e não apenas as formas constituídas) que engendram essa configuração atualmente denominada Judicialização na Assistência Farmacêutica.

É importante que as estratégias de intervenção da GEAF ainda que envolvidos com a regulamentação, o erário público, priorização da lista do SUS na prescrição e dispensa do medicamento, etc. estejam fundamentadas sob a ética do comum em que se resiste à redução e normatização dos casos mediante a abertura à diferenciação. Sob a ética da singularidade, a priorização da prescrição/dispensa de medicamentos padronizados do SUS não afasta a dimensão do público e de sua movimentação, na medida em que considera a diferenciação e comporta uma flexibilização.

Com tudo que sinalizamos até aqui, em nosso percurso, mais do que algo a ser suprido, a demanda porta um caráter analisador e entre tantos elementos colocados em análise, temos a Política de Assistência Farmacêutica do ES no contexto do SUS e das práticas de saúde.

Diante desse fato, este trabalho produz interrogações que merecem destaque: de que maneira as questões e análises evocadas podem servir de instrumentos de intervenção nos modos de exercer a Política Estadual de Assistência Farmacêutica? Quais dispositivos podem ser criados para que tais análises sejam consideradas e incluídas nas discussões e desafios da Assistência Farmacêutica e do SUS, de forma geral?

Talvez possamos começar afirmando uma Política de Assistência Farmacêutica envolvida com a humanização e com o exercício ético e político, que considere a narratividade, a experiência da medicação, do processo de adoecimento e sua relação com os serviços de saúde na construção de seus dispositivos. Uma política que afirme as expressões das singularidades e se aproxime de posturas flexíveis diante de normas universais, levando a uma

problematização e reinvenção de seus modos cotidianos de atenção na saúde. Afirmamos que a lei e políticas formalizadas são uma conquista, no entanto, não garantem as especificidades forjadas no plano da experiência.

O que este trabalho coloca em questão é que os modelos e padrões presentes no modo de operar a Assistência Farmacêutica no ES, que são apontados como avançados, abrangentes e que agilizam o acesso ao medicamento, se chocam com a complexidade da vida produzida na diversidade dos modos de composição e de existência. A interlocução com esta pesquisa convoca novas maneiras de atuação da Assistência Farmacêutica comprometida com a pluralidade de fatores e questões que não estão circunscritos aos protocolos e normas, e que, por isso, requerem acolhimentos, atenção e intervenções construídos nos coletivos envolvidos com as singularidades. A resistência ao cumprimento das prescrições, muitas vezes materializada nas ações judiciais, precisa ser vista para além de algo que emperra a gestão, algo que acusa um desconhecimento e por isso aciona a necessidade de informar a respeito dos protocolos da Assistência Farmacêutica. Resistir ao que está prescrito também deve convocar a própria Política de Assistência Farmacêutica do ES a ser discutida e reinventada cotidianamente.

Finalizando, sabemos que o que expomos neste trabalho está sujeito às capturas e vícios que um corpo pesquisante não pode evitar. No entanto, nos serve para visualizar o campo vasto e heterogêneo que vivenciamos. Não visamos aqui à verdade acerca da Judicialização na Assistência Farmacêutica, muito menos acreditamos saber as estratégias que devem ser conduzidas neste campo, como ações ideais. Contudo, nossa intenção é, a partir de todo um campo percorrido da judicialização, apontar para a construção de uma Política de Assistência Farmacêutica envolvida com a afirmação de uma política do comum.

O desafio de afirmar práticas de saúde envolvidas com as singularidades abrange o protagonismo da experiência, especialmente quando tais práticas habitam pontos de tensão tantas vezes paradoxais, como no caso da judicialização. Nesse sentido, nosso comprometimento é com a efetivação do público e da coletividade e, para isso, ao invés de atuarmos como atores ou expectadores, precisamos estreitar cotidianamente como coparticipantes e coprotagonistas nessa produção do comum. É esse o convite que temos diante de nós. Eis o nosso grande desafio!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AITH, F. Políticas Públicas de Estado e de governo: instrumentos de consolidação do Estado democrático de direito e de promoção e proteção dos direitos humanos. In: BUCCI, M. P. D.(org). **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico** - São Paulo: Saraiva, 2006.
2. ALVAREZ, J. ; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e Produção de Subjetividade/orgs.** Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. – Porto Alegre: Sulina, 2009.
3. ANDRADE, E.I.G. et al. A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. **Rev Med.** Minas Gerais; 18(46 4 Supl 4): S46-S50, 2008.
4. ANGONESI, D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup): 629-640, 2008.
5. ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 3):3603-3614, 2010.
6. AQUINO, D.S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup): 733-736, 2008.
7. ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis** [online]. vol. 20, n.1, pp. 33-55, 2010.
8. BARROS, J. A. C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. **Rev. Saúde públ.**, S. Paulo, 17:377-86, 1983.
9. BENEVIDES, L.L.M.G. **A função de publicização do acompanhamento terapêutico na clínica: o contexto, o texto e o foratexto do AT.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, 2007.
10. BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: Quais interfaces? **Psicologia & sociedade**; 17 (2): 21-25; mai/ago, 2005.
11. BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Vol.10, n.3, pp. 561-571, 2005.
12. BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**. V.11 No 1, jan-jul, 2002.

