

MARIA JOSÉ XAVIER DA SILVA

**A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE A PARTIR DAS AÇÕES DE
MEDICAMENTOS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso é um requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e foi julgado e aprovado no Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina pela Comissão Examinadora constituída dos membros:

BANCA EXAMINADORA



Profª Katia Regina Madeira
Mestre em Serviço Social
Orientadora



Profª Keli Regina Dal Prá
Doutora em Serviço Social
1ª Examinadora



Dra. Renata de Araújo Luckmann
Especialista em Direito
2ª Examinadora

Florianópolis, 08 de Julho de 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

MARIA JOSÉ XAVIER DA SILVA

A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE A PARTIR DAS AÇÕES DE
MEDICAMENTOS

FLORIANÓPOLIS – SC
2011

MARIA JOSÉ XAVIER DA SILVA

A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE A PARTIR DAS AÇÕES DE
MEDICAMENTOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina com requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Professora Kátia Regina Madeira.

FLORIANÓPOLIS – SC
2011

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo fazer uma reflexão sobre a intervenção do Poder Judiciário no que se refere à saúde enquanto um direito de todo cidadão brasileiro e, um dever do Estado, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, em seu art. 196 - *“A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”* Considera-se que a incapacidade do Estado em garantir este direito, responsabiliza o sujeito pela questão social, obrigando-o garanti-lo judicialmente. Disso resulta várias consequências. Para compreender esse processo, busca-se traçar um panorama histórico sobre a política de saúde brasileira e sua efetivação.

A escolha do tema partiu do fato de trabalharmos no Cartório da Vara da Fazenda Pública do Fórum de São José/SC, onde nos deparamos com várias ações judiciais solicitando medicamentos. Daí surgiu o nosso questionamento do porquê os cidadãos brasileiros, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, estão acessando o Judiciário para obtenção de medicamentos contra o Estado e quais as possíveis consequências desta judicialização.

Para realizarmos esta análise utilizamos como metodologia a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. A pesquisa documental foi realizada através do levantamento de informações contidas nas ações judiciais de medicamentos no Cartório da Vara da Fazenda Pública do Fórum de São José/SC, referente ao ano de 2010, através do SAJ - Sistema de Automação do Judiciário, onde foram levantadas 68 ações. Dessas, tiramos uma amostragem de 10 (dez) ações para análise integral de cada caso. Todas as ações, na vara da Fazenda Pública, que não consistem em segredo de justiça, são de livre acesso ao público para eventuais consultas. Na pesquisa bibliográfica utilizamos diversos autores dentre esses destacamos os principais em que mais nos referenciamos para estruturar esse trabalho, sendo eles: Beatriz Gershenson Aginsky e Ecleria Huff de Alencastro; Luís Roberto Barroso; Maria Inês Souza Bravo; Potyara A. P. Pereira; Tânia Krüger.

Palavras-Chave: Direito à Saúde, Políticas públicas, Assistência farmacêutica, Judicialização, Medicamentos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
SEÇÃO I – UM BREVE RECUO NA HISTÓRIA	3
I.1 - A Política de Saúde a partir da década de 30	3
I.2 - A Reforma Sanitária	7
SEÇÃO II – A MATERIALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	12
II.1 - A Saúde como direito constitucional	12
II.2 - O Controle Social	16
II.3 - O Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS	21
SEÇÃO III – OS DESAFIOS DA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE	26
III.1 - O conceito ampliado de Saúde dentro do processo democrático	26
III.2 – A universalização do atendimento à Saúde	29
III.3 - O Judiciário como via de efetivação do Direito à Saúde	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

INTRODUÇÃO

O direito à saúde, no Brasil só foi reconhecido na Constituição Federal de 1988. A partir daí, o Estado passa a ser responsável pela saúde de todo brasileiro. Anteriormente, a saúde estava restrita aos trabalhadores empregados formais, que contribuía com a previdência social e à sua família; os demais trabalhadores eram atendidos apenas em serviços filantrópicos, ou seja, a saúde era para estes, um favor e não um direito. Essa divisão, profundamente injusta do ponto de vista social, que separava a população brasileira entre os que podiam, e os que não podiam pagar para ter saúde, fez com que a sociedade civil, organizada, reivindicasse junto ao Congresso Brasileiro uma política social que pudesse assegurar a plena cidadania à população, estendendo a cobertura dos serviços de saúde para todos e, que esta fosse também um dever do Estado. A criação do Sistema Único de Saúde – SUS materializa essa responsabilidade do Estado e visa promover e recuperar a saúde de todo cidadão brasileiro.

Entretanto, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, a utilização dos tribunais para efetivação do direito à saúde vem se tornando uma prática comum. O fato de termos uma Constituição que prevê o direito à saúde como fato concreto por um lado e, um Estado que a nega em diferentes instâncias administrativas, por outro, provoca um novo fenômeno que aqui denominamos Judicialização do Direito à Saúde. Dessa forma, esperamos contribuir para a discussão no que remete às tentativas de efetivação do direito à saúde, através do poder judiciário, especificamente em relação à assistência farmacêutica, uma das prestações estabelecidas para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Pretendemos mapear e contrapor as respostas possíveis, dentro de nossas limitações, para a questão: Porque o Poder Judiciário tem sido colocado como instância privilegiada para efetivar o direito à saúde? Essa temática se dá entre o recurso ao judiciário como meio de evitar a negligência do Estado na assistência farmacêutica e as distorções causadas pela intervenção jurídica.

A primeira Seção abordará, de forma sintética, a evolução do atendimento à saúde pelo Estado a partir de 1930 até a reforma sanitária, quando a sociedade, num movimento social sem precedentes na história brasileira, reivindica seus direitos de cidadania, buscando discutir um novo modelo de saúde para o Brasil, o que resultou na garantia constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Na segunda Seção será tratada a materialização do Sistema Único de Saúde – SUS e a estrutura para o seu funcionamento através do controle social e do financiamento. A proposta desta

seção é analisar até que ponto os mecanismos de controle social, como os Conselhos de Saúde, propostos como instâncias de participação social no controle das decisões políticas, são espaços suficientemente fortes para resgatar a cidadania, abstraída no processo de judicialização do direito à saúde; e interrogamos também se os recursos destinados à saúde e previstos na Constituição estão sendo cumpridos.

Na terceira Seção, trataremos do conceito de saúde no regime democrático e as distorções do modelo universalista na sua execução, analisando em seguida, a partir deste panorama histórico traçado sobre a saúde brasileira, os motivos e possíveis repercussões da judicialização da saúde.

E na última parte do trabalho, temos as Considerações Finais que (re)afirmam algumas ideias anteriormente trabalhadas no decorrer do texto, apontando algumas questões que se apresentam como desafios para os assistentes sociais no âmbito da cotidianidade de uma atuação profissional, que busca ampliar e garantir direitos.

SEÇÃO I

UM BREVE RECUO NA HISTÓRIA

I. 1 - A POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 30

A partir da década de 30, a estruturação básica do sistema público de saúde, passa a ser mais efetiva, com a formulação de uma política específica de caráter nacional como as demais políticas sociais. Isto porque a conjuntura de 1930, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas que respondessem às questões sociais de forma organizada e constante. Segundo Bravo,

[...] as questões sociais em geral e, especialmente, as de saúde, precisavam se transformar em questões políticas, com a intervenção do estado através da criação de instituições que contemplassem de alguma forma os trabalhadores assalariados urbanos que começavam a aparecer como importantes sujeitos sociais no palco da política nacional, uma vez que estes eram a base da nova dinâmica de acumulação e começavam a reivindicar uma melhor qualidade de vida (BRAVO, 2009, p. 3-4).

E ainda, na análise de Cohn,

No caso específico do Brasil, um primeiro grande marco diz respeito à era Getulista, quando a pobreza passa a se constituir uma questão de políticas específicas de Estado, porém da perspectiva da regulação entre capital e trabalho, e estreitamente articulada a uma estratégia de construção de um Estado nacional e de um projeto nacional de industrialização da economia. Data exatamente da década de 1930 a fundação do sistema nacional da proteção social, a qual está estreita e simbioticamente associada à legislação trabalhista e à legislação sindical (COHN, 2005, p. 385).

Esse período, pautado no desenvolvimento do capital industrial, é marcado pela aceleração da urbanização e a consequente ampliação da massa trabalhadora, que vivia em precárias condições de higiene, saúde e habitação. As ações na área da saúde estavam voltadas, predominantemente, para realização de campanhas sanitárias e serviços de combate às endemias. A política da área foi organizada em dois setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. Criam-se, em substituição às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), os Institutos de Aposentadorias e

Pensões (IAPs), cujos serviços, de caráter curativo, estavam limitados à categoria profissional à qual estava vinculado o respectivo instituto. O objetivo da criação desses IAPs não era proceder uma cobertura mais ampla e sim estender para um número maior de categorias de trabalhadores assalariados urbanos seus benefícios, antecipando, assim, as reivindicações dessas categorias. Teve, assim, um caráter contencionista.

A saúde não tinha um caráter universalista, restringindo-se a beneficiar os trabalhadores que contribuía para os institutos de previdência. A política nacional de saúde que se iniciou nos anos 30 consolida-se no período de 1945-1950, com a criação do SESP – Serviço Especial de Saúde Pública¹ e a formulação do plano Salte² colocando a saúde como prioridade, apresentando inclusive previsão de investimento específico para a área, mas que acabou não sendo implementado. A situação da saúde da população na época não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, e nem as elevadas taxas de morbidade e mortalidade tanto infantil quanto geral. De acordo com Bravo, a partir dos anos 50,

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada e apontava na direção da formação de empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização” (BRAVO, 2000, p. 5).

Apesar dessa pressão, ainda segundo a autora³, a assistência médica previdenciária até 1964 era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos institutos. Fato que vai mudar a partir do regime que se instalou no país.

A partir do golpe de 64 e conseqüente ditadura militar, o país entra numa nova configuração no que se refere ao desenvolvimento econômico, político e social. Sob o pretexto de restaurar a ordem social e política ameaçada por um suposto movimento golpista de comunistas, sindicalistas e trabalhadores e modernizar a economia, as forças armadas tomaram o poder. A suposta ordem foi restaurada através da repressão e supressão do diálogo entre o Estado e a Sociedade. Junte-se isso a uma progressiva exclusão econômica de grandes parcelas da população. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas camuflados, tornando-se mais complexos e aprofundados,

1 SESP – Serviço Especial de Saúde Pública, criado em 1942, como consequência do convênio firmado entre os governos brasileiro e norte-americano. Dentre suas diversas atribuições, destaque para as atividades sanitárias básicas, onde atuava como promotor; e a formação de profissionais da saúde, implantando e desenvolvendo escolas de enfermagem em vários estados brasileiros. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000600020&script=sci_arttext> acessado em 18/05/2011.

2 O Plano Salte, iniciais de saúde, alimentação, transporte e energia. Foi um plano econômico do Governo Eurico Gaspar Dutra, lançado em 1947. Seu, pretensão, objetivo era melhorar a qualidade de vida da população brasileira. Disponível em: <www.historiabrasileira.com> acessado em 18/05/2011.

3 (Idem, Ibidem, p.5)

numa dimensão cada vez mais ampla e dramática. O governo ditatorial, com relação a questão social, intervém a partir do binômio repressão-assistencialismo, procurando dessa forma legitimar o seu regime e suavizar os conflitos sociais, favorecendo a acumulação capitalista.

Ao longo desse período, os antigos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) foram unificados⁴, com a criação do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social onde se concentrou todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que também passou a gerenciar as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais. Vinculados ao INPS, foram criados o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Todo trabalhador urbano com carteira assinada e portanto contribuinte, era beneficiário do novo sistema, com direito ao atendimento na rede pública de saúde. Entretanto um grande contingente da população brasileira que não estava empregada no mercado formal de trabalho, continuava excluído do direito à saúde, dependendo ainda da caridade pública (Barroso, 2008).

De acordo com Bravo (2000), a unificação da previdência social com os IAPs se deu em duas frentes: o aumento do papel interventivo do Estado na sociedade e, o alijamento dos trabalhadores do jogo político, colocando-os na categoria de meros financiadores. Há uma imposição da medicalização⁵ tanto para a saúde quanto para a previdência social. Para a autora⁶ “o setor precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior”.

Sobre esse período, Escorel:

O sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. A lógica centralista dominante nesse período, com a conseqüente supressão do debate sobre alternativas políticas no seio da sociedade, permitiram que o governo militar implantasse reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. A saúde pública, relegada a segundo plano,

4 O governo militar unifica todos os IAPs num sistema único, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Este Instituto vai gerir todas as aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores celetistas. Como surgiu uma demanda maior que a oferta, a solução encontrada pelo governo foi pagar a rede privada pelos serviços prestados à população. A estrutura então se modificou e, em 1978, foi criado o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). (PERES, Laerte. Breve história das políticas de saúde deste século no Brasil. Disponível em <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html>> acessado em 15/05/2011.

5 Na medicalização há um aumento da realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e, por vezes, danosos. E ocorre, ainda, uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, valores, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença (TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Medicalização Social e Medicina Alternativa e Complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde - Revista Saúde Pública, 2008). Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/7115.pdf>> acessado em 20/05/2011.

6 (Idem, Ibidem, p.6)

tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia (SCOREL, 2005, p.61).

Para agravar, uma política concentradora de renda e as péssimas condições de vida da população, acabaram resultando em altos índices de mortalidade. Além disso, havia todo um quadro repressivo, onde direitos políticos eram cassados, pessoas eram intimidadas, exiladas, eliminadas. Havia inquéritos militares, aposentadorias compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisa (Paim, 2008).

Entretanto, apesar da mordaza a que estava submetida, a sociedade civil, transgride a interdição, valendo-se do restrito espaço da democracia de fachada oficializada pelo regime e manifesta sua insatisfação com o governo militar. Essa manifestação cresceu e se expressou publicamente em vários setores da classe média urbana e em amplos setores da população mais pobre. Os movimentos sociais são paulatinamente rearticulados, explicitando com mais frequência a situação caótica da saúde pública, reivindicando soluções para o modelo vigente. Sindicatos e diversos profissionais da saúde debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida da população brasileira. A sociedade civil organizada vê o Estado como opositor e classista, e assim o povo, através da participação popular, reivindica os bens e serviços para si, resistindo à exclusão social.

Sobre isso,

O bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964, não conseguindo, ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, precisou gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil. Houve a necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais. A política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares (BRAVO, 2000, p. 7).

Assim, em uma conjuntura recessiva e de crise de legitimidade política do regime, a saúde passava a ser politizada e o complexo saúde-doença interpretado sob uma ótica social, tanto quanto o Estado o era em sua dimensão classista portadora de desigualdades sociais, entre as quais a sanitária.

Porque a saúde estava restrita aos trabalhadores empregados que contribuíssem com a previdência social, os demais eram atendidos apenas em serviços filantrópicos. Foi necessário uma mudança da sociedade brasileira, na forma de pensar saúde. A saúde passou a ser abordada não mais focada apenas nas ciências biológicas, mas, agora, incorporando também a teoria marxista, que

mostra que a doença está socialmente determinada, uma vez que as condições materiais de uma sociedade sustentam todos os pensamentos e ideias desta, significando que, mudando a forma de pensar, muda-se as condições materiais. A partir daí, surge um movimento pela democratização da saúde, movimento este denominado: movimento sanitário. Durante esse processo, diversas correntes se juntaram como protagonistas. Foi criado o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (CEBES), em 1976, como espaço de divulgação do movimento sanitário, ajudando-o a se expandir, conclamando a sociedade para discutir e participar. O movimento sanitário conseguiu se articular em um documento chamado Saúde e Democracia, que foi enviado para aprovação do Poder Legislativo (Biblioteca Virtual Sérgio Arouca).

