

A via judicial para o acesso aos medicamentos e o equilíbrio entre as necessidades e desejos dos usuários do Sistema de Saúde e da indústria^I

The legal path to medication access and the balance between the needs and desires of users of the Health and Industry System

José Sebastião dos Santos^{II}, Ana Carla Bliacheriene^{III}, Julieta Ueta^{IV}

Resumo

O acesso aos medicamentos por via judicial sinaliza que o direito constitucional à saúde é mais amplo que a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por outro lado, essa prática pode prestigiar interesses individuais, corporativos e da indústria farmacêutica.

O objetivo deste estudo foi identificar compreensões e ações dos agentes envolvidos nos processos judiciais para acesso aos medicamentos. Foram realizados um Fórum (162 participantes de 35 municípios) e uma

Reunião Técnica (93 participantes de 23 municípios), com representantes do Ministério da Saúde, Ministério Público Estadual, do Poder Judiciário, da Defensoria Pública, dos Conselhos Regionais de Medicina e de Farmácia; Gestores da Saúde, Procuradores Jurídicos, profissionais de saúde, do direito e da mídia, pesquisadores e usuários.

O Discurso do Sujeito Coletivo dos representantes destacou a supremacia do poder da indústria sobre prescritores, mídia e usuários, as distorções e o impacto econômico das ações judiciais e a necessidade de regulação dos prescritores. Por outro lado, houve pouca ênfase nos discursos sobre as restrições de acesso aos bens previstos constitucionalmente no SUS e ao relato de experiências exitosas no manejo das ações judiciais.

A reatividade dos discursos parece inibir a elaboração de estratégias para aperfeiçoar a organização do SUS e minimizar a sua judicialização.

Palavras-chave: Política de medicamentos, decisões judiciais, saúde pública

Abstract

The access to medications by the legal path signals the constitutional right to health and is more ample than the response capacity of the Sistema Único de Saúde (SUS).

On the other hand, this practice can benefit individual, corporate, and pharmaceutical industry interests. The

objective of this study was to identify the understanding and actions of the agents involved in the legal processes to access medications. A forum was held (162 participants from 35 municipalities) and a Technical Meeting (93 participants

from 23 municipalities), with representatives from the Ministry of Health, Public State Ministry, from the Judicial Branch, from the Public State Defender, from the Regional Councils of Medicine and Pharmacy; Health Administrators,

Law Attorneys, Law Prosecutor Attorneys, health care professionals, legal and press professionals, researchers and users. The speech from the Collective Subject of the

representatives emphasized the supremacy of the industry's power over prescribers, the media, and users, the distortions and economic impact of legal actions and the need for regulation of prescribers. On the other hand there was little

emphasis in the discussions regarding the restrictions of access to goods foreseen constitutionally in the SUS and the mention of successful experiences in handling legal

actions. The reactivity of the speeches appears to inhibit the elaboration of strategies to perfect the organization of the SUS and minimize its judicialization.

Key words: Medications policy, legal decisions, public health

^IFinanciamento PPSUS 2006/2007 com nº do Processo 2006/61915-2.

^{II}José Sebastião dos Santos (jsdsanto@fmrp.usp.br) é professor associado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), com mestrado, doutorado e livre docência em Cirurgia pela FMRP-USP. Foi diretor da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) e secretário da saúde de Ribeirão Preto. Atua na área de cirurgia digestiva (vias biliares e pancreas).

^{III}Ana Carla Bliacheriene (acb@usp.br) é professora doutora da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FDRP-USP), mestre e doutora em Direito Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-USP). Ministra as disciplinas de Direito Econômico, Direito da Regulação e Direito das Finanças Públicas e do Orçamento.

^{IV}Julieta Ueta (julieta@usp.br) é professora associada da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FCFRP-USP), doutorado em Bioquímica pela Universidade de São Paulo (USP). Tem experiência em Farmácia Clínica com atuação em assistência farmacêutica, medicamentos e segurança dos pacientes.