13. BARROS, R. D. B. **Grupos: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina, 2007.
14. BORGES, D. C. L.; UGÁ, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.26, no.1, p.59-69, 2010.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080/90. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**, 1990. Disponível em: < [www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LeiI8080.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LeiI8080.pdf) >
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **O Remédio via Justiça. Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.- Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.
20. BRASIL. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** /Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
21. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 66 de 13 de julho de 2010a.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 7. ed. – Brasília, 2010.
23. BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. 4 ed. – Brasília: Ed. Do Ministério da Saúde, 2010c.
12. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

24. BROWN, N.; SZEMAN, I. O que é a Multidão? Questões para Michael Hardt e Antonio Negri. **Novos estud.** - CEBRAP, São Paulo, n. 75, Julho, 2006.
25. BUSSINGUER, E.C.A. **Direito à saúde**: contornos constitucionais e tendências jurisprudências: uma análise da teoria e prática brasileira. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Direito de Vitória, 2008.
26. CALIMAN, L. V. **A Biologia Moral da Atenção** - A Constituição do Sujeito (des)Atento – Tese de doutorado - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil, 2006.
27. CARLINI, A.L. A judicialização da saúde no Brasil e a participação política na construção de orçamentos. **Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI**. Fortaleza – CE, 09, 10, 11 e 12 de Junho, 2010.
28. CHIEFFI, A.L.; BARATA, R.C.B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, 2009.
29. CHIEFFI, A.L.; BARATA, R.C.B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Rev. Saúde Pública** [online]. vol.44, n.3, pp. 421-429, 2010.
30. CHRISPINO, A.; CHRISPINO, R. A Judicialização das Relações Escolares e a Responsabilidade Civil dos Educadores. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 58, p. 9-30, jan./mar, 2008.
31. COELHO, E. A. C; FONSECA, R. M. G. S. Atuação de enfermeiras no campo da regulação da fecundidade em um serviço público de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, Mar. 2004.
32. COIMBRA, C.M.B. Modalidades de aprisionamento: processos de subjetivação contemporâneos e poder punitivo. In: OLIVEIRA, R.T. & MATOS, V. de. **Estudos de execução criminal: Direito e Psicologia**. Belo Horizonte: TJMG/CRP, 2009.
33. COIMBRA, C.M.B. Judicialização da vida. **Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas**. Vol.2 N°1, 2010.
34. COLLARES, C. L.; MOISÉS, M. A. A. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A Patologização da Educação). **Série Idéias** n° 23, São Paulo, FDE, pp. 25-31, 1994.
35. CONRAD, P. **The medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

36. CURY, C. R. J. ; FERREIRA, L. A. M. A judicialização da educação. **Revista CEJ.** - Brasília : Centro de Estudos Judiciários do Conselho da Justiça Federal, 1997- . - A. 13, n.º 45- p. 32-45, 2009.
37. DALLARI, S. G. Controle judicial da política de assistência farmacêutica: direito, ciência e técnica. **Physis** [online]. vol.20, n.1, pp. 57-75, 2010.
38. DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface** (Botucatu) [online]. vol.9, n.17, pp. 401-403, 2005.
39. DIAS, R. M. **Do asilo ao CAPSad**: lutas na saúde, biopoder e redução de danos - Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2008.
40. ESCOREL, S. Exclusão social fenômeno totalitário na democracia brasileira. **Saude soc.**, São Paulo, v. 2, n. 1, 1993.
41. ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica. **Diagnóstico da Assistência Farmacêutica no setor público e a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo**. Vitória, 2007a.
42. ESPÍRITO SANTO (Estado). **Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Medicamentos Excepcionais - REMEME**. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica. Vitória, 2007b. Disponível em: [http://www.opas.org.br/medicamentos/site/uploadArq/GEAF\\_REMEME\\_2007\\_-\\_ESPIRITO\\_SANTO.pdf](http://www.opas.org.br/medicamentos/site/uploadArq/GEAF_REMEME_2007_-_ESPIRITO_SANTO.pdf)
43. FIGUEIREDO, T. A.; et al. Um enfoque sanitário sobre a demanda judicial de medicamentos. **Physis** [online]., vol.20, n.1, pp. 101-118, 2010.
44. FILHO, S. B. S. Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. In: Passos, Eduardo (org.) **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde.** / Organizado por Eduardo Passos e Regina Benevides. — Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
45. FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
46. FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**, curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2000.
47. FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2002.