1.2 - A REFORMA SANITÁRIA

O processo de transição política para a democracia, já no governo militar de João Batista Figueiredo, trouxe novos personagens para a área da participação popular. Houve uma proliferação de movimentos sociais em todo o país, que juntamente com os partidos de oposição, passaram a clamar em alto e bom som por mudança política e por justiça social. O país vivia uma grave recessão econômica, com o decréscimo da produção industrial e um alto índice de desemprego. A população empobrecida, vivia no arrocho salarial determinado pela política recessiva de atendimento às orientações internacionais para pagamento da dívida externa. Essa crise política-econômica gerou uma série de protestos e greves, ao que o governo respondia com intervenções em sindicatos e prisões, utilizando a Lei de Segurança Nacional⁷.

Neste período, a saúde ganhou novos atores sociais contribuindo para um amplo debate sobre as condições de vida da população e as propostas do governo apresentadas para a área. Conforme Bravo:

Saúde passou a ter uma dimensão política estando estreitamente ligada a democracia. Dos novos atores destaca-se os profissionais da saúde, representados pelas suas entidades, defendendo questões mais amplas como melhoria e fortalecimento do setor; o movimento sanitário, tendo o CEBES⁸ como veículo de difusão e ampliação do debate sobre saúde e democracia além de elaborar propostas; os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos, que faziam a articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2000, p. 8-9).

7 Lei de Segurança Nacional – Lei 6.620 de 17 de dezembro de 1978. Define os crimes contra Segurança Nacional, estabelece sistemática para o seu processo e julgamento e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6620-17-dezembro-1978-365788-norma-pl.html>> acessado em 14/006/2011.

8 CEBES – Centro Brasileiro de Saúde

O Movimento da Reforma Sanitária brasileira nasceu dentro desta perspectiva de luta contra a ditadura, a favor da democracia e da ocupação de espaços institucionais (Arouca, 2002). Fazia parte desse grupo, intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor de saúde provenientes em sua maioria do Partido Comunista Brasileiro⁹. Porém, conforme Waitsman (1989, p. 153-154), em Paim, pode-se considerar que:

O movimento sanitário não é um grupo de interesses e nem é formado por grupos de interesses [...] O que o caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar, além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ético-política visando interesses coletivos. O movimento se identifica como condutor das aspirações de grupos de consumidores, de usuários dos serviços de saúde enquanto cidadãos (PAIM, 2008, p.29).

Num cenário de crise político-econômica do sistema, onde o estado se vê confrontado em sua capacidade de manter o controle, enfrentando o resultado de suas políticas setoriais, entre as quais a da saúde e da previdência, emerge o Movimento Sanitário, questionando o modelo de política de saúde atual, apresentando novas propostas para a área e criando alternativas para análise do conceito saúde/doença e do processo de trabalho. “O movimento sanitário, vindo de algumas experiências da década anterior, inicia os anos 80 propondo como linha tática a ocupação dos espaços institucionais e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado” (Ministério da Saúde, 2006). Dessa forma, o movimento, constituído em seu núcleo pela direção teórico-prática, acumulou práticas de participação comunitária e participação popular, o que lhe rendeu o papel de elemento estratégico do processo de reforma da saúde. Quando a ditadura chegou ao seu esgotamento, o movimento já tinha propostas concretas.

De acordo com Sérgio Arouca, a reforma sanitária deve ser entendida como um processo de transformação da atual situação sanitária em quatro dimensões:

1ª.) A dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como o coeficiente da mortalidade infantil, expectativa de vida, etc, pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc. 2ª.) A dimensão institucional: como o campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, a formação de recursos humanos. Este campo é mais tradicionalmente definido como o Sistema ou Setor Saúde. 3ª.) A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária. 4ª.) A dimensão das relações: num dado momento histórico, a organização social e produtiva

9 (PAIM, 2008)

de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença (AROUCA, 1988c, p. 2, apud PAIM, 2008, p.75) 157).

Segundo Paim (2008), a partir desse entendimento, Arouca analisa cinco questões: a estrutura do SUS (Sistema Único de Saúde), a produção industrial, a modernidade, ciência e tecnologia. Dessa forma a reforma sanitária deveria ser compreendida em dois sentidos:

O primeiro, enquanto objeto específico, ou seja, no campo das instituições, do aparelho de Estado e do setor privado, da produção de mercadorias e equipamentos na área de saúde, na formação de recursos humanos para a área. O segundo sentido, assumindo-se o conceito ampliado de saúde, como equivalente a nível de vida e portanto relacionado às condições de educação, habitação, saneamento, salário, transporte, terra, lazer, meio ambiente, liberdade e paz, a Reforma Sanitária se apresenta como parte integrante de um conjunto amplo de mudanças da sociedade. Assim, a Reforma Sanitária é simultaneamente bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças [...]Modernidade aqui não é utilizada como uma simples modernização reflexa baseada em modelos de desenvolvimento de países mais avançados, nem uma pura e simples introdução de algum novo artefato tecnológico. A questão da modernidade dentro da proposta de Reforma Sanitária, como proposta de mudança, enfrenta problemas estruturais como o fisiologismo político usando os serviços de saúde como base de clientelismo. (AROUCA, 1988c. p. 3-4, apud, PAIM, 2008, p. 158)

O projeto reformista criticava o modelo vigente de saúde, baseado no crescimento do setor privado às custas do setor público, o que levou o sistema a falência. Tinha também, em oposição ao pensamento restrito do modelo médico/assistencial, baseado em ações curativas, onde a saúde era, ainda, tratada de forma técnico-acadêmica, um conceito ampliado de saúde baseado em duas premissas básicas, a saber: “A primeira é a dimensão da atenção à saúde que se refere aos aspectos da assistência direta aos indivíduos, envolvendo ações dirigidas a prevenir a ocorrência de doenças e recuperar a saúde daqueles que a têm comprometida” (KRÜGER, 2005, p. 70). E a segunda, ainda conforme Krüger (2005), em Rodrigues Neto, pode-se considerar que:

A segunda conotação, que inclui a primeira, é a que diz respeito à saúde em si, de um e todos os indivíduos de uma sociedade na apreensão do seu grau de higidez possível, o que significa compreender como e quanto as relações de produção e a organização do tecido social em uma formação social concreta contribuem para o usufruto da riqueza nacional (ou mobilizável pela nação) em benefício da qualidade e da extensão da vida de todos e de cada um dos seus integrantes. (NETO, 2003, p. 24, apud, KRÜGER, 2005).

Sobre isso, na análise de Gerschman,

O Projeto da Reforma Sanitária sustentou-se numa conceitualização da saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer. A saúde, neste sentido, é definida como um 'direito do cidadão' e, conseqüentemente, um 'dever do Estado'. Ou seja, os cuidados à saúde ultrapassam o atendimento à doença para se estenderem também à prevenção e à melhoria das condições de vida geradoras de doenças (GERSCHMAN, 2004, p. 55).

Desse modo, no plano político e institucional se ressaltou que a saúde está intrinsecamente relacionada ao meio onde se vive, às condições sócio-econômicas e culturais, e a oportunidade de acesso a serviços e ações assistenciais na sua integralidade, devendo, para atingir esse objetivo, ser articulado um conjunto de ações estatais em todas as esferas do governo (Brasil, 1993 apud KRÜGER, 2005).

Assim, os princípios básicos da Reforma Sanitária estão num novo conceito de saúde/doença, que de forma abrangente está ligado ao trabalho, saneamento, lazer e cultura. Um dos conceitos fundamentais é a intersetorialidade, ou seja o trabalho conjunto de diversos segmentos necessários a promoção da saúde como um todo.

Ainda segundo Krüger,

O conceito ampliado de saúde e o próprio reconhecimento do direito à saúde não se reduzem à situação individual, mas o seu entendimento e, sobretudo, a sua forma prática se revelam como indicadores do padrão de civilidade de uma sociedade. Nesta lógica, o desempenho da política de saúde tem vinculação direta com as demais políticas sociais e com a forma que os bens sociais estão sendo distribuídos” (KRÜGER, 2005, p.72).

Seguindo esse conceito, seria necessário uma reformulação profunda no setor saúde, para além de uma reforma administrativa e financeira, uma reformulação que ampliasse o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito a proteção e recuperação da saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico da mobilização instituinte da área de saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, traz para o debate público, uma linha teórica do movimento sanitário, onde a saúde é determinada pela organização social, não sendo mais possível resolver esta questão saúde sem uma visão da relação desta com a totalidade. Dessa forma, essa Conferência,

[...] faz com que a questão da saúde tenha que ser assumida pela sociedade como um todo. Ela é assumida como uma questão central, como uma questão do seu objetivo, que deveria, então, ser transformada, ao ser conquistada, em um objetivo de governo, e não mais em um objetivo de um, dois ou

três Ministérios ou de um determinado grupamento social representado pelos profissionais de Saúde. [...] Nesse sentido, a 8ª Conferência propõe já não mais a questão do Sistema Único de Saúde como uma exclusividade, mas propõe a Reforma Sanitária. E passa a ser um movimento da sociedade, ou pretende ser um movimento da sociedade (RODRIGUES NETO, 1988 apud BRASIL, 2006, p. 47).

Assim a 8ª Conferência, que contou com a presença efetiva de quase todas as instituições que atuam na saúde, além das que representavam a sociedade civil, os grupos profissionais e os partidos políticos, foi onde se debateu quais as possibilidades reais e concretas que se tinha para montar um sistema de saúde no Brasil, que pensasse a saúde sob um prisma ampliado. Foi nesta conferência que se sistematizou o projeto definidor dos novos rumos da política nacional de saúde que foi levado à Constituinte em 1988.

O movimento da Reforma Sanitária tornou-se um modelo de luta popular em torno das políticas públicas e do relacionamento Estado-sociedade. Ao contrário de outras reformas propostas pelo Estado, a Reforma Sanitária surgiu a partir da sociedade, fazendo parte de um complexo que presume o pleno exercício da cidadania, o direito da livre manifestação, organização e autonomia.

SEÇÃO II

A MATERIALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

II.1 – A SAÚDE COMO DIREITO CONSTITUCIONAL

Entre os anos que intermediaram a 8ª Conferência Nacional e a Assembléia Constituinte, houve uma intensa negociação política que envolveu diversas lideranças da área da saúde, parlamentares e representantes do poder executivo. Em 05 de outubro de 1988, foi promulgada a oitava Constituição Federal do Brasil, onde se redefiniu as prioridades da política do Estado na área da saúde pública. No artigo 196, a saúde é descrita como sendo um direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federal, 2008). O SUS foi previsto no artigo 198 da Constituição Federal, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde. No período que se segue à promulgação da Constituição Federal de 1988, os esforços se concentraram em torno da legislação complementar que daria suporte operacional à reforma. Durante esse período também foi eleito pelo voto direto, o primeiro presidente da república, Fernando Collor de Mello, após acirrada disputa entre dois projetos societários: Democracia de Massas¹⁰ x Democracia Restrita¹¹, saindo vencedor o projeto da Democracia Restrita. Sobre isso:

Na década de 1990, com as derrotas sofridas pelo projeto Democracia de Massas, consolida-se uma direção política das classes dominantes no processo de enfrentamento da crise brasileira, cujas principais estratégias sociais do grande capital passam a ser: acirrada crítica às conquistas sociais da Constituição Federal de 1988, com destaque para a concepção de Seguridade Social, e a construção de uma cultura persuasiva para difundir e tornar seu projeto consensual e compartilhado (MOTA, 1995 Apud CFESS, 2008, p. 18).

10 O Projeto Democracia de Massas prevê a ampla participação social, conjugando as Instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organizações de Base> sindicatos, comissões de empresas, organizações de profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos e rurais. Esse projeto propõe articular a democracia representativa com a democracia direta e atribui ao Estado democrático de direito a responsabilidade e o dever de construir respostas às expressões da questão social (CFESS, 2008, p. 17).

11 O projeto Democracia Restrita restringe os direitos sociais e políticos com a concepção de Estado mínimo, ou seja, máximo para o capital e mínimo para o trabalho. E enxugamento do Estado é a grande meta, como também a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas (Idem, Ibidem).

O projeto de democracia restrita, aliado ao grande capital, traz no seu bojo uma série de contra reformas de caráter neoliberal, cujo eixo é a privatização e o consumo. Essa lógica atingiu a saúde através

[...] das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em programas focais (CEFESS, 2008. p. 18).

Dessa forma, a Lei Orgânica da Saúde – LOS 8.080 foi promulgada em um governo de forte cunho neoliberal, e, conseqüentemente, sofreu uma série de vetos. Neste cenário teve início a construção do SUS – Sistema Único de Saúde, materializando-se, em termos, o projeto sanitarista.

As leis 8.080 e 8.142, que vieram após à Constituição, e as Normas Operacionais Básicas dos anos seguintes, definiram como deveria ser instituído o SUS e como deveria ser a implantação da política de saúde. Ficou definido que a direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos da lei.

O SUS deve ser compreendido como uma estratégia para que a saúde, numa concepção ampliada, seja um direito de todos os cidadãos brasileiros, tendo como base o Estado democrático de direito como responsável pela sua promoção através de políticas sociais. Destacam-se como fundamentos dessa proposta:

- 1) Universalidade – deve atender, gratuitamente, a todos de acordo com suas necessidades;
- 2) Integralidade – deve atuar de maneira integral, de forma holística, a fim de prestar assistência, objetivando a promoção da saúde, prevenção e cura da doença;
- 3) Descentralização – deve permitir aos níveis estadual e municipal coordenar as ações de modo que a implantação do SUS esteja de acordo com seus princípios. As ações devem estar concentradas no nível municipal, já que ocorreu a municipalização da saúde, privilegiando e respeitando as características particulares de cada município, fazendo com que o nível federal apenas transfira o pagamento para os demais níveis administrarem as ações;
- 4) Racionalização – deve-se disponibilizar ações nos diferentes níveis de atenção, atentando para as características da clientela em cada setor, a fim de suprir e solucionar suas necessidades. Também é necessário atentar para a contratação ou não de serviços privados, realizando o contrato em nível municipal, podendo atuar no controle e qualidade dos serviços prestados pelos mesmos;
- 5) Eficácia e Eficiência – deve ser capaz de solucionar o problema de quem o procura, ou seja, garantir qualidade e resolutividade do serviço. Para que isso ocorra, também há a necessidade de

adequar-se á realidade da comunidade e à disponibilidade de recursos, administrando os recursos públicos de modo eficiente;

6) Democracia – deve permitir a participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema, ajudando a delimitar a política no seu nível de atuação, auxiliando no melhor modo de administração que garanta qualidade de vida e do serviço à comunidade. Para que essa participação ocorra, existem os Conselhos de Saúde nos três níveis, exercendo controle social do SUS, a fim de garantir a sua implantação (www.hospvirt.org.br).

Segundo o Conselho Federal de Serviço Social,

[...] a principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, Municípios, Territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2008, p. 17).

Nessa nova organização descentralizada do sistema, com relação à responsabilidade da saúde do cidadão, o art. 30, item VII da Constituição Federal, determina que é competência do Município “prestar com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”. Quanto à gestão do Sistema Único de Saúde, segundo a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, a responsabilidade se divide entre os governos Municipais, Estaduais e Federal. Esta lei, além de estruturar o SUS e fixar suas atribuições, estabelece os princípios pelos quais suas ações devem se orientar, dentre os quais o da universalidade, que garante para toda a população brasileira o acesso às ações e serviços de saúde disponíveis – e o da descentralização político administrativa, que procura atribuir, prioritariamente, a responsabilidade aos municípios na execução das políticas de saúde em geral, e de distribuição de medicamentos em particular (art. 7º, I e IX). Prevê também a participação da iniciativa privada no SUS de forma complementar. No Art. 6º, VI, está entre as atribuições do SUS, a “formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção”.