Introdução

A integralidade na atenção à saúde, garantida pela legislação brasileira¹, é mais abrangente que os limites dados pelas regulamentações dos gestores e pela prática assistencial dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). A magnitude da resposta e dos efeitos das decisões do Poder Judiciário, frente aos processos para acesso aos bens de saúde, sinaliza que esse direito é muito mais amplo que a capacidade operacional e organizacional do SUS¹⁶.

Estudos do impacto econômico financeiro e das distorções das solicitações de medicamentos pela via judicial têm dominado a produção científica sobre o tema da judicialização do acesso à saúde, com ênfase no prejuízo à tomada de decisões políticas e na sobreposição das necessidades dos autores dos processos às necessidades coletivas^{4, 17, 18}. Esse percurso dominante da abordagem da judicialização do acesso à saúde tem sustentado conclusões pertinentes e algumas preocupantes.

A articulação da indústria farmacêutica ao processo de produção do conhecimento e as estratégias de *marketing* para a legitimação científica dos seus produtos, interfere inapropriadamente na geração de conhecimento médico. Essa engrenagem de direcionamento de interesses econômicos financia pesquisas na área de medicamentos, envia seus resultados, incentiva a

produção e a publicação de artigos científicos, influencia protocolos e a aquisição de medicamentos^{6, 7, 11}.

As despesas com pacientes que garantem o acesso por via judicial é aproximadamente nove vezes maior em relação àqueles que são atendidos pelo Programa de Medicamentos Excepcionais no Estado de São Paulo⁵, e há municípios nos quais essas despesas com aquisição de medicamentos por ordem judicial atingem 22,09% do orçamento destinado a medicamentos¹⁵.

A concentração dos processos por médico prescritor e advogado demandante, segundo medicamento e fabricante, parece caracterizar a configuração de um fluxo de autores envolvidos com indícios de existência de esquema organizado para acionamento do Estado, que envolve associações de pacientes, advogados, médicos e, possivelmente, a indústria farmacêutica^{4,13}.

Por outro lado, é preocupante saber que há casos de solicitações judiciais de medicamentos relacionados nas listas dos programas de assistência farmacêutica^{10, 17}, o que demonstra falhas no procedimento do Estado, se admitir que os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS favorecem a estratégia das indústrias de criar mercado para seus novos produtos⁴.

Nesse contexto, a avaliação crítica dos processos de acesso aos medicamentos por via judicial pode fornecer subsídios para planejamento e elaboração de estratégias com a compreensão compartilhada dos agentes in-

dutores, condutores, facilitadores e decisores¹⁶. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar compreensões e ações dos agentes envolvidos nos processos judiciais para acesso aos medicamentos, na perspectiva de elaborar ou aperfeiçoar estratégias já vigentes.

Método

Tipo de estudo: trata-se de estudo qualitativo de natureza descritiva e analítica, a partir do material transcrito de palestras de convidados para um evento sobre judicialização da saúde.

O evento: Consistiu de Reunião Técnica e Fórum realizados no período de 22 a 24 de junho de 2007, no município de Ribeirão Preto (SP). Na Reunião Técnica e no Fórum estavam presentes 93 e 162 participantes provenientes de 23 e 35 municípios, respectivamente. Os palestrantes foram agrupados de acordo com a função que exerciam à época como: gestores (federal e municipal), prescritores, mídia, pesquisadores, defensores públicos e privados, ministério público, judiciário e usuário dos serviços e tecnologias de saúde (Tabela1).