48. GOTARDO, S. M. **Políticas de comunidade nos terrenos da educação**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Institucional– Universidade Federal do Espírito Santo, 2011.
49. GREENHALGH, T. Narrative based medicine in an evidence based world. **BMJ** 1999; 318:323-5 (30 Jan.), 1999.
50. HARDT, M.; NEGRI A. **Multidão: Guerra e Democracia na Era do Império**. – Rio de Janeiro: Record, 2005.
51. \_\_\_\_\_ . **Império**. 8ª Ed. - Rio de Janeiro: Record, 2006.
52. LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.
53. MACEDO, E.I. et al. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Rev. Saúde Pública** [online]. Vol.45, n.4, pp. 706-713. Epub 01-Jul-, 2011.
54. MACHADO, F. R. S. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 73-91, Out. 2008.
55. MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica da expansão da vida. **Interface** (Botucatu), Botucatu, 2011.
56. MACIEL, S.C.E. Medicamentos – **Ações judiciais contra o município de Catuípe/RS**. Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Saúde Pública. Universidade Federal do Rio Grande Do Sul. Revista Boletim da Saúde, 2011.
57. MARAFON, G.; PINHEIRO, D.T.G. Repensando as práticas da psicologia jurídica na pós-modernidade. **Revista do UNIPÊ**, 12 (2), 2008.
58. MARAFON, G. Judicialização da vida escolar e reivindicação de direitos: o que se apresenta e o que pode ser reinventado? In: XI Simpósio Internacional IHU: **o (des)governo biopolítico da vida humana**. Anais. São Leopoldo, RS, 1 cd., 2010.
59. MARQUES, S. B. Judicialização do direito à saúde. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 9, n. 2, out. 2008.
60. MARTINS, A. L. B. Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, Dec, 2008.
61. MOTTA, L. E. Acesso à justiça, cidadania e judicialização no Brasil. **Revista achegas.net**; Número 36, Julho / Agosto, 2007.

62. NASCIMENTO, A. C. **Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado: isto é regulação?** / Álvaro César Nascimento. Tese (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2003.
63. NASCIMENTO, M.C. **A Centralidade do Medicamento na Terapêutica Contemporânea.** Rio de Janeiro, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.
64. NASCIMENTO, M.L. Criminalização da pobreza, moralização das famílias, direito à convivência familiar: aproximações entre proteção e negligência. **IV Seminário Municipal de Convivência Familiar e Comunitária** | Vitória, 19 de Outubro de 2011.
65. NEGRI, A. A constituição do comum. **Conferência Inaugural do II Seminário Internacional Capitalismo Cognitivo** – Economia do Conhecimento e a Constituição do Comum. 24 e 25 de outubro, Rio de Janeiro. Organizado pela Rede Universidade Nômade e pela Rede de Informações para o Terceiro Setor (RITS), 2005.
66. OLIVEIRA, L.C.F. *et al.* Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3) :3561-3567, 2010.
67. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta.** Brasília: OPAS/MS; 2002.
68. PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A Importância da Humanização a Partir do Sistema Único de Saúde, **Rev. Saúde públ.** Santa Cat., Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun., 2008.
69. PASCHE, D. ; PASSOS, E. ; BARROS, M. E. B. A Humanização do SUS como uma política do comum. **Interface** (Botucatu) [online]. vol.13, suppl.1, pp. 491-491, 2009.
70. PASSETTI, E. Ensaio sobre um abolicionismo penal. **Verve.** 9, 83-114, 1999.
71. PASSOS, E. ; BARROS, R. B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** Jan-Abr, Vol. 16 n. 1, pp. 071-079, 2000.
72. PASSOS, E. ; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e Produção de Subjetividade/orgs.** Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. – Porto Alegre: Sulina, 2009a.
73. PASSOS, E. ; BARROS, R. B. Por uma política da Narratividade. In: **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e Produção de Subjetividade/orgs.** Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. – Porto Alegre: Sulina, 2009b.
74. PASSOS, E. ; EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e Produção de**

Subjetividade/orgs. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. – Porto Alegre: Sulina, 2009.

75. PASSOS, E. H. & SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, 23(1), 154-162, 2011.

76. PAULA, P. A. B.; et al. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis** [online]., vol.19, n.4, 2009.

77. PELBART. P.P. **Vida Capital** – Ensaio de Biopolítica. Ed. Iluminuras Ltda. SP, 2003.

78. PEPE, V. L. E. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [1]: 77-100, 2010a

79. PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010b.

80. PINHO, G. S. A.; RIBEIRO, H. B. A.; SOUZA, R. R. Quem cabe na escola? – Instituições de ensino e as práticas de exclusão. **Mnemosine** Vol.5, nº2, p. 249-259 – Artigos. Departamento de Psicologia Social e Institucional/ UERJ, 2009.