A Lei nº 8.080/90, em relação ao princípio da descentralização, define a competência de cada ente federado, estipulando no seu art. 16, XIII e XV, que a União, a nível nacional do SUS, deverá “prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional”, devendo “promover a descentralização para

as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal”. Aos Estados, a nível estadual do SUS, em seu art. 17, atribui a competência de promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde, de lhes prestar apoio técnico e financeiro, e de executar ações e serviços de saúde de forma a suprir eventuais ausências dos municípios. Ao Município, a nível municipal do SUS, incumbiu de planejar, organizar, controlar, gerir e executar os serviços públicos de saúde (art. 18, I e III). A mesma lei, juntamente com a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, disciplina a participação dos três entes no financiamento do sistema, estipulando os recursos que devem ser repassados para cada esfera de governo, e a sua movimentação sob a fiscalização dos respectivos conselhos de saúde.

Em relação à distribuição de medicamentos, a competência dos três entes públicos está estipulada na portaria nº 3.916/98 de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde, que estabelece a Política nacional de Medicamentos. As três esferas do governo, nacional, estadual e municipal, elaboram em conjunto listas de medicamentos que serão adquiridos e fornecidos à população. Essa lista tem o nome de Relação Nacional de Medicamento – RENAME¹². O Município elabora a relação municipal de medicamentos essenciais destinados a atenção básica e executa a assistência farmacêutica, assegurando o suprimento desses medicamentos, além de outros essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde. Esses medicamentos essenciais são de menor custo. A União em parceria com os Estados, elabora a lista, compra e distribui medicamentos de caráter excepcional, que são aqueles destinados a patologias específicas, atingindo um número limitado de pacientes e têm um alto custo, ou por seu valor unitário, ou por seu uso prolongado. Dessa forma, pelo menos do ponto de vista normativo, os Poderes Legislativo e Executivo não estão inertes ou omissos em relação à entrega de medicamentos para a população.

Convém colocar aqui, que com o propósito de humanizar e informar o usuário do SUS e, em conformidade com as leis e portarias apresentadas, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite elaboraram uma Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Esta carta traz informações para que o usuário conheça seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde. Seus princípios são:

- a) Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde ;
- b) Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema ;
- c) Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer

12 “No que respeita às funções do Estado, os gestores, em cumprimento aos princípios do SUS, atuarão no sentido de viabilizar o propósito desta Política de Medicamentos, qual seja, o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”(Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998 (DOU 10 nov. 1998), item nº 5

- discriminação;
- d) Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
 - e) Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada;
 - f) Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumprido.

Esta carta é uma ferramenta importante para que o paciente do SUS conheça seus direitos quando precisar de atendimento. Nela estão elencados os princípios básicos de cidadania que assegura aos brasileiros o acesso digno nos sistemas de saúde público ou privado. Pelo menos é uma tentativa de tornar o sistema de saúde mais efetivo, através do atendimento ao usuário (Ministério da Saúde, 2007).

II. 2 – O CONTROLE SOCIAL

A descentralização foi pensada como uma forma de construção democrática, com ênfase nos municípios, através da participação e controle da sociedade, aqui entendido como a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas, no âmbito do poder local.

Importantes dispositivos foram definidos em relação à descentralização do poder federal e a democratização das políticas no sentido da criação de um novo pacto federativo, sendo o município reconhecido como ente autônomo da federação, transferindo-se, para o âmbito local, novas competências e recursos públicos capazes de fortalecer o controle social e participação da sociedade civil nas decisões políticas (BRAVO, 2009, p. 395).

A Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, busca legitimar e ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. Concretiza a cidadania social, a participação e controle social por parte da sociedade civil, bem como efetiva a participação das três esferas de governo na gestão da política de saúde. De acordo com Bravo,

Destaca-se que esses mecanismos foram propostos num contexto de mobilização da sociedade civil, do processo Constituinte e promulgação da Constituição de 1988, que introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, mas incapaz de

universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (Idem, *Ibidem*).

O controle social diz respeito à participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Juridicamente, o controle social está regulamentado na Lei 8.142/90 (que juntamente com a Lei 8.080/90 que regulamenta o Sistema Único de Saúde formam a Lei Orgânica da Saúde) que garante o controle social através das instancias do Conselho de Saúde e da Conferência de Saúde. As conferências de Saúde são realizadas periodicamente para discutir a política de saúde em cada esfera e propor diretrizes de ação. As deliberações decorrentes das conferências devem ser norteadoras da implantação da política de saúde.

O Conselho de saúde é um espaço de caráter permanente, deliberativo e paritário, composto por 50% de usuários da saúde e, 50% de gestores, prestadores de serviço e trabalhadores em saúde. Cujo objetivo principal é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera do governo. Bravo (2009, p. 396), destaca a ideia do controle exercido pela sociedade organizada em diversos seguimentos. Segundo ela,

Os Conselhos devem ser visualizados como lócus do fazer político, como espaços contraditórios, orientados pela democracia participativa, tendo no horizonte a construção da democracia de massas. Os Conselhos nos três níveis: nacional, estaduais e municipais foram criados no início da década de 1990, após as Leis Orgânicas das diversas políticas sociais.

O objetivo principal do Conselho é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo. São baseados na concepção de participação social que tem sua base na universalização dos direitos e na ampliação do conceito de cidadania.

Cabe lembrar que os conselhos permitem que setores antes excluídos, possam participar democraticamente no processo de formulação e implementação das políticas públicas. A paridade representativa desse conselho não significa que não ocorram desigualdades nos processos de tomada de decisão, visto que, é um processo político que envolve conhecimentos de conteúdo técnico burocrático e políticos. Desse modo, o grande desafio é de construir espaços democráticos, deliberativos e igualitários, procurando sempre dirigir sua qualificação às próprias entidades, combinando conteúdos técnicos e políticos, assumindo também uma postura autônoma perante o Estado. Por isso, considera-se que os conselhos de saúde são espaços de conflito e de lutas entre interesses contraditórios, confirmados pela diversidade de segmentos da sociedade neles representados.

Os Conselhos de Saúde são um elo entre a população e o Estado. São eles que trazem as demandas a serem discutidas no conselho, estas deveriam vir de acordo com discussões ocorridas

nas respectivas bases para que dali saia uma deliberação que viabilize políticas de saúde que atendam as necessidades da população. Além disso, são também instâncias de controle das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando os objetivos, processos e resultados.

Mas até que ponto esse controle é exercido? Vale lembrar que,

No processo de descentralização da política de saúde, a criação dos Conselhos de Saúde é uma exigência legal para repasse de recursos da esfera federal para esferas estaduais e municipais. Muitos desses forma criados apenas formalmente para cumprir o referido requisito legal, se constituindo em mecanismos de legitimação de gestores, até a sua atuação, reduzida à aprovação de documentos necessários para repasse de recursos (CORREIA, 2007, p. 127)

Concordamos com Labra (2005), sobre a existência de uma dissonância entre as dimensões 'macro' e 'micro' do fenômeno da participação. Para ela, embora tenha se multiplicado as arenas de deliberação e debate sobre os mais variados temas de política pública onde participam agentes estatais e representantes das organizações da sociedade civil, oriundas de todos os níveis do país, por outro lado se percebe que a nível local, os Conselhos de Saúde enfrentam grandes problemas de funcionamento, os quais incidem na legitimação e eficácia dessas arenas. Segundo a mesma autora, isso tem a ver com a dificuldade de adesão formal dos governantes aos princípios republicanos e a dificuldade de disseminação capilar desses valores na sociedade. De acordo com Labra,

No Brasil, a avançada Constituição Federal de 1988 expressa a vontade dos legisladores de conduzir a nação à plena democracia formal e substantiva. Entretanto, o processo de internalização desses valores, em si demorado, está nos primórdios, mesmo porque muito recente, de modo que as conseguintes mudanças na cultura – política e cívica – ainda não se traduzem em crenças e comportamentos das elites, das instituições e incluso das organizações da sociedade civil afinados com esse ideal. Nesse sentido poderíamos concordar com Cuenca (2005:A10) ao afirmar que “o programa democrático da Constituição de 1988 não foi posto em prática até hoje; o *apartheid* social, étnico e territorial brasileiro é visível” (LABRA, 2005, p. 354).

Devemos levar em conta também que outro fator que impede uma participação efetiva e democrática é o fato de termos a herança de uma história de autoritarismo em nosso país que impregna a nossa cultura política.

Junte-se a isso o fato de que, no Brasil, a construção do projeto democrático foi atropelada pelo projeto neoliberal global. Enquanto o primeiro busca a cidadania ampliada, o segundo trabalha com uma concepção mínima de Estado, da política e da democracia, aumentando as desigualdades estruturais que marcam historicamente o país, acentuando a má distribuição de renda e a injustiça

social (Labra, 2005).

Sobre isso, na análise de Bravo:

Os mecanismos de controle democrático, entretanto, foram implementados a partir dos anos 1990, num cenário de regressão dos direitos sociais, de globalização e mundialização do capital, que tem na financeirização da economia, um novo estágio de acumulação capitalista. As estratégias do grande capital passam a ser: acirrada crítica às conquistas sociais da Constituição de 1988 – com destaque para a concepção de Seguridade Social – e a construção de uma cultura persuasiva para difundir e tornar seu projeto consensual e compartilhado (BRAVO,2009, p.397).

Além disso, segundo Labra, há um baixíssimo índice de adesão dos brasileiros aos valores democráticos:

[...] 29% não sabem o que significa a democracia (Latinobarômetro, 2002), enquanto apenas 30,6% se consideram democratas e 42,4% são simpáticos ao uso da força (Pnud, 2004). Quanto ao desempenho das instituições, mensuração de Transparência Brasil mostra que o país também ostenta os piores lugares na região latino-americana (corrupção – 3.3; eficácia da lei – 4.7; eficiência do sistema de saúde – 0.573), enquanto no Chile, que está na dianteira, os valores são, respectivamente: 7.4, 7.8, 0.870 (Abramo, 2000) (LABRA, 2005, p. 355).

Esses fatos comprometem a confiança na democracia e nas instituições, afetando a participação nas arenas de deliberação. Labra pontua as maiores dificuldades encontradas para a efetivação do controle social através dos Conselhos:

Publicidade – Em geral, os CS não são conhecidos pela população, salvo, quiçá, em municípios pequenos. Para isso concorre o fato de não utilizarem quaisquer meios para divulgar atividades ou iniciativas relacionadas com os programas de saúde ou com os problemas da comunidade [...].

Participação da comunidade – O desconhecimento dos objetivos, das funções e mesmo da utilidade do CS se traduz em uma adesão escassa ou inexistente da comunidade e, portanto, em baixo ou nulo envolvimento na eleição ou indicação de representantes para conselheiro no segmento dos usuários.

Papel do CS – [...] A maior parte do tempo de cada reunião mensal é gasta na discussão de assuntos internos, sendo raros os debates de temas substantivos. Quanto ao Plano de Saúde, ao Orçamento e ao Relatório de Gestão, os conselheiros não têm papel relevante na discussão, convertendo-se em um mero ritual a aprovação dessas importantes peças de gestão.

Funcionamento interno – [...] predomina comportamentos pautados por negociações e consensos. [...] há problemas generalizados em termos de precariedade das condições operacionais, infra-estrutura, comunicações e apoio financeiro e secretarial, aos quais se soma a dificuldade de haver quorum

quando necessário devido à ausência de conselheiros.

Papel do gestor – [...] Reclama-se que não se discutem o orçamento nem prestam contas da sua execução. Não acatam as resoluções do colegiado; definem de antemão ou manipulam a pauta de discussão e as deliberações; impõe decisões mediante um discurso tecnocrático; esquivam discussões de teor político; cooptam conselheiros ou lideranças comunitárias com artifícios clientelistas; preenchem o tempo com assuntos internos da gestão ou das corporações profissionais, tornando as reuniões meramente informativas de assuntos alheios aos interesses da comunidade; não controlam os prestadores privados e nem mesmo incentivam a expansão destes mediante a terceirização de serviços, sem qualquer consulta ao CS (LABRA, 2005, p. 371-372).

Isso nos leva a considerar que a institucionalização da participação não garante sua efetivação e as práticas que temos podem, contraditoriamente, voltar-se contra a democracia, tornando-se o Conselho, um braço populista que serve apenas para legitimar as políticas governamentais.

A realidade desse espaço democrático de participação social está permeada por desafios e antagonismos, porém são espaços públicos privilegiados para, “mediante a participação, acumular capital social e formar cidadãos mais conscientes, informados e capacitados para ampliar a democracia em direção à utopias que, há três décadas marcam as lutas pelo direito a ter direitos, pela cidadania plena” (LABRA, 2007, p. 380).

II.2 - O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE -SUS

Quando do início da construção do SUS, baseado no modelo de política social de cunho universalista, o setor privado já estava largamente consolidado. O próprio Estado havia financiado sua expansão, no âmbito da previdência social, através de recursos do antigo Fundo de Assistência Social (FAS) e da compra de serviços de saúde comercializados por hospitais e clínicas privadas (D. Ugá, Marques, 2005). Por isso, a Constituição de 88 previu a existência de um sistema de saúde privada complementar ao SUS. O sistema seria financiado com recursos da União transferidos para os estados e municípios e os serviços da assistência privada seriam prestados de forma complementar, subordinados à estratégias da política nacional de saúde. De acordo com Ugá e Marques,

A instituição do acesso universal à saúde, como um direito inerente à cidadania, foi coerentemente acompanhada da

inserção do setor saúde no Sistema de Seguridade Social e, ainda, do financiamento setorial através do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e dos Tesouros federal, estaduais e municipais. Ademais, a própria composição do OSS [...] contemplou a natureza distinta dos benefícios e serviços por ele financiado: a) benefícios de caráter contributivo e individualizados [...] que correspondem às tradicionais contribuições sobre a folha de salários (da empresa e do trabalhador); b) benefícios e serviços regidos pela lógica da cidadania (tais como o acesso universal à saúde e 'salário cidadão' de um salário mínimo para a população de mais de 65 anos ou portadora de deficiência) seriam financiados pela Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e sobre o faturamento, pela Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e, ainda, pelos recursos do Tesouro que se fizessem necessários para atender às necessidades decorrentes desse modelo de proteção social welfariano (D.UGÁ e MARQUES, 2005, p. 203).

Com as fontes de financiamento garantidas, estaria então assegurado a consolidação do SUS, conforme regem os seus princípios. Ainda segundo Ugá e Marques (2005), foi definido, pelos constituintes que os recursos destinados à proteção social seriam de uso exclusivo da Seguridade social, antecipando-se, assim, a possibilidade da utilização indevida, conforme acontecia no período do regime militar. Entretanto, nos governos que se seguiram a promulgação da Constituição de 1988, nenhum cumpriu este dispositivo. Conforme Ugá e Marques,

[...] Entre os principais aspectos destacam-se: a utilização de parte de seus recursos para fins alheios à seguridade Social nos dois primeiros anos após a promulgação da Constituição; a especialização das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social; a criação de mecanismos que permitiram o acesso da união aos recursos da Seguridade Social e, portanto, a institucionalização de seu uso indevido; as alterações nos critérios de acesso aos benefícios previdenciários, especialmente da aposentadoria; a inclusão, no plano da análise e da discussão pública, do regime dos servidores, em claro rompimento ao artigo 194 da Constituição (D.UGÁ e MARQUES, 2005, p. 205).