Tabela 1. Relação dos representantes presentes no Fórum e na Reunião Técnica de acordo com a função/cargo

Função ou Cargo	Discriminação	Total
Gestores	Representantes do Ministério da Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde de três municípios (Franca, Batatais, Ribeirão Preto); Secretaria Municipal de Negócios Jurídicos de Ribeirão Preto	5
Prescritores	Representante do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamento (SOBRAVIME)	2
Defensores (Públicos e Privados)	Defensoria Pública Estadual de São Paulo; Advogada de Organização não Governamental e Advogada especialista.	3
Ministério Público	Ministério Público Estadual de São Paulo.	2
Pesquisador	Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo	1
Judiciário	Juiz Estadual	1
Mídia	Escrita (Folha de São Paulo)	1
Usuário	Usuário do SUS	1
Total		16

Coleta dos dados: Os dados do estudo são representados por todas as palestras que foram gravadas e armazenadas em sistema audiovisual.

Transcrição das falas: os textos utilizados neste estudo foram obtidos pela transcrição das falas dos palestrantes por contratado independente e os pontos inaudíveis foram excluídos e desconsiderados. Uma das apresentações do total do grupo dos gestores foi irremediavelmente perdida.

Leitura e análise dos textos transcritos: Todos os pesquisadores envolvidos na publicação tiveram acesso aos textos transcritos e realizaram as leituras. Para ordenar e organizar o material do estudo utilizou-se o método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que permite organizar o conjunto de discursos verbais de um grupo de sujeitos sobre um determinado tema⁸.

Para ordenar os discursos foram empregadas as buscas de palavras-chave ou unitermos que representam

uma ou mais palavras ou expressões. Os unitermos pesquisados nos textos foram: aç(ão; ões), acess(o; ibilidade), assist(ência; ida(o), direito, equidade, farm(acêutica(o); ácia), gast(o; a; ou), gest(ão; or), indústria, judic(ial; ialização), just(iça; ificativa), laboratório, médico, medic(ação; amento), munic(ípio; ipal), orçamento, paciente, pessoa(l), política, prescr(ição; tor; eve(u), recurso, remédio, responsa(bilidade; vel), saúde, social e usuário.

Os termos indústria + laboratório, paciente + pessoa + usuário e remédio + medicamento foram agrupados. Os unitermos foram quantificados mediante busca pelo termo e pelo autor do discurso e tabulados em uma planilha em Excel®. Foram também computados o número total de palavras de cada palestrante para possibilitar o cálculo de percentuais em relação ao número total de palavras.

Os argumentos ou expressões que revelam a essência do conteúdo de uma porção do texto que compõe o discurso foram coletados pela cópia explícita da fala ou pela criação de argumento menor que contemplava frases extensas. Foram também coletadas as frases que cercavam os unitermos quando havia conexão com o discurso do autor. A coleta dos argumentos foi realizada por um único pesquisador, distinto do que fez a definição e quantificação dos unitermos.

A partir dos argumentos, os autores desse trabalho definiram as ideias centrais: expressões que descrevem de forma sintética e clara o sentido ou tema de cada conjunto de argumentos. Com os dados de autores, ar-

gumentos e ideias centrais tabulados em Excel® foram elaborados os discursos do sujeito coletivo (DSC) que agregavam e expressavam o conjunto dos argumentos agrupados por ideias centrais e discriminados pela função ou cargo exercido pelos palestrantes. Ao final, de um universo maior, foram selecionados os seis discursos do sujeito coletivo mais referidos.

Aspectos éticos: durante a realização do evento, prévia a apresentação do palestrante, foi obtido Termo de Consentimento por escrito para gravação audiovisual da apresentação e uso do discurso.

Financiamento: FAPESP proc:06/61915-2

Este evento teve o financiamento da FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e Fundação Waldemar Barnsley Pessoa. Também foi apoiado pelas Faculdades de Medicina e de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas – FAEPA, e Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

Resultado

Frequência dos unitermos nos discursos dos atores do processo de judicialização

Os resultados da busca e quantificação dos unitermos foram discriminados para representar o percentual do total de palavras presentes nos discursos dos diferentes representantes.