81. REIS, A. M. M. Atenção farmacêutica e promoção do uso racional de medicamentos. **Espaço para a Saúde**, 4 : 1-17, 2003.

82. RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS: **RENAME**. Gerência de Assistência Farmacêutica. Brasília; Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

83. ROCHA, T. G. **A partilha do sensível na comunidade**: Encontros possíveis entre psicologia e teatro. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. RJ, 2007.

84. RODRIGUES, H.C. Psicanálise e Análise Institucional. In. RODRIGUES, H., BARROS, R.B. & SÁ LEITÃO, M.B. (Orgs), **Grupos e Instituições em Análise**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

85. ROLNIK, S.. À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. In: MAGALHÃES, M.C.R. (Org). **Na sombra da cidade**. Escuta: São Paulo, 1995.

86. ROSE, N. Beyond medicalisation. **Lancet**; Vol. 369, p. 700-702, 2007.

87. SANT'ANA, J.M.B. et al. Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. **Rev. Saúde Pública** [online]. Vol.45, n.4, pp. 714-721. Epub 01-Jul, 2011.
88. SANTOS, R. ; FARIAS, M. Conflitos bioéticos e as políticas para acesso aos medicamentos. In: **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Organizadores, Sandra Caponi[et al]. Palhoça: Editora Unisul, 2010.
89. SANTOS, D. K. ; FILHO, F. S. T. Proposições e pistas cartográficas nos estudos de gênero e das sexualidades. **Anais eletrônicos** [recurso eletrônico] / Seminário Internacional Fazendo Gênero 9 : Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. - Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.
90. SCHEINVAR, E. **O feitiço da política pública: escola, sociedade civil e direitos da criança e do adolescente** / Rio de Janeiro: Lamparina, FAPERJ, 2009.
91. TAVARES, G.R.P. ; MACHADO-DOS-SANTOS, S. C. ; BARCELOS, P. C. ; DA SILVA, C.R. ; SILVA, D.D.M. ; PEREIRA, R.K.G. . Diagnóstico das ações judiciais direcionadas à secretaria de estado da saúde do espírito santo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2010.
92. VIANNA, L. W. O Terceiro Poder na Carta de 1988 e a Tradição Republicana: mudança e conservação. In: Oliven, R. G. Ridenti, M. Brandão, G. M. (Org.). **A Constituição de 1988 na Vida Brasileira**. São Paulo: Hucitec, p. 91-109, 2008.
93. VIANNA, L. W. et al. A judicialização da política e das relações sociais no Brasil. Rio de Janeiro: **Revan**, 1999.
94. ZIMMER, F.; LAVRADOR, M.C.C.; VICENTINI, N.E. Saúde Mental e as Práticas Jurídicas de intervenção na vida: Uma experiência no Espírito Santo. Trabalho completo. **Anais da XV Encontro Nacional da ABRAPSO**. ISSN: 1981-4321, 2009.

**ANEXO A**  
**ROTEIRO ENTREVISTA – USUÁRIOS**

- 1) Quais serviços do SUS você utiliza?
- 2) Você pode narrar o processo de adoecimento que levou a necessidade do medicamento?
- 3) Quais foram as trajetórias percorridas para tratar o problema de saúde (referente ao medicamento solicitado)?
- 4) O que você esperava como acolhimento? Ficou satisfeito?
- 5) Como ficou sabendo do meio judicial para conseguir o medicamento? Alguém te motivou especificamente?
- 6) Como foi esse processo de entrar com ação judicial para pedir medicamento?
- 7) Houve mudança na sua saúde, no seu modo de vida com o medicamento?
- 8) O que entende por direito à saúde? Na sua perspectiva foi alcançado com o recebimento do medicamento?

**ANEXO B****ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS**

1. Há quanto tempo trabalha nesse cargo/setor?
2. Como percebe a Política de Assistência Farmacêutica aqui no estado do ES?
3. Como tem pensado a Judicialização na Assistência Farmacêutica?
4. Como avalia o efeito desse fenômeno em seu trabalho/prática?
5. De que forma percebe essa busca contemporânea por medicamentos?
6. Há a criação de espaços de discussão entre os setores que trabalha jurídicos/executivos (GEAF) para pensar e analisar essa questão da judicialização da saúde?
7. Quais estratégias, em sua opinião, devem conduzir a maneira de lidar, por parte de todos os envolvidos na judicialização da saúde, com o aumento dessas demandas judiciais aqui no ES?