Embora o sistema de saúde brasileiro, tenha se pautado no modelo definido constitucionalmente como de acesso universal e integral, ele exhibe uma estrutura de gasto com a saúde semelhante ao modelo liberal de sistema de saúde. Porque no Brasil a participação do setor público no gasto nacional em saúde é de apenas 42% e o setor privado participa em 58% do gasto em saúde¹³. Segundo Ugá e Marques: *“Esta tímida presença do Estado no gasto em saúde deve-se, [...] além do modelo de saúde sob o qual o SUS foi construído [...] também – e principalmente – ao*

13 (Ugá e Marques, 2005, p. 195)

fato de que, no momento da consolidação do SUS, o modelo econômico brasileiro se encontrava (como ainda se encontra) sob as rédeas do ajuste macroeconômico de cunho neoliberal” (2005, p. 195). Assim, a política de ajuste fiscal macroeconômica de cunho neoliberal, iniciada no final da década de 70, trazendo no seu bojo a contração de recursos para o financiamento das políticas sociais, a pauperização da população e a tentativa de retração do Estado interventor, acabam contribuindo para o baixo investimento estatal em política pública de saúde. A receita moderna do neoliberalismo para sair da 'crise' e estimular o crescimento econômico, é a privatização do setor estatal com a finalidade e possibilitar a expansão do setor privado, 'recapitalizando' o capitalismo (Ugá e Marques, 2005).

Dessa forma, com a justificativa de que o mercado é mais eficiente em termos de gestão e alocação de recursos, este receituário propõe a privatização dos setores de política social assumidos pelo Estado, tido como ineficiente, dado o peso da burocracia estatal e, oneroso no que diz respeito ao setor produtivo, através dos encargos sociais sobre a folha de salários. Segundo Oliveira (1999),

A privatização do público é uma falsa consciência de desnecessidade do público. Ela se objetiva pela chamada falência do Estado, pelo mecanismo da dívida pública interna, onde as formas aparentes são as de que o privado, as burguesias emprestam ao Estado: logo, o Estado, nessa aparência, somente se sustenta como uma extensão do privado. O processo real é o inverso: a riqueza pública, em forma de fundo, sustenta a reprodutibilidade do valor da riqueza, do capital privado (OLIVEIRA, 1999, p. 68).

Nesta lógica, o lema é a redução da intervenção estatal nas políticas sociais, na medida em que essa intervenção é tida como um estímulo à falta de responsabilidade individual, além de serem vistas como o grande fardo financeiro colocado “nas costas” do setor produtivo econômico. Aqui ocorre também uma ênfase ao individualismo, as teses neoliberais alegam que políticas sociais de cunho uniforme e coletivo, não fazem mais sentido pois contradizem o princípio da soberania do indivíduo como consumidor, afetando sua liberdade de escolha. Na análise de Ugá e Marques:

O lugar central dado ao indivíduo e à liberdade de escolha nas teses neoliberais corrobora na ênfase oferecida à privatização, sendo, ademais, nesse sentido que configuram uma nova proposta de organização da sociedade. [...] igualdade e solidariedade social cedem lugar à diferenciação e ao individualismo, [...] Estes são os alicerces da nova sociedade proposta, na qual somente aos incapazes de sobreviver à concorrência no mercado, isto é, aos pobres, devem ser dirigidas ações de natureza assistencial por parte do Estado (2005, p. 197).

A política neoliberal tem como característica a seletividade, ou seja, a focalização de suas

ações. Nesta lógica, faz sentido o desfinanciamento do estado em favor do setor privado, a expulsão da classe média para os seguros privados e, a seleção nas políticas de focalizadas, de serviços pobres para os pobres. Tavares (2000) em sua análise coloca que:

O processo de retração estatal e concomitante privatização das políticas no Brasil e na América Latina – com a introdução de cobranças “seletivas” para determinados serviços básicos essenciais, como a assistência médica – tem levado à dualidade no acesso a esses serviços, criando um setor público para pobres, sem r e cada vez mais desfinanciado; e, de forma “complementar”, um setor privado (representado hoje por empresas e conglomerados financeiros de seguro) para quem pode pagar e, o que é mais grave, cada vez mais subsidiado com recursos públicos (TAVARES, 2000, p. 91).

E ainda,

Esse processo – causado por políticas deliberadas de ajuste e não por uma “fatalidade global” - é um dos principais mecanismos geradores de exclusão hoje no Brasil e na América latina, trazendo consequências muitas vezes fatais para aqueles que dependem, cada vez mais, do setor público para sua sobrevivência (Idem, Ibidem).

Segundo Ugá e Marques (2005), apesar das tentativas, não houve uma retração do Estado no que diz respeito a produção de serviços de saúde no SUS, fazendo com que este enfrentasse com sucesso a hegemonia do pensamento neoliberal no que diz respeito à reestruturação de sistemas de saúde de cunho privatizante. Porém, o ajuste macroeconômico afetou o SUS terrivelmente em relação a contenção de recursos para a política de saúde, implementada ao longo da década de 90. A CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, tributo criado como uma necessidade, exclusiva, da área da saúde pública, passou a vigorar em 23 de janeiro de 1977 e acabou provocando a retirada para fora da área da saúde, outros recursos. Mais tarde parte desse tributo foi compartilhado por outros ramos da seguridade e, parte destinado a atividades alheias á saúde, através do antigo (FEF) Fundo de Estabilização Fiscal. Ainda, na luta pela busca de recursos para o SUS, aprovou-se a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29)¹⁴, em outubro de 2000. Tanto a CPMF quanto a EC 29, são frutos do processo de embate e resistência entre setor saúde e a política neoliberal. Entretanto, é bom destacar que o financiamento do SUS ainda está em discussão; a CPMF teve seu fim em 13 de dezembro de 2007 e a EC 29 continua em processo de negociação.

14 EC 29 – “Segundo essa emenda, no primeiro ano de sua vigência, os estados e municípios deviam alocar pelo menos 7% das receitas de impostos e transferências constitucionais, sendo que esse percentual deveria crescer anualmente até atingir, para os estados, 12% em 2004 e, para os municípios, 15%. Para a União, definia para o primeiro ano o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do Pib nominal. Em relação à União, a EC 29 não explicita qual é a origem dos recursos e, em relação à Seguridade, é omissa, como se não houvesse disputa por seus recursos” (D. Ugá e Marques, 2005, p. 219)

Assim, a garantia de recursos para a área da saúde, bem como o impedimento de seu uso indevido, dependem da capacidade de mobilização da sociedade.

Conforme Ugá e Marques (2005), a alocação de recursos do governo federal às esferas estaduais e municipais no âmbito do SUS, atualmente, está estabelecida pela Norma Operacional Básica 96 - NOB 96, que veio ajudar a consolidar o processo de descentralização. Através desse instrumento as modalidades de gestão de estados e municípios foram reduzidas a gestão plena de atenção básica e gestão plena do sistema, para os municípios e, gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema, para os estados. Esse novo modelo de atenção à saúde, promoveu mudanças no sistema de transferências de recursos intergovernamentais, através do Piso de Atenção Básica (PAB), embora no que se refere ao financiamento de média e alta complexidade ambulatorial, medicamentos e insumos excepcionais – Fração Assistencial Especializada (FAE) e Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (APAC) – tenha mantido sua estrutura tradicional de remuneração por serviços produzidos, exceto para os municípios em gestão plena de sistema. Ainda, segundo as mesmas autoras, esse modelo de alocação, peca por ser muito fragmentado no que diz respeito a distribuição de recursos para as esferas estaduais e municipais, comprometendo a autonomia destes na formulação e implementação de políticas.

É pertinente destacar aqui o financiamento da assistência farmacêutica, divulgado na Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 - Pacto pela saúde 2006, cuja realização se dará pelos três Gestores do SUS (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde), devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização dos serviços de saúde. Este financiamento é organizado em três componentes: Básico, estratégico e Medicamentos de Dispensação Excepcional. O Componente Básico da assistência farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica na atenção básica em saúde e para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores do SUS. O Componente Estratégico da assistência farmacêutica consiste em financiamento para assistência farmacêutica de programas estratégicos e está sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. O Componente Estratégico reúne o Controle de Endemias; Programa de DST/AIDS (anti-retrovirais); Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados; Imunobiológicos e Insulina. O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional consiste em financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos de dispensação excepcional, para tratamento de patologias que compõem o Grupo 36 – Medicamentos da Tabela Descritiva do SIA/SUS¹⁵. A responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos

15 Medicamentos da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde –

medicamentos de dispensação excepcional é do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação e a dispensação, responsabilidade do Estado.

Ao longo dos anos o SUS tem sido alvo de críticas, guiadas pelo pensamento neoliberal, e alimentadas por organismos internacionais, que aponta o modelo de proteção social de caráter universal, que afere o direito ao benefício básico pela característica definidora da cidadania, e cujo financiamento de programas não se dá por contribuições individuais mas, sim, por tributos gerais, como inviável. Para Ugá e Marques:

[...] as evidências apresentadas ao longo deste artigo demonstram que os obstáculos enfrentados ao longo da implementação do SUS, no que diz respeito ao seu financiamento, não são inerentes ao modelo de sistema de saúde em que ele se inspira, sendo, ao contrário, fruto de fatores extra-setoriais relacionados, fundamentalmente, às políticas de ajuste macroeconômico que vinculam nada menos que a metade do gasto público ao pagamento das despesas com juros, encargos e amortização da dívida interna e externa (2005, p. 230)

Dessa forma, o problema está no pouco recurso que é destinado ao sistema de saúde em virtude do ajuste fiscal. Graças à intensa mobilização de vários atores sociais em defesa do SUS, foi possível garantir um volume de recursos que, entretanto, ainda é incompetente para assegurar o acesso universal à saúde.

Em Fevereiro de 2006 foi publicada a Portaria 399/GM, onde se divulga o Pacto pela saúde, defendendo e consolidando o SUS, na perspectiva de superar as dificuldades impostas pelo modelo de gestão até então utilizado. O documento é um termo de compromisso expresso em objetivos e metas que estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006. Nele as prioridades em defesa do SUS são: Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional; Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

SEÇÃO III

OS DESAFIOS DA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

III. 1 – O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE DENTRO DO PROCESSO DEMOCRÁTICO

O conceito de saúde está intrinsecamente ligado às lutas sociais e políticas que o Brasil vivenciou na segunda metade do século XX, para a construção de uma política pública e universal de saúde. É pertinente portanto, uma pequena reflexão sobre este assunto.

Iniciaremos esta reflexão, colocando a saúde no patamar de uma necessidade básica primordial do ser humano. Nosso próprio senso comum nos diz que sem saúde, não temos condições de realizar quase ou nenhuma atividade com autonomia. Ter saúde é uma das condições mínimas para que o homem possa viver de forma a se expressar como sujeito livre e autônomo. Potyara Pereira (2000), em sua análise sobre necessidades humanas, coloca a saúde como uma necessidade humana básica, constituindo-se em condição primária para que o homem se liberte de quaisquer forma de opressão, incluindo a pobreza, pois sem a provisão para a devida satisfação das necessidades de saúde física os homens estarão impedidos de viver. A autora ressalta a universalidade como a natureza mais profunda das necessidades humanas básicas. Segundo a mesma, “[...] todos os seres humanos em todos os tempos, em todos os lugares e em todas as culturas têm necessidades básicas comuns”. Isso aponta para “[...] um profundo sentido de redistribuição dos recursos no plano mundial” (PEREIRA, 2000, p.66).

De acordo com a Pereira (2002), a chave da distinção entre necessidades básicas e as demais categorias - aspirações, preferências ou desejos - estão fundamentadas na possibilidade de sérios prejuízos¹⁶ à vida física dos homens e a capacidade destes como sujeitos informados e críticos. Assim, o não atendimento das necessidades básicas, implicaria em criar eventuais prejuízos físicos e/ou psicológicos, impedindo a pessoa de viver e participar como sujeito da sociedade.

16 A autora destaca que “dada a importância teórica, a noção de 'sérios prejuízos' precisa ser aqui qualificada [...] pois, não se presta a tratamentos de caráter relativista. Assim 'sérios prejuízos' são impactos negativos cruciais que impedem ou põem em sério risco a possibilidade objetiva dos seres humanos de viver física e socialmente em condições de poder expressar a sua capacidade de participação ativa e crítica. [...] são danos cujos efeitos nocivos independem da vontade de quem os padece e do lugar ou da cultura em que se verificam” (PEREIRA, 2000, p. 67).

A forma como essas necessidades são atendidas remetem a origem do homem pois, “tal origem está visceralmente ligada à práxis humana, que só é humana na medida em que o trabalho (ou a atividade) realizado pelo homem difere da atividade de outras criatura vivas” (PEREIRA, 2000, p. 69). Dessa forma pode-se destacar a intencionalidade da ação humana como “[...] parte integral e intrínseca da sua essência, e, por conseguinte, como parte constitutiva do básico necessário à sua existência” (Idem, Ibidem, p. 70).

Assim sendo, a autora indica um outro componente constitutivo das necessidades humanas básicas - a autonomia¹⁷. Desta forma, Saúde física e autonomia são necessidades imprescindíveis para se alcançar “objetivos universais de participação social”. Mas não uma participação individual, e sim uma

Participação guiada por uma direção de cunho coletivo – da qual depende o desenvolvimento da capacidade cognitiva, ativa e emocional do ser humano. Vai requerer também acesso a níveis superiores de saúde física e de autonomia, o que implicará, de um lado, maior esperança e qualidade de vida e, de outro, autonomia crítica¹⁸ (PEREIRA, 2000, p. 74).

Por isso, Pereira nos diz que

[...] saúde física e autonomia devem sempre ser realizadas em um contexto coletivo, envolvendo os poderes públicos, de par com a participação da sociedade. E devem ser alvo primordial das políticas públicas, tendo em vista a concretização e a garantia do direito fundamental de todos, indistintamente, de terem as suas necessidades básicas atendidas e otimizadas (PEREIRA, 2000, p. 74).

O conceito de Saúde é de difícil de definição, porque a ideia que se tem de saúde é através de experiências singulares. Há diversos conceitos sobre a saúde que foram construídos e modificados ao longo da história. Nesta área não existe um conceito absoluto, pois esse está condicionado às mudanças na própria realidade. A saúde e a doença são formas pelas quais a vida se manifesta. Tanto uma quanto outra são experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. Pois, a palavra, mesmo que seja uma elaborada forma de expressão e comunicação, não é suficiente para apreender a realidade em sua

17 “Por *autonomia* básica entendemos a capacidade do indivíduo de eleger objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento e de pô-los em prática sem opressões. Isso se opõe a noção de auto-suficiência do indivíduo perante as instituições coletivas ou, [...] a mera ausência de constrangimentos sobre preferências individuais, incluindo no rol desses constrangimentos os direitos sociais que visam protegê-lo. “Ser autônomo nesse sentido consiste em possuir capacidade de eleger opções informadas sobre o que se tem que fazer e de como levá-lo a cabo” (Doyal e Gough, 1991:53). [...] Portanto, ter autonomia não é só ser livre para agir como bem se entender, mas, acima de tudo, é ser capaz de eleger objetivos e crenças, valorá-los e sentir-se responsável por suas decisões e por seus atos” (PEREIRA, 2000, p. 68)

18 Autonomia crítica é, segundo Pereira, [...] a capacidade que a capacidade tem de não apenas saber eleger e avaliar informações com vista a ação, mas também de criticar e, se preciso mudar as regras e práticas culturais a que pertencem [...] (2000, p. 74).

totalidade. Sobre isso, para Carvalho (2002) em Krüger,

[...] há uma dificuldade geral de definir saúde, mesmo com todo o caráter inovador da legislação da saúde brasileira, não há uma definição explícita do que seja saúde. O que se tem é a definição de uma série de atributos que tentam fechar o conceito de saúde de forma indireta e, quando procuramos encontrá-la, nos deparamos muito mais com a caracterização das providências que o governo deverá tomar para que seja promovida, preservada e recuperada a saúde” (KRÜGER, 2005, p. 71).