Tabela 2. Frequência dos unitermos em relação ao número total de palavras dos diferentes representantes

Representantes	Total de Palavras	Total de Unitermos	Unitermos/Palavras (%)
Gestores*	2.332,25	174	7,46
Prescritores*	5.980	258	4,31
Ministério Público*	4.735	210	4,43
Judiciário	3.739	208	5,6
Defensoria*	1.536,67	96	6,25
Mídia	101	51	5
Pesquisadores	2.691	161	6
Usuário	1.368	75	5,5
TOTAL	40.881	2.415	5,9

*Total das palavras, em média

Os unitermos mais empregados pelos grupos de palestrantes, em ordem decrescente foram: remédio + medicamento, paciente + pessoa + usuário, saúde, ação, (j)udic(ial, ialis)ação, munic(ípio, ipal), médico, laboratório + indústria. A soma dos percentuais dos unitermos empregados pelos grupos de palestrantes, também em ordem decrescente, variou de 132,1% a 44,6%.

A seleção dos unitermos principais de todos os grupos, representando cerca de 70%, revelou as características discursivas de cada grupo, suas funções, conceitos e práticas em relação ao tema do evento.

A análise dos discursos permitiu coletar um total de 105 argumentos. Cada argumento foi identificado por autoria individual. Posteriormente, foram agrupados com

base em ideias centrais como: “a indústria farmacêutica coopta médicos, pacientes, todos...”, “há problemas na incorporação de novos medicamentos na lista”. A partir dos grupos, foram elaborados os Discursos do Sujeito Coletivo.

Os argumentos elencados e associados a ideias centrais e expressos por Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) resultaram em 105 argumentos que compuseram nove DSC. Do total, foram selecionados seis DSC, representados por 72 argumentos distintos (representante com argumento). Os resultados estão apresentados na Tabela 3, onde os DSC estão em uma sequência que se inicia com o direito constitucional à saúde, seguido dos problemas e conflitos, encerrando com soluções vislumbradas ou já praticadas com êxito.

Tabela 3. Os discursos do sujeito coletivo obtidos da análise dos pronunciamentos dos palestrantes, discriminados por representantes e argumentos

Número do discurso	Discurso do sujeito coletivo	Representantes	Argumentos
1	As políticas públicas da saúde e dos medicamentos no Brasil são novas e o modelo de atenção ainda opera com velhos paradigmas. O controle social pode garantir a implementação dessas políticas com equidade.	Gestor federal – Ministério da Saúde	Modelo antigo ainda impregnado no sistema. Hospital como centro da organização. SUS ainda em construção. A sociedade é que define o tudo que está disponível a todos.
		Judiciário	As políticas públicas chegam tarde.
		Ministério Público	A culpa é de todos e não devemos fazer defesa de classe.
		Usuário	Política Pública efetiva: hoje é rara uma ação por síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA).
2	Os princípios da universalidade, e da integralidade, devem ser temperados pelos princípios da equidade e da razoabilidade.	Defensor – Advogado especialista	Acesso universal igualitário regulado. Para entrar no SUS tem que ter a regulação das portas de entrada, tem que ter regulação do padrão de integralidade. “Todos” são somente aqueles que entram no SUS. E a assistência terapêutica integral inclui a farmacêutica. O fornecimento de medicamentos deve ser para todos os pacientes atendidos no SUS. Só para esses, mas a maioria dos pacientes não é do SUS.
		Pesquisador	O dobro dos processos eram oriundos de pessoas que moravam em regiões privilegiadas (infringe equidade do sistema).
		Gestor federal; Poder Judiciário; Ministério Público	Equidade; direito à saúde é direito de todos. E dever do Estado garanti-lo de forma universal e integral. Toda e qualquer pessoa tem direito ao acesso à saúde. O sistema é universal, inclusive para quem não precisa.
		Ministério Público; Cremesp	Não se deve fazer escolha entre o individual e o coletivo, pois o coletivo é composto pelos individuais. Deve-se priorizar o coletivo e não o individual.

Número do discurso	Discurso do sujeito coletivo	Representantes	Argumentos
3	A indústria farmacêutica, como setor economicamente organizado, coopta os agentes envolvidos nas diversas etapas do processo de fornecimento dos bens de saúde.	Judiciário; Usuário	Alguns laboratórios cooptam pacientes, auxiliares da farmácia, associações de pacientes, dentre outros. Os laboratórios são uma máfia, tentam cooptar as associações de pacientes.
		Mídia	A editoria de um jornal recebe em média 50 e-mails/dia da indústria farmacêutica, alimentos e equipamentos... constante assédio...conseguem capas de revistas...também há grandes demandas de instituições de pacientes.
		Mídia	Jornalistas muito jovens são presas fáceis para a indústria. A imprensa tem que ter um olhar crítico, pois o poder econômico está bem organizado.
		Ministério Público; Gestor municipal	O médico esquece a ética e é cooptado pela indústria. Estímulo da judicialização por parte da indústria. A indústria coopta (advogados, pacientes e médicos): fica mais barato utilizar a prescrição.
		Crempesp; Sobravime	Há pressão da indústria (deficiência dos sistemas X pressão da indústria). Os agentes não passam de marionetes cujos cordões são conduzidos pela indústria farmacêutica, que também coopta a grande mídia.
4	Operadores do Direito, geralmente, trabalham isolados, causam problemas aos gestores por desconhecimento do SUS, desorganizam o sistema, não obstante tenham o mérito de resolver questões relativas ao acesso a bens de saúde em situações cruciais.	Farmacêutica Pesquisadora	Que sentenças atendem os usuários adequadamente e quais estimulam a irracionalidade do sistema? Em 73% das liminares concedidas havia alternativas eficazes na lista do município (ineficazes e ineficientes). Falha do sistema - Em 40% dos casos o remédio estava disponível no município, o paciente não era informado.
		Gestor municipal; Assistência farmacêutica	A assistência farmacêutica está completamente desvirtuada. Há interpretações errôneas da legislação, falta de protocolos, de conduta de assistência farmacêutica e médica. O juiz acaba prescrevendo.
		Judiciário	Vêm ao Poder Judiciário porque somos a última trincheira quando não atendido pelas vias normais.
		Crempesp; Secretaria de negócios jurídicos municipal	O Poder Judiciário quebra o planejamento dos órgãos de saúde (trabalha-se com um cheque em branco). Os Magistrados não entendem o sistema e, por isso, o enxergam pela letra fria da lei.
		Sobravime	Os Tribunais são mecanismos de correção e não podem ser fios condutores de práticas médicas errôneas.
		Secretaria de negócios jurídicos municipal	A ação judicial é um sintoma de uma doença. Infringe-se o processo da licitação com ordens judiciais que desorganizam o sistema de compras.
		Ministério Público	Há distorções no sistema. Problemas que se agravam pela falta de atendimento na atenção básica. ...maior agilidade no processo de incorporação de fármacos. Gasta-se milhões com equipamento de diagnóstico e não instrumentaliza-se o básico para o atendimento ao paciente.
		Ministério Público	Os recursos são finitos: preciso atender aos direitos, no mínimo vital (razoabilidade). Mas não é tudo que se quer. Há de se utilizar a razoabilidade.
		Usuário	Tive dificuldade de obter o remédio AZT (quando ainda não autorizado) por não atender ao protocolo. Usei a via judicial e fui atendido.