Mais adiante, ainda na análise de Carvalho (2002), em Krüger,

As exigências de ordem econômica e política vão conformando o conceito de saúde e a própria noção de direito à saúde, alterando seu conteúdo, seu alcance e os mecanismos acionados para sua garantia, tanto nos diversos países como, muitas vezes, no interior de cada país. Na contemporaneidade as tendências de ajuste estruturais nas economias nacionais ampliam essa complexidade e diversidade, tornando a análise dos conceitos e dos direitos sociais um exercício contínuo de articulação global (KRÜGER, 2005, p. 71).

Assim, as transformações econômicas, alteram a forma de pensar saúde. Ampliando e complexificando esse conceito.

A Organização Mundial de Saúde (OMS¹⁹), criada após a II guerra mundial, no contexto da eclosão de diversos movimentos sociais do pós-guerra, o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo define, em 1948 através de uma carta de princípios datada de 07 de abril, o conceito de saúde como sendo não apenas a ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde (SCLIAR²⁰, 2007) . Esse conceito, apesar de abrangente e avançado para a época, suscitou muitas críticas por indicar a saúde como um estado de perfeição inatingível e, portanto incapaz de ser alcançado através de políticas públicas.

Para Arouca²¹, o conceito definido pela OMS, apesar dos termos genéricos e abstratos, é importante porque estabelece que saúde não é só não estar doente, é mais que isso,

[...] saúde é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar

19 OMS – Organização Mundial da Saúde, é uma agência especializada em saúde, fundada em 07 de abril de 1978, no México. É subordinada à Organização das Nações Unidas – ONU e tem por objetivo desenvolver o máximo possível o nível de saúde dos povos de todo o mundo (Wikipédia.org).

20 SCLIAR, Moacyr – Médico especialista em Saúde Pública, doutor em Ciências pela ENSP e professor de Saúde Coletiva na Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.

21 AROUCA, Antônio Sérgio da Silva - Médico Sanitarista, doutor em Saúde Pública. Foi Presidente da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo (AROUCA, 1987, P.36).

A concepção de saúde ligada ao Movimento da Reforma Sanitária, que deu base ao projeto aprovado na Assembléia Constituinte de 1988, foi pensada, na sua vertente acadêmica, pelos departamentos de medicina preventiva e social e as escolas de saúde pública, e é explicitada considerando saúde e doença como um único processo resultante da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade, e com elementos tanto relativos à vida quanto ao meio em que se vive (PAIM, 2008).

Dessa forma o entendimento de saúde e doença na coletividade ganham uma dimensão muito maior, para além dos hospitais e medicamentos, alargando os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade. Ainda de acordo com Paim (2008), essa nova corrente crítica de pensamento a respeito da saúde passa a contestar o pensamento de saúde pública dominante e vai *“orientar muitas das proposições do movimento em relação às políticas de saúde e às alterações mais profundas de outros setores, assim como no Estado, na sociedade nas instituições”*. E é essa concepção que vai ser levada à constituinte em 1988, e que vai fazer com que o Estado brasileiro, na constituição federal deste mesmo ano, no seu artigo 196, reconheça *“a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”* (Brasil, 1988). Assim, a saúde passa a fazer parte dos direitos sociais da cidadania.

III. 2 – A UNIVERSALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À SAÚDE

Embora a Constituição de 1988 tenha criado, conforme a proposta da Reforma Sanitária, o SUS, não se pode dizer que efetivamente o nosso sistema de saúde seja único, haja vista a previsão de sua complementação pelos serviços de saúde prestados pela iniciativa privada, e nem é universal, no sentido estrito da palavra, uma vez que sua política tem sido, gradativamente, focalizada para os seguimentos mais empobrecidos de nossa sociedade.

Conforme Bahia analisa:

O sistema de saúde brasileiro é visivelmente contraditório. A universalização do direito à saúde, que dinamiza o debate e imprime novos sentidos às práticas de expansão de coberturas e modelos de atenção, convive, de certo modo, harmoniosamente, com um expressivo mercado de serviços e empresas de planos de saúde privados, que também incorpora novos processos gerenciais e tecnológicos (BAHIA, 2005, p. 407).

A compra de serviços privados de saúde no Brasil foi herdada dos IAPs - Instituto de Aposentadoria e Pensões, pois os prestadores privados de saúde complementavam os serviços próprios ou compunham a rede assistencial dos mesmos, uma vez que o regulamento dos IAPs permitia que a assistência médica-hospitalar pudesse ser prestada de forma direta ou mediante convênio com outras entidades oficiais ou da iniciativa privada. Isso se dava porque os IAPs eram insuficientes em seus próprios serviços de saúde para o atendimento da demanda que existia, justificando dessa forma a contratação de serviços privados complementares (Bahia, 2005).

Com a unificação dos IAPs, em 1967, o modelo baseado na compra de serviços de saúde de empresas privadas prevaleceu e aprofundou-se. “[...] Passou-se a atribuir aos serviços e às empresas privadas de saúde o status de indústrias geradoras de riquezas e a conceder-lhes mérito pela resolução dos problemas de déficits de cobertura” (Bahia, 2005, p. 422). Dessa forma, as políticas previdenciárias se basearam na privatização dos serviços de saúde e na ampliação de empresas de planos de saúde. Segundo a mesma autora,

Da orientação privatizante das políticas de assistência médica emanadas da Previdência Social, derivaram duas vertentes de ação: a convocação de consolidação e criação de empresas de planos de saúde e o financiamento para a compra, reforma e construção de hospitais privados. Os denominados grupos médicos, que mais tarde seriam categorizados como empresas de medicina de grupo, tiveram acesso a ambas as modalidades de apoio estatal. Essas linhas de atuação foram duplamente justificadas. Em primeiro lugar, a opção pela transferência de atividades de assistência à saúde à iniciativa privada inscrevia-se entre as tarefas de desenvolvimento, ampliação e modernização do capitalismo. Em segundo lugar, a elisão da intervenção governamental, sob uma aura privatizante, reforçava o posicionamento de entidades médicas e empresariais contrárias à 'estatização da medicina' (BAHIA, 2005, p. 423-424)

Não se pode esquecer que estamos falando da época desenvolvimentista, onde as políticas específicas do Estado tinham a perspectiva da regulação entre capital e trabalho e estavam ligadas a construção de um Estado nacional industrializado. As políticas previdenciárias tinham um modelo de seguro, tendo cobertura apenas a população assalariada pelo vínculo forma de trabalho e que,

consequentemente, contribuía. Os outros segmento não assalariados eram contemplados apenas com os serviços estatais de saúde pública no que se referia a epidemias e, em caso de necessidade hospitalar, havia o atendimento filantrópico. Os excluídos da cobertura eram vistos como consequência da falta de desenvolvimento do país e, uma vez implementado este, essa parte da população seria, gradativamente, incluída. Sobre isso, na análise de Cohn (2005),

Dessa forma, ao se confundir desenvolvimento econômico com industrialização, e como consequência automática o desenvolvimento social, atribui-se às políticas sociais um papel secundário, voltado para os setores assalariados do mercado formal de trabalho do setor privado da economia, tendo como resultado a constituição de um modelo de proteção social calcado na concepção meritocrática e contributiva. E como constitutivo desse modelo, para os segmentos pobres, excluídos do mercado formal de trabalho, serviços estatais financiados com recursos orçamentários e/ ou filantrópicos, estes contando com subsídios diretos ou indiretos do Estado. [...] no caso do brasileiro tem-se como resultado que os processos de crescimento e de industrialização se deram no decorrer desse período desenvolvimentista, calcados na desigualdade econômica e social, ao mesmo tempo em que se demonstraram incapazes, e isso até os dias de hoje, de enfrentá-la de forma efetiva e eficaz (COHN, 2005, p. 387-388).

Assim, esse modelo de proteção social brasileiro, incorpora na saúde, uma divisão entre assistência médica previdenciária e as ações de saúde de caráter coletivo. A partir do momento que a saúde passa a ser, no interior do capítulo sobre seguridade social, reconhecida como direito de todos e dever do Estado, o desafio para a sociedade é efetivar esse direito tendo como herança políticas sociais comprimidas entre mercado e Estado ou entre direito contributivo e caridade. Daí a política de saúde se confronta em duas vertentes: a focalista argumentando que o Estado não possui recursos para atender a todos e por isso deve privilegiar os mais carentes; e a universal que se traduz como responsabilidade do Estado a garantia a todos os cidadãos aos bens de consumo coletivo, independente do mercado (Cohn, 2005). As reformas neoliberais que aconteceram na política de saúde penderam a balança para as políticas focalizadas em detrimento da universalidade. Sobre isso, na análise do CFESS:

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de ois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidade de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica,

há ênfase em programas focais [...] com a finalidade de baratear os custos das ações básicas (CFESS, 2010, p. 18-19)

E conclui que,

[...] todas essas medidas visam ao estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos pobres, por meio de ações mínimas e programas focalizados, havendo um outro sistema para os consumidores (Idem, *Ibidem*).

Dessa forma, o projeto universalista da reforma sanitária, está perdendo a disputa para o projeto hegemônico privatista. A proposta colocada em pauta atualmente é que o estado garanta o mínimo para quem não pode pagar, ficando os que tem como pagar, com o setor privado. A universalidade está sendo substituída por valores individualistas, corporativos e focalistas, que visam unicamente o mercado.

Segundo a análise de Bravo sobre esse tema:

Na atual conjuntura brasileira, o debate das políticas sociais públicas, tem privilegiado a focalização em oposição a universalização, enfatizando a despolitização e a tecnificação dos interesses sociais. As forças majoritárias da sociedade brasileira precisam debater a opção política a ser tomada, pois a questão de fundo está relacionada aos valores em que a mesma se estruturará, ou seja, se em valores individualistas, como os da sociedade norte-americana, ou em valores solidários, universalistas (BRAVO, 2009, p. 397).

Na lógica desta análise, Bravo (2009) coloca que esta é uma questão que deve ser discutida e politizada nos espaços públicos de controle democrático no intuito de fortalecer a concepção de proteção social pública.

III. 3 – O JUDICIÁRIO COMO VIA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

A partir da homologação da Constituição de 1988, o Estado passa a garantir, em termos, a saúde como um direito universal de todo cidadão brasileiro. Mas, muito embora o texto constitucional tenha garantido esse direito, no que se refere à sua efetivação o mesmo não acontece, apesar de terem sido editados um conjunto expressivo de leis, portarias ministeriais, e ações de âmbito administrativo para que o mesmo ocorresse. A questão é que o SUS foi implantado num cenário contraditório, onde o ideário neoliberal já despontava com muita força,

[...] subvertendo e negando a lógica constitucional de defesa de direitos, alterando, inclusive, o seu conteúdo, sob o argumento de inscrever o Brasil na modernidade e no primeiro mundo, mesmo que sob preço da fragilização e desproteção social de sua população, advinda dos processos de desregulamentação, flexibilização e privatização (NETTO, 1999 apud AGUINSKY e ALENCASTRO, 2006, p. 20).

Assim se por um lado houve uma afirmação dos direitos humanos para a sociedade brasileira, com a implantação de políticas sociais universais e maior intervenção do Estado, por outro, houve a adoção, por parte do governo neoliberal, das orientações do Consenso de Washington, indicando a diminuição dos gastos com políticas sociais e a retração do Estado no campo social. O projeto hegemônico neoliberal traz em seu bojo uma agenda de reformas do Estado privilegiando a estabilização monetária e o controle da inflação, com a diminuição da estrutura e do funcionalismo público, restrições à lógica ampliada de proteção social, contenção de gastos e expansão da prestação privada de serviços sociais. A propagação da existência de déficit na previdência, facilitou a aprovação de reformas no governo de Fernando Henrique Cardoso. As reformas constitucionais tornaram-se a principal estratégia de governo, tendo sido quase todas aprovadas pelo Congresso Nacional. Reformas estas, sempre orientadas para a redução do tamanho do Estado e mudanças em seu papel.

Analisando as legislações aprovadas na área da saúde no período de 1995 a 2002, as autoras Baptista, Machado e Lima identificam dois períodos, a saber:

[...] um primeiro período de expansão de políticas específicas de saúde (1995-1997), quando a orientação era de enfrentamento dos dilemas na operacionalização do SUS, visando ao desenvolvimento de políticas tecnicamente fundadas e em atenção às reivindicações de grupos ou movimentos sociais organizados; e um segundo período de ênfase na regulação do mercado em saúde (1998-2002), seguindo a tônica do governo de “intervencionismo regulatório” do Executivo por meio das agências reguladoras (BAPTISTA, MACHADO e LIMA, 2009, p. 834).

O paradoxo – diminuição do Estado, aumento do Mercado - resultou numa distorção do que estava acordado na Constituição, e as políticas sociais passaram a ser operadas de forma fragmentada e focalizada, com níveis de financiamento que impedem a sua efetivação.

Sobre isso:

[...] o percurso da política expressou com vigor as tensões entre o projeto da reforma sanitária e a agenda hegemônica de reforma do Estado. Tal agenda, de inspiração neoliberal, se mostrou adversa à expansão da atuação do Estado e impôs restrições ao exercício de suas responsabilidades na garantia da saúde como direito de cidadania. Tais restrições se

manifestaram [...] através dos obstáculos à consolidação da Seguridade Social; o instável aporte de recursos financeiros; a insuficiente provisão de insumos relevantes para a saúde, como medicamentos; a fragilidade das políticas de recursos humanos em saúde e a persistência de distorções nas relações entre público e privado na saúde (Idem, 2009, p. 831)

Segundo as mesmas autoras, os momentos de consolidação da política de saúde a partir de 1990, expressam as contradições entre as diferentes agendas de reforma do Estado. Na análise deles, quando foi definida a base institucional da Seguridade Social e do SUS, não houve um consenso na construção de uma lei reguladora da Seguridade Social, que agregasse a previdência, a saúde e a assistência social:

Cada área estabeleceu sua legislação própria, num cenário de disputa de recursos, refletindo as contradições do modelo de Seguridade Social desenhado em 1988 e os conflitos de interesse das três áreas envolvidas. Nos primeiros anos da década, evidenciava-se o cenário adverso à consolidação da política de proteção, com a revinculação da Previdência ao Ministério do Trabalho no ano de 1990; com o não cumprimento das disposições transitórias da CF88 para destino de recursos para a saúde; com a vinculação à Previdência das contribuições dos trabalhadores sobre a folha de salários, a partir de 1992, e com a inclusão dos Encargos Previdenciários da União (EPU) no Orçamento da Seguridade Social (OSS) (BAPTISTA, MACHADO e LIMA, 2009, p. 831).

Mais adiante, ainda as mesmas autoras,

Para a saúde, significou o início de um período de fragilidade financeira, devido à não concretização do OSS, instabilidade de fontes e montantes de recursos, conflitos com a área econômica, baixos investimentos federais e restrições relacionadas à descentralização e aos critérios de distribuição dos recursos federais. Mesmo a aprovação de uma fonte de financiamento específica para a saúde em um momento subsequente (a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPNF em 1996) não assegurou o aumento substantivo e a estabilidade de recursos para o setor (Idem, Ibidem).

Portanto, embora na saúde tenha havido avanços importantes com a expansão das ações e serviços públicos de saúde a nível nacional, consolidados, em termos, pela carta magna, o modelo de proteção social desenhado não se efetivou na íntegra.

É necessário, porém, considerar os problemas estruturais do Estado e do modelo de desenvolvimento capitalista brasileiro, destacando as suas desigualdades econômicas e sociais, para que possamos compreender os desafios da proteção social e da implementação da política de saúde.