Número do discurso	Discurso do sujeito coletivo	Representantes	Argumentos
5	A prescrição médica promove a irracionalidade, gera problemas bioéticos e estimula a judicialização e, portanto, deve ser regulada, com limites e critérios de responsabilização do médico.	Gestor municipal;	As prescrições devem ser reguladas por protocolos estabelecidos pelo Estado e/ou União e os médicos devem prescrever baseados nesses protocolos. As prescrições devem ter justificativa das informações nos protocolos. Em São Paulo há lei complementar que obriga a todos os médicos a prescreverem quaisquer medicamentos pelo genérico. Problemas de ética médica: médico prescreve dose maior para ficar com sobras em clínica privada. Problemas na livre prescrição do médico. Aumentar a regulação do setor.
		Assistência farmacêutica;	
		Defensor - advogado; Ministério Público;	
		Secretaria de negócios jurídicos municipal	
		Ministério Público	O médico que faz prescrição indevida e que onera o sistema ele deve ser responsabilizado pessoalmente, civil e criminalmente. Órgãos de classe devem atuar e não ocultar. O Conselho Federal de Medicina e o Cremesp devem regular adequadamente a prescrição do médico.
		Cremesp	Falta regulação satisfatória. Há problemas na prescrição. Deve ser bem regulada. O médico deve ter limites técnicos (regulamento) no ato de prescrever.
6	A regulação coordenada com integração dos diversos atores envolvidos no processo de judicialização, poderá ser um instrumento efetivo de acesso à informação, e operacionalização do processo administrativo ou judicial, permitindo o atendimento das necessidades de saúde do cidadão.	Gestor federal	Vamos precisar ter a obrigação de nos aproximar tanto para o trabalho do Judiciário, e dando trabalho para eles, de coisas que eles não precisariam estar fazendo, de protocolo, de ter que ir visitar pessoas. Nós, enquanto gestores, ...uma aproximação obrigatória com o profissional médico que é quem prescreve.
		Judiciário	Efetividade da Justiça: regulamos um procedimento. Um questionário padronizado. Trazer uma prescrição médica adequada. A comissão é bem atuante. Em três dias a pessoa tem uma resposta (celeridade no atendimento). Autorizamos remédio que esteja na lista da ANVISA. Não permitimos compra de medicamento pelo nome comercial. Só entram medicamentos que tenham comprovação científica. O médico tem de especificar o histórico do tratamento para justificar a prescrição. Exigimos comprovação de urgência.
		Ministério Público	As secretarias devem trocar informações com o Ministério Público para que este possa intervir. Precisa implantar Câmara Técnica. Em RP, Comissão criada passou a assessorar o MP. Diminuí o número de ações sem fundamento real. Acesso do MP à informação qualificada.
		Cremesp	O Hospital das Clínicas de São Paulo estabeleceu diretrizes para diminuir os conflitos de prescrição no sistema e se dispôs a manter uma comissão permanente de bioética. É importante uma proposta de grupo de trabalho interdisciplinar com os atores envolvidos na questão.

Discussão

As possíveis distorções e as consequências do emprego do acesso aos medicamentos por via judicial foram destacadas na reunião técnica e no fórum. Todavia, as motivações e experiências de médicos, assistentes sociais, advogados e organizações que efetivamente induzem a via judicial para viabilizar os tratamentos, não foram trazidas, o que pode justificar a menor frequência do emprego dos unitermos acess(o); ibilidade), assist(ência; ida(o), direito, equidade, prescr(ição; tor; eve(u), recurso, responsa(bilidade; vel) e social.

A argumentação de alguns representantes revela compreensão mais restrita, com equívocos conceituais das dimensões do direito à saúde, do dever do Estado e dos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Argumentos do DSC 2, como: “O dobro dos processos era oriundo de pessoas que moravam em regiões privilegiadas (infringe equidade do sistema)” e “O fornecimento de medicamentos deve ser para todos os pacientes atendidos no SUS. Só para esses, mas a maioria dos pacientes não é do SUS”, sugerem que o acesso e a equidade têm relação com a condição sócio-econômica, e o usuário que é assistido por meio da saúde suplementar não tem direito aos medicamentos, o que tem sido rechaçado pelos tribunais¹².

Os argumentos do DSC 4: “Juiz acaba prescrevendo”, “O Poder Judiciário quebra o planejamento dos órgãos de saúde (trabalha-se com um ‘cheque em branco’) e “Os Magistrados não entendem o sistema e, por isso, o enxergam pela letra fria da lei”, revela equívoco em relação ao papel do juiz que apenas defere, ou não, o pleito de um usuário que possui uma prescrição médica. O incômodo com a atuação do Poder Judiciário pode dificultar aproximações visando à elaboração ou aperfeiçoamento de estratégias para lidar com a judicialização da saúde, como defende o representante do gestor federal: “Vamos precisar nos aproximar do Judiciário e do profissional médico que é quem prescreve”.