Segundo Couto (2008), o Brasil herdou, após sua independência, uma sociedade escravocrata, uma economia monocultora e latifundiária e um Estado Absolutista e estas

características dificultaram muito a implantação de “mecanismos transformadores e garantidores de direitos”²². Os direitos sempre foram vistos pelo povo brasileiro por uma ótica de dádiva e de apadrinhamento, sendo por isso a noção de direito substituída pela de concessão, que tem como fundamento a manutenção do *status quo*. Conforme a autora,

[...] essa característica atravessa os vários movimentos e regimes políticos da sociedade brasileira, construindo uma relação de dependência entre quem detém o poder, a terra, os meios de produção e o capital versus aqueles que vivem e sobrevivem à margem da riqueza socialmente produzida e que têm incorporado a “concessão social” como demarcadora de sua vida e o “direito social” como categoria intangível pela ótica da cidadania (COUTO, 2008, p. 92).

Continuando mais adiante:

Os traços constitutivos de uma sociedade dependente, com economia baseada no trabalho escravo e com relações sociais delimitadas pelo campo privado, darão a trajetória dos direitos, características que serão persistentes nessa sociedade (Idem, *Ibidem*).

Esta característica herdada se coaduna com uma estrutura de desigualdade na distribuição de renda e das oportunidades de inclusão econômica e social.

A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração de renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde [...] (8ª Conferência Nacional de Saúde).

É assim que a trajetória das políticas sociais no Brasil, revelam suas limitações, principalmente, seu caráter fragmentado, estratificado, inequitativo e pouco efetivo do ponto de vista dos resultados sociais. Essas limitações se manifestam através de violações ao direito e na manutenção de graves desigualdades em saúde, provocando questionamentos em relação à possibilidade de concretização de um sistema de saúde orientado na direção da universalidade e da integralidade (Baptista; Machado e Lima, 2009).

O fato de termos uma Constituição que prevê o direito à saúde como fato concreto por um lado e um Estado que a nega em diferentes instâncias administrativas, por outro, provoca um novo fenômeno que aqui denominamos como judicialização do direito à saúde. Este fenômeno consiste na transferência para o Poder Judiciário, da responsabilidade de garantir a efetivação do direito à

22 (COUTO, 2008, p. 89)

saúde. Isso significa dizer que a sociedade civil, não se sentindo protegida pelo Estado, até então tido como instituição de proteção social, tem recorrido ao judiciário para resguardar esse direito.

Segundo Esteves,

Enfraquecidas as formas de reivindicação social através do diálogo parlamentar possibilitado pela cidadania política, através do qual se reconheceram direitos que foram positivados mas não adquiriram eficácia, e da contatação de que, muitas vezes, é a própria atividade governamental realizada pelo executivo que impede a consolidação dos direitos sociais, a sociedade passa a incumbir o judiciário na tarefa de possibilitar a efetividade dos direitos sociais e a realização da cidadania social (ESTEVES, 2005, p. 16, apud AGUINSKY, 2006, p. 21).

Dessa forma, o que é da responsabilidade legítima dos poderes legitimados pelo voto popular, passa a ser, numa inversão de poderes, de responsabilidade do Judiciário.

A esse respeito, analisa Barroso:

As normas constitucionais deixaram de ser percebidas como integrantes de um documento estritamente político, mera convocação à atuação do Legislativo e do Executivo, e passaram a desfrutar de aplicabilidade direta e imediata por juízes e tribunais. Nesse ambiente, os direitos constitucionais em geral, e os direitos sociais em particular, converteram-se em direitos subjetivos em sentido pleno, comportando tutela judicial específica. A intervenção do Poder Judiciário, mediante determinações à administração Pública [...] para que promova a saúde [...] em uma variedade de hipóteses, procura realizar a promessa constitucional de prestação universalizada do serviço de saúde (BARROSO, 2008, p. 3).

Embora reconheçamos a importância do Poder Judiciário para a garantia dos direitos individuais e coletivos, entendemos que o Estado deva responder pelas demandas colocadas pela questão social, sem que o Poder Judiciário seja o locus privilegiado em detrimento da responsabilização inicial dos poderes Legislativo e Executivo, que são as instancias competentes para criar normas, definir e executar as políticas públicas como “instrumentos de reconhecimento e viabilização de direitos”. Concordamos com Aginsky, quando ela diz que:

Sempre que houver o desrespeito aos direitos positivados, o Poder Judiciário tem, não somente a atribuição legal, mas a obrigação ética de interpelar a instituição que for, para que a lei seja cumprida. Entretanto, esse ente estatal teria uma ação infinitamente mais impactante e transformadora nas relações sociais se agisse na prevenção dos conflitos sociais, detendo-se mais ao interesse coletivo do que ao despacho de ações ingressadas, via de regra de forma individual e por um reduzido segmento da população que conhece os seus direitos e possui condições de acessar o Sistema de Justiça (AGUINSKY, 2009, p. 22)

Porque, embora o Judiciário tenha como atribuição fazer com que a lei seja cumprida, o fato é que um processo judicial garante direitos individuais em detrimento de uma coletividade que não está representada em juízo, ou seja, uma parcela considerável da população que não tem acesso à informação e nem chega ao poder judiciário para defender o seus direitos.

Conforme foi visto anteriormente, após a homologação da Constituição Federal de 1988, definindo a saúde como um direito universal garantido pelo Estado, houve uma reformulação de todo o sistema de saúde brasileiro, criando-se o SUS que tem como princípios a universalidade, o controle social, a igualdade e a descentralização político-administrativa. Essa reformulação na estrutura da saúde com esses novos princípios tornou necessário repensar também a assistência farmacêutica. Após inúmeras discussões envolvendo diversos segmentos da sociedade, instituiu-se a Política Nacional de Medicamentos, pela Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998²³. Essa política reorienta a assistência farmacêutica, definindo o papel dos gestores nas três instâncias político-administrativas do Sistema Único de Saúde. Com a descentralização era esperado que houvesse uma maior facilidade de acesso pela população aos medicamentos, uma vez que a competência de cada nível administrativo foi prevista para que houvesse uma ação coordenada entre si.

Conforme Messeder²⁴, Castro e Luiza²⁵,

O nível de gestão municipal, aquele mais próximo da população, seria o responsável pela execução das ações, incluindo a dispensação de medicamentos essenciais, tanto aqueles adquiridos por ele próprio, quanto os fornecidos pelos outros dois níveis de gestão. À gestão estadual caberia a responsabilidade de organização e coordenação das ações de assistência farmacêutica dentro do Estado, além da responsabilidade específica quanto à dispensação dos medicamentos de alto custo (ou excepcionais). O gestor federal seria responsável pela regulação de todo o sistema, devendo providenciar os mecanismos de financiamento, bem como propor as diretrizes das ações a serem implantadas pelos estados e municípios (MESSEDER, CASTRO e LUIZA, 2005, p. 526).

Entretanto, nos últimos anos, o número de ações judiciais contra os estados e municípios para o fornecimento de medicamentos aumenta a cada dia. O acesso a medicamentos por via judicial, impetradas no Cartório da Vara da Fazenda Pública, no Fórum do município de São José,

23 Portaria 3.916 que institui a Política Nacional de Medicamentos e estabelece como principais diretrizes a relação de medicamentos essenciais, a reorientação de assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária, além de fortalecer os princípios e diretrizes constitucionais, constituindo-se num dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhora das condições da assistência à saúde da população, conforme a lei 8.080/90, em seu art. 6º, § VI. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br>> acessado em 12/06/2011.

24 Departamento de assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Brasília, Brasil.

25 Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

em Santa Catarina, revelam, segundo levantamentos no SAJ – Sistema de Automação do Judiciário, que no ano de 2010 foram impetradas 68 ações requerendo o fornecimento de medicamentos, dessas 43 foram contra o Estado e 25 contra o Município de São José.

A Constituição Federal de 1988, atribui a competência para legislar sobre proteção e defesa da saúde, concorrentemente, à União, aos Estados e aos Municípios (CF/88, art. 24, XII, e 30, II). Como todas as esferas do governo são competentes, impõe-se que haja cooperação entre elas, visando o “equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional” (CF/88, art. 23, parágrafo único)²⁶. Segundo Barroso,

No que toca particularmente à distribuição de medicamentos, a competência de União, Estados e Municípios não está explicitada nem na Constituição nem na Lei. A definição de critérios para a repartição de competências é apenas esboçada em inúmeros administrativos federais, estaduais e municipais, sendo o principal deles a Portaria nº 3.916/98, do Ministério da Saúde, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos. De forma simplificada, os diferentes níveis federativos, em colaboração, elaboram listas de medicamentos que serão adquiridos e fornecidos à população (BARROSO, 2008, p. 17).

Todas as ações analisadas entraram com o pedido de tutela antecipada²⁷, sempre deferida, exceto em alguns casos onde faltaram documentos necessários para a concessão do direito, a tutela foi deferida após a chegada desses documentos ao processo. No caso da tutela antecipada, o Juiz entende ser necessário implementar desde logo os efeitos práticos da sentença, a fim de evitar um dano irreparável ou de difícil reparação, que seria no caso uma piora no quadro de saúde do paciente.

A maior parte das ações analisadas requereram justiça gratuita, ou seja, foram ajuizadas por advogados pagos pelo Estado, pois as pessoas em questão, alegaram não possuir condições financeiras de arcar com as custas e despesas processuais nem tampouco com os honorários advocatícios, sem privar-se dos recursos necessários para seu próprio sustento ou de sua família, ou entraram através do Ministério Público. 80% dos requerentes possuíam receitas médicas da rede pública – SUS. A maioria dos salários variava entre um e quatro salários mínimos, embora houvesse também desempregados. Os dados demonstraram que, nos processos analisados, as decisões obedeceram ao princípio da universalidade no que se refere a concessão do direito ao

26 (BARROSO, 2008, p. 15)

27 Dispõe o Código de Processo Civil, em seu art. 273, que 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 haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação ou fique caracterizado o abuso do direito de defesa ou o manifesto propósito protelatório do réu. A melhor doutrina entende que esta tal antecipação, total ou parcial, desde que requerida pela parte e presentes os requisitos autorizadores, não é mera faculdade do julgador, mas sim seu dever, devendo concedê-la em decisão fundamentada, explicitando de modo claro e preciso as razões de seu convencimento. (Art. 273 CPC, comentado).

medicamento pretendido ou similar, uma vez que o direito a receber esses medicamentos foi conferido a todos os impetrantes independente do poder aquisitivo, que aliás só foi comprovado para fins da concessão de assistência judiciária quando era pedida. Segundo Barroso,

[...] o artigo 196 da Constituição Federal associa a garantia do direito à saúde a políticas sociais e econômicas, até para que seja possível assegurar a universalidade das prestações e preservar a isonomia no atendimento aos cidadãos, independentemente de seu acesso maior ou menor ao Poder Judiciário. Presume-se que Legislativo e Executivo, ao elaborarem as listas referidas, avaliaram, em primeiro lugar, as necessidades prioritárias a serem supridas e os recursos disponíveis, a partir da visão global que detêm de tais fenômenos. E, além disso, avaliaram também os aspectos técnico-médicos envolvidos na eficácia e emprego dos medicamentos (BARROSO, 2008, p. 28).

O tempo entre a entrada da petição inicial solicitando o medicamento e o despacho do Juiz deferindo o pedido, variou até 48 horas. Exceto em processos onde faltava algum documento necessário para a concessão do direito.

Podemos afirmar que, no campo específico da política de saúde, o poder judiciário no fórum de São José, tem garantido o direito do usuário, através das ações judiciais de fornecimento de medicamentos. E, apesar do Estado sempre recorrer dessas decisões condenatórias, seu pedido tem sido sempre indeferido

Entretanto devemos nos ater por um momento na questão da legitimidade do Poder Judiciário para interferir em decisões que deveriam ser do Poder Executivo e do Poder Legislativo. Neste sentido, Melo coloca que um dos aspectos da judicialização

[...] é que através das ações do Ministério Público a classe jurídica passa a administrar o país juntamente com o Judiciário, aparentemente há um aspecto positivo, mas o problema é que são duas instituições autocráticas e sem respaldo popular [...]. A função do judiciário não é administrar o país e sim resolver conflitos de forma definitiva e deve ser considerada a última opção a ser adotada para a solução dos conflitos (MELO, 2005, p. 1).

A esse respeito, Barroso (2005, p.10) analisa que, na ideia de Estado democrático de direito que está contida no art. 1º da Constituição²⁸, não devemos confundir os conceitos de democracia e constitucionalismo. Democracia se traduz em soberania popular e governo da maioria, enquanto que constitucionalismo, em sua origem, significa limitação de poder e supremacia da lei. Segundo ele, pode haver uma tensão entre democracia e constitucionalismo, já que a vontade da maioria pode se

28 CF/88, art. 1º – “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito [...]”.

tornar estanque diante de determinados conteúdos materiais, orgânicos ou processuais da Constituição.

Conforme o autor, o Estado constitucional tem a dignidade da pessoa humana como ponto central dos direitos fundamentais²⁹. Os direitos fundamentais incluem a liberdade que corresponde ao direito de cada um eleger seus projetos existenciais; a igualdade, que é o direito que cada pessoa tem de ser tratado com a mesma dignidade, sem discriminações e exclusões; e o mínimo existencial, que é o direito de todas as pessoas terem condições elementares de educação, saúde e renda que lhes permita o acesso à riqueza socialmente produzida e à participação política. O Legislativo, Executivo e o Judiciário, são os responsáveis pela realização desses direitos, na maior extensão possível.

Já o princípio democrático gira em torno da ideia de soberania popular, conforme expresso no parágrafo único do art. 1º da Constituição brasileira “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”. Assim o poder político cabe às maiorias que se fazem representar a cada época. O Presidente do país e os membros do Legislativo são escolhidos pelo povo e são a maioria do sistema. Os membros do Poder Judiciário são convocados por critérios técnicos e não eletivos.

Para Barroso, a ideia de governo da maioria se efetiva na atuação do Executivo e do Legislativo, cuja competência é determinada para elaborar leis, alocar recursos, formular e executar políticas públicas. De acordo com o autor,

[...] constitucionalismo traduz-se em respeito aos direitos fundamentais. E democracia, em soberania popular e governo da maioria. Mas pode acontecer de a maioria política vulnerar direitos fundamentais. Quando isto ocorre, cabe ao judiciário agir. É nesse ambiente, é nessa dualidade presente no Estado constitucional democrático que se coloca a questão essencial: podem juízes e tribunais interferir com as deliberações dos órgãos que representam as maiorias políticas – isto é, o Legislativo e o Executivo - impondo ou invalidando ações administrativas e políticas públicas? A resposta será afirmativa sempre que o Judiciário estiver atuando, inequivocamente, para preservar um direito fundamental previsto na Constituição ou para dar cumprimento a alguma lei existente (BARROSO, 2008, p. 11).

Dessa forma, a legitimidade do Judiciário está consubstanciada na sua própria razão de existir, uma vez que tem por função resguardar os direitos e garantias fundamentais dos cidadãos. Quando a Constituição define um direito fundamental, este passa a ser exigível e, se for preciso até juridicamente. O poder Judiciário tem o dever de intervir sempre que um direito fundamental

29 Direitos do ser humano reconhecidos e positivados na constituição de uma estado-nação.

estiver sendo descumprido, ainda mais se estiver sendo ferido o direito ao mínimo existencial de qualquer pessoa.

A Declaração e Programa de Ação de Viena, adotada a partir da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em 25 de junho de 1993, que reafirmou a obrigação dos Estados-nação em cumprirem as suas obrigações no tocante à promoção do respeito universal, da observância e da proteção de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais para todos, traz no seu artigo 27 o seguinte:

Todos os Estados deverão oferecer um quadro efetivo de soluções para reparar injustiças ou violações dos direitos humanos. A administração da justiça, incluindo os departamentos policiais e de ação penal e, especialmente, um poder judicial independente e um estatuto das profissões forenses em total conformidade com as normas aplicáveis constantes de instrumentos internacionais em matéria de direitos humanos e indispensáveis aos processos da democracia e do desenvolvimento sustentável. Neste contexto, deverão ser devidamente financiadas instituições que dediquem à administração da justiça, devendo a comunidade internacional providenciar pela prestação de um maior apoio técnico e financeiro. Compete às Nações Unidas utilizar, com caráter prioritário, programas especiais de serviços consultivos com vista à obtenção de uma administração da justiça forte e independente.

Lima Junior em Aginsky, coloca que

[...] a exigibilidade (inclusive enquanto justicialibilidade – a possibilidade de exigir direitos face ao Poder Judiciário) é, hoje, um imperativo na teoria e na prática dos direitos humanos. Afinal as declarações de direitos, as Constituições e as leis de um modo geral deixam de possuir qualquer significação prática se não tiverem a possibilidade de efetiva aplicação (LIMA JÚNIOR, 2002, p. 658-659, apud AGUINSKY, 2006, p. 21)

Sobre a mesma questão, na análise de Barroso:

O Controle jurisdicional em matéria de entrega de medicamentos dever ter por fundamento – como todo controle jurisdicional – uma norma jurídica, fruto da deliberação democrática. Assim, se uma política pública, ou qualquer decisão nessa matéria, é determinada de forma específica pela Constituição ou por leis válidas, a ação administrativa correspondente poderá ser objeto de controle jurisdicional como parte do natural ofício do magistrado de aplicar a lei (BARROSO, 2008, p. 22-21).

É certo que, quando houver violação dos direitos fundamentais pela não realização da política pública, o Poder Judiciário tem a função de preservar esses direitos dos cidadãos, detendo

legitimidade constitucional para obrigar o cumprimento da lei que foi desrespeitada. E no caso de medicamentos para promoção da saúde, as deficiências da própria administração pública justificam a ampliação da atuação do judiciário. Mas, concordamos com Aginsky (2006), quando esta diz que é preciso questionar, entretanto, se a forma como o Judiciário age não poderia ser outra, “aproximando-se mais dos poderes, comprometendo-os em sua responsabilidade, participando de diferentes fóruns de construção e deliberação de políticas públicas”.

Cabe aqui lembrar, novamente, que o Judiciário não é composto por membros eleitos pelo voto popular. O povo, através de seus representantes eleitos, é quem tem competência para decidir sobre as políticas públicas a serem realizadas. Se por um lado é importante que o judiciário, resguardando o direito do cidadão, responsabilize o Estado e talvez isso possa fazer com que o mesmo se obrigue a desenvolver procedimentos adequados de incorporação, compra e distribuição de medicamentos pela rede pública; por outro lado, corre-se o risco de ter a via judicial como principal meio de garantia de acesso ao medicamento, o que é contraditório em se falando de saúde como direito social de cidadania. Conforme Melo, nos coloca que o Judiciário é uma instituição autocrática e sem respaldo popular, acrescentando que juízes e promotores

[...] em geral decidem individualmente de acordo com interesses pessoais e dizem estar fazendo justiça social, a melhor justiça social é a preventiva e feita com a participação do povo. A maioria dos “juristas” não sabe como obter um auxílio reclusão, ou pensão por morte ou uma assistência social junto ao INSS, pois somente conhecem o processo judicial (MELO, 2005, p. 2-3).

Mais adiante, o mesmo autor acrescenta:

A judicialização do país traz um enorme prejuízo à sociedade e enriquecimento da classe jurídica em face de conflitos infundáveis que poderiam ser resolvidos de outra forma. É óbvio que há o aspecto cultural, onde se confunde Judiciário com justiça, mas esta não pode ser monopólio de um grupo, todos podem fazer justiça, principalmente a conciliatória. O Executivo faz justiça quando emprega bem as verbas, o legislativo faz justiça quando faz boas leis, o Ministério Público faz justiça quando fiscaliza e não é omissivo, a igreja faz justiça, a escola faz justiça. E, o Judiciário faz injustiça também, quando realiza concursos sem critérios de correção publicamente definidos, quando promove os que agradam a cúpula, quando não participa da vida dos pobres, quando impede a fiscalização da sociedade, e quando usam questões processuais para não decidir o mérito [...] Para efetivar esse monopólio, induzem a sociedade a crer que acesso à justiça é apenas acesso ao Judiciário [...] (Idem, Ibidem, p. 1)

A legitimidade democrática está ligada a questão da cidadania. É por meio da organização e

participação política que o povo se faz presente, intervindo nas decisões públicas do Estado.

[...] uma forma de organização política que se pauta pelo interesse comum, da comunidade, da soberania popular e não da soberania dos que governam. [...] É a soberania popular que possibilita, todos os cidadãos manifestarem a sua vontade como vontade geral, que deve ser respeitada e incorporada nas leis, assim como exercerem com legitimidade o controle democrático (PEREIRA, 2001, p.94-95)

No caso do Judiciário o povo não está presente em termos de uma efetiva participação cidadã. Dessa forma, a judicialização da política de saúde acaba desconsiderando os mecanismos históricos de participação da sociedade organizada na garantia de direitos.

Para Habermas, os direitos têm mais a ver com um fazer, com uma ação, do que com ter, com uma posse. Nesse sentido, a injustiça não é só privar alguém do que é seu, mas privar alguém de fazer, de um exercício de criação do direito que está na base da própria noção de cidadania ativa. A passagem da interpretação do direito como um ter para um agir determina uma formulação radicalmente democrática do direito, na qual o cidadão passa a ter um papel ativo na gestação de direitos, não sendo só o destinatário deles. Como autor e destinatário, o processo assume uma função autocorretiva, inexistente quando o direito é interpretado a partir da propriedade ou do dar a cada um o que é seu. [...] A cidadania ativa será a única não só a poder determinar fatores relevantes para que sejam instituídas medidas protetivas, mas também, mediante essa determinação mesma manter um espaço de liberdade intacta e ativa, portadora de interesses que podem ser exercidos não só pela tutela do Estado, mas pela própria atividade política (DUTRA, 2004, p. 14).

A efetivação do direito á saúde pela via judicial, através da ação de medicamentos, esbarra também na questão do orçamento para financiar a política de saúde. O orçamento da saúde é apertado³⁰ e existe uma suposta impossibilidade financeira para atender todas as demandas, fazendo com que o Estado, na área da saúde, eleja prioridades que procurem contemplar o princípio da universalidade. De acordo com Barroso,

Em diversos julgados mais antigos, essa linha de argumentação predominava. Em, 1994, por exemplo, o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, ao negar a concessão de medida cautelar a paciente portador de insuficiência renal, alegou o alto custo do medicamento, a impossibilidade de privilegiar um doente em detrimento de outros, bem como a impropriedade de o Judiciário “imiscuir-se na política de administração pública”.

30 O ajuste macroeconômico afetou o SUS drasticamente através da contenção de recursos para a política de saúde, implementada ao longo da década de 1990, agravada pelos recorrentes contingenciamentos dos recursos alocados ao setor, gerando uma crise de financiamento do SUS, que foi motivada não por fatores intrínsecos ao modelo de sistema de saúde, mas por fatores externos vinculados ao ajuste fiscal adotado pelos governos desde então, modelo esse que, infelizmente, perdura até hoje (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 200)

Mais recentemente, vem se tornando recorrente a objeção de que as decisões judiciais em matéria de medicamentos provocam a desorganização da administração pública (BARROSO, 2008, p. 24).

A efetivação de dos direitos sociais, através de políticas públicas, exige recursos. Essa dependência da efetivação dos direitos sociais com os recursos econômicos, foi denominada, na linguagem jurídica, princípio da reserva do possível³¹. Segundo essa lógica, a sociedade deve ser razoável na sua pretensão pois, a implementação dos direitos sociais enfrentam o problema da escassez de recursos públicos, sempre menores que as necessidades. Assim, a capacidade do Poder Público de atender integralmente as necessidades da coletividade, seja no campo da saúde, da educação, da habitação, ou qualquer outro setor, fica limitada ao orçamento. Ocorre então um conflito entre o mínimo existencial³² e a reserva do possível. O primeiro implicando no dever do Estado em assegurar as condições mínimas de vida para as pessoas mais necessitadas, e o segundo, no embasamento legal de que tem que haver um previsão orçamentária para que o Estado incorra nos gastos necessários para a satisfação do direito social reclamado. Esta situação acaba desaguando no Poder Judiciário que tem que decidir se, neste ou naquele caso, o Estado é obrigado a prestar o atendimento nos moldes dos anseios das reivindicações formuladas.

Segundo Barroso,

Quando há alguma decisão judicial determinando a entrega imediata de medicamentos, frequentemente o Governo retira o fármaco do programa, desatendendo a um paciente que o recebia regularmente, para entregá-lo ao litigante individual que obteve a decisão favorável. Tais decisões privariam a Administração da capacidade de se planejar, comprometendo a eficiência administrativa no atendimento ao cidadão. Cada uma das decisões pode atender às necessidades imediatas do jurisdicionado, mas, globalmente, impediria a otimização das possibilidades estatais no que toca à promoção da saúde pública. (BARROSO, 2008, p. 25).

31 Reserva do Possível, procura estabelecer alguns marcos regulatórios para a emissão de ordens judiciais, tendentes a obrigar o Poder Público a dar efetividade a certa categoria de prerrogativas instituídas em favor das pessoas em geral. Isto porque, segundo este princípio, as limitações de ordem econômica podem comprometer sobremaneira a plena implementação dos direitos sociais. Ficando a satisfação destes direitos, assim, na pendência da existência de condições materiais – especialmente econômicas – que permitam sua atendibilidade.

(O princípio da reserva do possível e a eficácia das decisões judiciais). Disponível em:

http://www.mundojuridico.adv.br/sis_artigos/artigos.asp?codigo=739> acessado em 16/06/2011

32 Mínimo Existencial é o direito que todos têm de ter as condições mínimas de existência humana digna que não pode ter a intervenção do Estado e que ainda exige prestações estatais positivas. Está implícito na Constituição art 3º, III, como um dos objetivos da República Federativa do Brasil, a erradicação da pobreza e da marginalização. O art. 25, da Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, também se refere ao mínimo existencial: “Toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para assegurar a sua saúde, o seu bem-estar e de sua família, especialmente para a alimentação, vestuário, moradia, assistência médica e serviços assistenciais necessários.

(Considerações sobre o Conceito de mínimo existencial). Disponível em:

<http://www.webartigos.com/articles/2400/1/Consideraccediloltildees-Sobre-O-Conceito-De-Miacutenimo-Existencial/pagina1.html>> acessado em 16/06/2011

Continuando a mesma linha de análise do autor, os excessos e inconsistências jurídicas colocam em risco a continuidade das políticas de saúde pública, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos recursos. Uma das consequências seria o impedimento que políticas coletivas de promoção da saúde pública, sejam devidamente implementadas. Além disso,

Os direitos sociais, devem ser realizados coletivamente, a fim de que haja acesso igualitário e universal dos indivíduos aos benefícios oferecidos pela políticas públicas. [...] Com essas demandas judiciais, pretende-se garantir direitos sociais que são essencialmente coletivos. Entretanto, como a atuação do Poder Judiciário ocorre no âmbito individual, isto é, de forma individualizada, acaba havendo tratamento diferenciado, privilegiando esses pacientes, o que é incompatível com a ideia de igualdade proposta pelo SUS (CHIEFFI e BARATA, 2009, p.6).

Os processos requerendo medicamentos para promoção da saúde, garantem direitos individuais com prejuízo para a coletividade, uma vez que muitas pessoas que precisam, acabam, por falta de informação, não acessando o poder judiciário.

As políticas públicas de saúde devem seguir a diretriz de reduzir as desigualdades econômicas e sociais. Contudo, quando o Judiciário assume o papel de protagonista na implementação dessas políticas, privilegia aqueles que possuem acesso qualificado à justiça, seja por conhecerem seus direitos, seja por poderem arcar com os custos do processo judicial. Por isso, a possibilidade de o Judiciário determinar a entrega gratuita de medicamentos mais serviria à classe média que aos pobres. Inclusive, a exclusão destes se aprofundaria pela circunstância de o Governo transferir os recursos que lhes dispensaria, em programas institucionalizados, para o cumprimento de decisões judiciais, proferidas, em sua grande maioria, em benefício da classe média (BARROSO, 2008, p. 26).

Não há dúvida de que o orçamento da saúde é escasso, e que a judicialização da política, acaba provocando a sua apropriação por alguns segmentos da população mais politizados e articulados em detrimento de outros menos informados, menos organizados e com menos acesso.

Acontece que sem saúde os outros direitos tornam-se inúteis. A vida é o bem mais precioso da humanidade e deve ser resguardada, ainda que se tenha que sacrificar alguns outros bens relevantes. Por outro lado o comprometimento do dinheiro disponível com uma única pessoa a fim de evitar o seu sofrimento, pode acarretar a morte de várias outras pessoas. O embate é entre o direito à vida de um cidadão e o direito à saúde da coletividade.

A discussão aqui é se o Poder Judiciário está tecnicamente preparado para efetivar a implementação de uma política pública que é de competência do Poder Executivo; até que ponto se

pode condicionar a eficácia dos direitos sociais ao orçamento; e se a judicialização do direito à saúde implica em uma nova exclusão de grande parte da população, desprovida de recursos financeiros e do acesso à cidadania.

São questões que rebatem na atuação do Serviço Social, uma vez que sua intervenção, nas diversas frações da questão social, é direcionada por um Projeto Ético-Político vinculado a um projeto social radicalmente democrático e comprometido com os interesses históricos da classe trabalhadora brasileira. Isso nos remete a um novo projeto societário

[...] que propicie aos trabalhadores um pleno desenvolvimento para a invenção e vivência de novos valores, o que, evidentemente, supõe a erradicação de todos os processos de exploração, opressão e alienação. É ao projeto social aí implicado que se conecta o projeto profissional do Serviço Social – e cabe pensar a ética como pressuposto teórico-política que remete para o enfrentamento das contradições postas à profissão, a partir de uma visão crítica, e fundamentada teoricamente, das derivações ético-políticas do agir profissional (CFESS, 1993, 217).

Dessa forma, a prática do Serviço Social tem sido historicamente construída visando a defesa de direitos humanos e da justiça social. Esse compromisso é expresso através do Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, reafirmado em 1993, onde de acordo com Paiva e Sales,

O Código de Ética de 1993, como o foi também o de 1986, não se pretende somente corporativo, mas tenciona assegurar vínculos com as prioridades da sociedade. Dessa maneira, o atual Código de propõe a estabelecer nexos com essas prioridades, as quais vão estar bem expressas por meio de princípios e valores. A perspectiva é, então, buscar fortalecer uma clara identidade profissional articulada com um projeto de sociedade mais justa e democrática (PAIVA e SALES, 1996, p. 178).

Uma sociedade baseada na concepção de justiça social que não se vincula diretamente ou necessariamente ao Poder Judiciário, mas à uma distribuição equitativa da riqueza socialmente produzida, assegurando a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática. Nesta linha de argumentação, convém colocarmos o que afirma Melo: “[...] justiça não pode ser monopólio dos juristas, principalmente dos 'práticos judicialistas'. Justiça é democracia, e onde houver democracia haverá justiça, mas esta não é romântica, pois democracia é confronto (2005, p. 5).”

Dessa forma, concordamos com Aginsky e Alencastro quando dizem que a justiça é uma construção, um movimento visando a transformação da realidade onde cada um tenha o que necessite. E esta construção é feita através da luta por direitos na esfera pública e em uma dimensão

bem maior do que aquela expressa pelo Judiciário.