Embora os resultados apresentados não possam ser generalizados para as entidades ou às instituições representadas e, tampouco, às categorias profissionais e aos cargos ocupados, os argumentos captados e organizados na forma de DSC 3 apontam a indústria farmacêutica como setor economicamente organizado e capaz de cooptar os agentes indutores do processo de fornecimento dos bens de saúde, desencadear ações judiciais para acesso aos medicamentos e pro-

mover a instabilidade no sistema de saúde: “Os laboratórios são uma máfia”.

A indústria coopta advogados, pacientes, associações de pacientes, auxiliares farmacêuticos, médicos e a mídia, segundo representantes dos gestores, do judiciário, dos usuários e do Ministério Público. As fragilidades da formação e da ética profissional de jornalistas e médicos, respectivamente, são fatores que facilitam a ação da indústria farmacêutica e contribuem para a judicialização da saúde. Para representantes do Cremesp e da Sobravime, as deficiências do sistema favorecem a pressão da indústria para representantes dos gestores municipais, do Ministério Público e da mídia. A falta de mecanismos regulatórios do sistema de saúde são fatores relacionados como facilitadores para atuação da indústria farmacêutica.

As políticas de acesso à atenção à saúde e de regulação dos sistemas^{2, 3} e do exercício dos profissionais existem com experiências já registradas^{5,9,14} e, na sua execução, identificam assistência farmacêutica restritiva, sem profissionais especializados, sem divulgação ampla das relações de medicamentos e gestores que não viabilizam, por exemplo, o tratamento após alta hospitalar, com o argumento de que o paciente é do hospital e este deve providenciar o tratamento domiciliar. Assim, como argumentou o representante do gestor federal: “O modelo antigo ainda está impregnado no sistema, o hospital é o centro da organização e o SUS ainda está em construção”.

Esse cenário facilita a compreensão e a conexão dos argumentos trazidos no DSC 4: “A Ação Judicial é um sintoma de uma doença”, “Há distorções no sistema. Problemas que se agravam pela falta de atendimento na atenção básica”, e parece que é preciso “...maior agilidade no processo de incorporação de fármacos”. As pessoas, quando não atendidas pelas vias normais, “vêm ao Poder Judiciário porque somos a última trincheira...” e, finalmente, o depoimento que traduz a solução que o sistema de saúde não conseguiu por si só viabilizar: “Tive dificuldade de obter o remédio AZT (quando ainda não autorizado) por não atender ao protocolo. Usei a via judicial e fui atendido.” Assim, o Poder Judiciário tem induzido a União, os Estados e os Municípios a atualizar a sua relação de medicamentos.

Dessa forma, a provisão dos recursos essenciais previstos nas políticas de saúde e o ato de regular, no sentido de ordenar o acesso dos usuários em função

das suas necessidades, para garantir a melhor resposta^{2, 5, 9, 14}, parecem ter mais conexão com equidade do que com os argumentos do DSC 5, que podem induzir à adoção de estratégias restritivas. A inobservância dos preceitos técnicos e éticos comporta os devidos processos de responsabilização ética, civil e criminal do prescritor, conforme argumentou o representante do Ministério Público.

Nesse contexto, foi apresentada uma experiência decorrente de sucessivas aproximações entre o Estado (Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo e Divisão Regional de Saúde) e a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, com o objetivo de reunir esforços no âmbito de uma Comissão Assessora do Poder Judiciário.

Os componentes dessa comissão interinstitucional caracterizam a necessidade dos usuários e oferecem, quando possível, alternativas para acesso aos medicamentos daqueles que fizeram a opção pela aquisição por via judicial, frente à atenção farmacêutica disponível. A comunicação ágil entre os gestores, Ministério Público, prescritores, especialistas da universidade e Judiciário e o trabalho com um protocolo mínimo e pactuado, têm garantido o acesso, aperfeiçoado a assistência farmacêutica e oferecido suporte técnico às decisões do Ministério Público e do Judiciário.

Finalmente, pode-se afirmar que as ações judiciais, além de instrumentos para o exercício de cidadania e de mobilização da sociedade, revelam ainda as deficiências da administração pública e as imbricadas relações inerentes a uma fatia do mercado farmacêutico, altamente rentável e competitivo². Todavia, os resultados apresentados permitem concluir que é preciso melhorar a compreensão para melhor intervir nos fatores que têm contribuído para o crescente número de ações judiciais. Ignorar as restrições de acesso aos bens previstos constitucionalmente no SUS e adotar discursos focados excessivamente nas distorções existentes nas ações e sentenças judiciais podem retardar aproximações e inibir a elaboração de estratégias exitosas para aperfeiçoar a organização do SUS e minimizar a sua judicialização.

Referências

1. Brasil. Lei n° 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 dez 1990. Disponível em: www.pessoalsus.inf.br/Normas/Lei%208142_90.htm.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais. 2005; p.136. (Série Legislação, 3).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Ago 2008.
4. Chieffi AL, Barata RCB. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. Rev Saúde Pública 2010; 44(3):421-9.
5. Ferreira JBF, Mishima SM, Santos JS, Forster AC, Ferraz CA. The regulatory complex for healthcare from the perspective of its operational players. Interface 2010; 14: 345-358.
6. Fitzgerald GA. Drugs, industry and academia. Science 2008; 320(5883):1563.

7. Holloway RG, Mooney CJ, Getchius TS, Edlund WS, Miyasaki JO. Invited article: conflicts of interest for authors of American Academy of Neurology clinical practice guidelines. *Neurology* 2008; 71(1):57-63.
8. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface* 2006; 10(20):517-24.
9. Lopes SL, Santos JS, Scarpelini S. The implementation of the medical regulation office and mobile emergency attendance system and its impact on the gravity profile of non-traumatic afflictions treated in a University Hospital: a research study. *BMC Health Services Research* 2007; 7: 173.
10. Messeder A, Osório-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(2):525-34.
11. Miguelote VRS, Camargo Junior KR. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(1):190-6.
12. Oliveira LM. Princípio da universalidade do acesso à saúde e a indevida exigência de comprovação de hipossuficiência em juízo. *Boletim do Instituto de Saúde* 2010; 12(3):234-9.
13. Santos CC, Gonçalves AS. Análise descritiva de mandados judiciais impetrados contra a secretaria de saúde do Distrito Federal para fornecimento de medicamentos. [monografia]. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde; 2006.
14. Santos JS, Kemp R, Sankarankutty AK, Salgado Júnior W, Souza FF, Teixeira AC et al. Clinical and regulatory protocol for the treatment of jaundice in adults and elderly subjects: a support for the health care network and regulatory system. *Acta Cir Bras* 2008; 23 (Suppl 1): S143-150.
15. Santos JS, Ueta J. A diversidade dos discursos dos agentes implicados no acesso aos bens da saúde por via judicial. In: Bliacheriene AC, Santos JS, coords. *Direito à vida e à saúde Impactos orçamentário e judicial*. Editora Atlas. 2010. p.209-21.
16. Santos JS, Mestriner DCP, Silva Jr DB, Carlucci NV, Silveira SS, Gandini JAD et al. A via judicial para o acesso aos medicamentos e o equilíbrio entre as necessidades e desejos dos usuários, do Sistema Único de Saúde e da indústria. In: Bliacheriene AC, Santos JS, coords. *Direito à vida e à saúde Impactos orçamentário e judicial*. Editora Atlas 2010. p.277-88.
17. Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(2):365-9.
18. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007; 42(2):214-22.