A construção da justiça, nesta perspectiva, e na de qualquer segmento com ela comprometido, exige a formatação de um processo qualificado, que passa, necessariamente, pelo aprofundamento do conhecimento acerca da realidade, em uma perspectiva de totalidade. Tal desvelamento levará, possivelmente, à tomada de consciência do fenômeno ora, ou ainda, em curso, que se refere ao agravamento da questão social (AGUINSKY e ALENCASTRO, 2006, p. 23)

Segundo as autoras, o legal nem sempre é justo,

É fundamental ter clareza de que o legal nem sempre se associa ao justo e nem tampouco que o justo alcança-se meramente pela via legal. A ausência de um Estado que enfrente as desigualdades e a exclusão social não terá resposta “milagrosa” junto ao Poder Judiciário. [...] Neste sentido, cabe ao profissional de Serviço Social procurar desvelar o cenário em que está inserido e o conjunto de projetos societários que estão em jogo, desenvolvendo uma postura e uma práxis que supere a tendência, resultado do acúmulo de demandas, da adoção de um “tarefismo” burocrático, moralizante e que não enfrenta as condições que originam os processos judiciais (Idem, Ibidem, p. 24).

Ainda de acordo com as autoras, o potencial de materialização do Projeto Ético-Político dos assistentes sociais tem a ver com o reconhecimento de que este espaço institucional é também um espaço de lutas de interesses distintos, submetido a critérios de legitimação, através de mecanismos ideológicos, que tem no ideal liberal da sociedade capitalista contemporânea o hegemônico. Esses mecanismos se materializam nas práticas jurídicas por diferentes critérios, dentre eles critérios morais. Segundo Aginsky,

Isto implica que a ótica do discurso jurídico encarrega-se de por em marcha o sistema dominante de representações sociais e jurídicas, cujo receptáculo simbólico erige-se no que se convencionou chamar Estado. A produção da alienação e portanto da exclusão moral, através do discursos jurídico, resulta da naturalização ou reificação da construção social sobre o Estado como aquele que encerra e encarna a vontade geral. A reificação é tal que os homens, ao se subordinarem a esta pretensa vontade geral, parecem se subordinar aos valores sociais prescritos pela lei ou às regras como se estas tivessem vida própria, separada e diferente da vontade de outros homens (BERGUER e LUCKMAN, 1999 APUD, AGUINSKY, 2002, p. 4).

E continua, citando Warat (1995, p.59-60),

[...] a razão de Estado fica identificada com a racionalidade do saber jurídico e da lei positiva como uma forma de impor-nos interesses e desejos legalizados, quer dizer, que estes passam a

ser os mesmos desejos e interesses que outorgam consistência simbólica ao Estado (AGUINSKY, 2002, p. 4).

Segundo a autora, o Direito cumpre uma função ideológica e política, levando a efeito uma coesão social, pois sua interpretação se mostra mais legítima e mais justa do que realmente é, construindo uma realidade social onde abstrai o tempo histórico e nele os conflitos internos que se expressam através de vontades, diferenças culturais, econômicas e políticas em tensão. A imposição da ordem legal abstrai o tencionamento contingente do cotidiano que resulta em disputas no campo social (Aguinsky, 2002). Dessa forma,

O Direito pode ser pensado como mecanismo moralizador na sociedade, por um lado, e também, por outro, como instrumento de violência simbólica, já que seu discurso pressupõe uma sociedade a-conflitiva, sem vontades, sem diferenças culturais, sem tempo histórico. A ocultação da desigualdade do real, sem dúvida, constitui-se em um simulacro ou feitiço que subordina a todos os homens a uma verdade socialmente construída pelo critério tão somente da legalidade, o que foi descrito como “legalidade da moral” por Flickinger (1997) (AGUINSKY, 2002, p. 6).

Assim, Aguinsky (2002), a sociedade liberal analisa a questão social na ótica de problemas isolados, fragmentando a vida social que deixa de ser apreendida em sua totalidade, dimensionando seu enfrentamento na perspectiva da internalização social de normas e deveres que se constituem de modo despolitizado frente as expressões de desigualdade social, expressões que se traduzem em demandas de direitos sócio-políticos, as quais não são consideradas.

A lógica da sociedade liberal responsabiliza pessoalmente os indivíduos por suas condições de vida. Disso resulta o tratamento dos “problemas” da desigualdade como demandas de “boa vontade” e de “esforço”, na sua possível solução.

Nesta ótica, questões cuja origem estão na ordem político-econômica, ao serem tratadas a base de uma moral abstraidora, constituem-se como estratégias que respondem às necessidades objetivas de reprodução e controle da força do trabalho para o capital e para a legitimação do próprio Estado burguês, orientando soluções individualizadas, pragmatistas e moralizadoras para as manifestações da questão social (AGUINSKY, 2002. p. 11).

Dessa forma, o objeto do trabalho do assistente social – a questão social, é considerada moralmente, pela ótica liberal, com critérios abstratos. Essa lógica abstraidora e moralizadora liberal, no campo jurídico, não consegue alcançar aspectos que escapam a essa mesma lógica nas relações de conflito submetidas a sua apreciação, regulação e decisão.

É no coração desta falha que os assistentes sociais inscrevem seu exercício profissional no campo jurídico. No centro dessa

“tensão dialética é que se desenham as possibilidades do assistente social tecer subversões no instituído dessas práticas por gestos de interpretação da contradição, pondo-se a agir ao participar da interface do discurso jurídico”(AGUINSKY, 2003, p. 275) com uma perspectiva ampliada de acesso e garantia de direitos (AGUINSKY e ALENCASTRO, 2006, p. 24-25).

Assim, o assistente social ocupa este espaço que se abre frente esta incapacidade de apreensão da totalidade social no campo jurídico, exatamente “porque se particulariza na capacitação profissional para apreender, articular e responder ao que foi abstraído, simplificado e descontextualizado pelos ritos e procedimentos jurídico de aplicação do Direito – o cotidiano”.³³

A incapacidade do Estado em garantir o direito a saúde, acaba por responsabilizar o sujeito pela questão social. Ocorre, assim, uma tendência à imposição legal, no sentido de retirar as tensões e conflitos da cena cotidiana, levando-as para a esfera judicial.

Neste sentido o serviço social, na perspectiva do projeto ético-político profissional, e na direção do seu código de ética, tem necessariamente que estar articulado ao projeto da reforma sanitária em andamento, que traz em seu bojo a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.

A atuação competente e crítica do serviço social na direção da universalização do direito, é pautada em algumas diretrizes de atuação:

estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores na área da saúde que lutam pela real efetivação do SUS;
facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto da Reforma Sanitária;
buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde (CFESS, 2010, p. 28).

Por fim, entendemos que o debate em torno da questão judicialização do direito a medicamentos para a promoção e recuperação da saúde, conforme homologado na Constituição Federal de 1988, precisa ser levado a instâncias de participação e controle social, numa atuação conjunta entre os Conselhos de Saúde, a Sociedade Civil, o Ministério Público e o Tribunal de Justiça.

33 (Heller, 1991; Baptista, 1995; Netto, 1996; apud, Aginsky, 2002, p.11).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetivação do Direito à saúde previsto no artigo 196 da Constituição Federal ainda é um desafio. Embora tenha se homologado Leis e Portarias concebidas para instituir o Sistema Único de Saúde - SUS, o cenário contraditório em que foi gestado e concebido essa política, continuam impedindo sua efetivação de fato. O projeto hegemônico neoliberal, baseado numa lógica economicista. Usa a crítica de falência do sistemas públicos de saúde, provocada principalmente pela falta de recursos financeiros e pelo descomprometimento dos governos com o setor, para propor a privatização do setor, submetendo a Saúde à lógica de mercado. O Estado passa a ser responsável, quando muito, pelas ações básicas de saúde, enquanto o restante deverá ser assumido pela iniciativa privada e controlado, não mais pela sociedade, mas pelas regras do mercado. Aprofunda o desmantelamento do setor público enfraquecendo o controle social através da cooptação e manipulação. A universalização da saúde, concebida como garantia de um direito de cidadania e como dever do Estado, em função dos interesses capitalistas envolvidos, se dá de forma excludente, discriminatória e com distribuição seletiva e focalizada dos serviços de saúde. A lógica neoliberal tornou a Saúde um bem passível de troca no mercado, uma mercadoria. E essa lógica privatista funciona perversamente no campo sanitário, penalizando os mais pobres que não podem pagar por serviços. Assim, a dinâmica do projeto neoliberal aponta para o aprofundamento das desigualdades sociais. O desfinanciamento do SUS, a questão da universalidade e do controle social comprometidos, revelam a fragilidade e as deficiências do setor.

Diante do Exposto, percebemos que a baixa capacidade do Estado em responder as demandas da saúde, fez com que o Poder Judiciário ganhasse destaque como ente privilegiado para implementar as políticas do setor. Porém esta inversão de papéis não fica impune

A função das políticas públicas de saúde seriam reduzir as desigualdades econômicas e sociais, no entanto, quando o Judiciário se torna o ente privilegiado para implementação dessas políticas, perde-se princípios básicos do SUS, que é o da universalidade e da equidade, uma vez que acaba privilegiando apenas aqueles que conseguem acessar à Justiça, deixando de fora grande parte da população empobrecida e sem acesso à cidadania.

As ações judiciais podem ser um canal legítimo de defesa dos direitos fundamentais dos indivíduo à medida que o Estado se omite na implementação adequada das políticas públicas, porém este é um espaço inadequado e limitado para considerar decisões a respeito dos direitos sociais, uma vez que no Judiciário as demandas tem caráter individual e não coletivos. Os processos em questão, forçam o deslocamento de recursos públicos das políticas de saúde para o atendimento das demandas individuais, buscando, assim, uma solução individualizada para uma questão

coletiva.

Dessa forma ocorre uma despolitização da questão saúde, esvaziando o movimento de construção coletiva de políticas que contemplem necessidades sociais básicas. A despolitização, no caso da saúde, é um dos sintomas nefastos da ideologia neoliberal que procura dessocializar o cidadão para individualizá-lo como consumista.

O que presenciamos é uma sobrevalorização dos meios judiciais como forma de acessar o direito à saúde e uma subvalorização dos meios não judiciais, como as manifestações inerentes à cidadania. Assim ao invés de corroborar com a perspectiva de garantir o direito à saúde, a judicialização, no nosso entender, acaba contribuindo para a desresponsabilização do Estado no que se refere à efetivação destes direitos através de políticas públicas. O Estado assim faz “corpo mole”, dá uma de “joão sem braço”, e nega o medicamento na esperança de que assim se livre da responsabilidade. A população mais pobre e desinformada volta para casa e se vira como pode. O Estado lucra porque uma parte da população não sabe que tem direito e que o Estado tem o dever constitucional de providenciar. Por isso, a possibilidade do Judiciário determinar a entrega gratuita de medicamentos, acaba servindo mais à classe média, que tem maior acesso à informação, que aos pobres, aprofundando a exclusão social.

Sendo assim o acesso ao Poder Judiciário também não resolve o problema e ainda contribui para a reprodução da injustiça social. Pois a justiça social se constrói coletivamente, através de movimentos sociais que reivindicam melhores condições de vida, no interior da sociedade, numa arena de disputas onde se encontram diversos interesses contraditórios.

Permanece como desafio para o Estado, entendido de forma ampla, garantir a democracia e exercer seu papel de executor de políticas públicas, estabelecendo prioridades e atuando de forma a promover o bem-estar coletivo e não simplesmente atendendo aos interesses de grupos específicos.

Neste sentido, é importante ressaltar o papel do Assistente Social neste contexto, uma vez que a defesa dos direitos humanos e da justiça social tem sido uma luta historicamente construída pelo Serviço Social e expressa através de seu Código de Ética Profissional.

O código de Ética do Assistente Social, construído como um instrumento político e educativo, que norteia a sua prática profissional cotidiana, no sentido de delimitar com clareza seus valores e compromissos éticos, tem como o primeiro dos seus princípios fundamentais, o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas a ele inerentes: autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais. O conceito de liberdade aqui é constituído como uma construção coletiva de igualdade, apontando para um novo projeto social, valorizando o indivíduo numa perspectiva de que “a plena realização da liberdade de cada um requer a plena

realização de todos”³⁴. Esse princípio remete à universalidade, à concepção de que todos tem direito a serem sujeitos plenos, a terem suas necessidades básicas atendidas de forma integral para que possam ter autonomia.

A ampliação e consolidação da cidadania é outro princípio do Código de ética que vai ao encontro dos princípios do SUS, e é vital na prática profissional do Assistente Social, uma vez que esse princípio representa a particularidade que o Serviço Social tem de atuar no espaço de viabilização de direitos, desenvolvendo ações em torno das políticas sociais. É através dessa ação que é resgatada a cidadania dos sujeitos, e também promovida a equidade e a justiça.

O princípio da defesa e do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida e o princípio que expressa o posicionamento em favor da equidade e justiça social, vêm reforçar o que já foi colocado. Ele está ligado a defesa da cidadania e reivindica a socialização da riqueza produzida, igualdade de acesso e oportunidades para que todos tenham direito a uma existência digna através de melhores condições de moradia, saúde, educação, lazer, cultura. Defende uma democracia ampliada que no SUS se manifesta através do controle social, exercido pelos conselhos e conferências de saúde, onde se prevê a participação efetiva da população nas decisões institucionais.

Podemos assim visualizar a interação existente entre os princípios contidos no campo da Saúde e do Serviço Social, cuja atuação profissional exige buscar diariamente ampliar e garantir direitos em um leque de direções, inclusive no que diz respeito aos serviços e ações de saúde da população. É importante ressaltar que, a busca pela efetivação desses direitos não é uma tarefa fácil, pois implica em um processo de enfrentamento de interesses divergentes e fundamentalmente econômicos, mas o Serviço Social tem reafirmado veementemente este compromisso com a classe subalternizada.

34 (PAIVA e SALES, 1996, p. 182)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUINSKY, Beatriz Gerhenson; ALENCASTRO, Ecleria Huff de. Judicialização da questão social: rebatimentos nos processos de trabalho dos assistentes sociais no Poder Judiciário. Revista Katálysis / Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço /Social. - n. 1 (junho1997) – Florianópolis: Ed. da UFSC, 1997, p. 19-25.

AGUINSKY, Beatriz. O lugar e as possibilidades do Projeto Ético-Político do Serviço Social no campo jurídico. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 1, nov. 2002.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva – Democracia é Saúde – In: Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, 1986. Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986. - Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p.

BAHIA, Lígia. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: Saúde e Democracia: história perspectivas do SUS / (org.) Nísia Trindade Lima, Silvia Gerschman e Flávio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

BARROSO, Luis Roberto. Da Falta de Efetividade à Judicialização Excessiva. Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. In: SOUZA NETO, Claudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (coord.) Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2008, pp. 1-36.

BRASIL, Constituição Federal / Organizadores : Paulo Roberto Froes Toniazzi; Valdemar P. Da Luz. - Florianópolis: Conceito Editoria, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – 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. p.300

BRAVO, Maria Inês Souza ... [et al.], (organizadoras) - Saúde e serviço social - 4. ed. - São Paulo:

Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetro para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília, 2010, p. 9-67.

COHN, Amélia. O SUS e o Direito à Saúde: Universalização e focalização nas políticas de Saúde. In: Saúde e Democracia: história perspectivas do SUS / (org.) Nísia Trindade Lima, Silvia Gerschman e Flávio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

Constituição Federal / Organizadores Paulo Roberto Froes Toniazzo; Valdemar P. Da Luz. - Florianópolis: Conceito Editorial, 2008.

CORREIA, Maria Valéria da Costa. Controle Social. In Motta, AE, Et Al (orgs). Serviço Social e Saúde. São Paulo: Cortez, 2007, p. 111-138.

D.UGÁ, Maria Alícia; MARQUES, Rosa Maria. O Financiamento dos SUS: Trajetória, contexto e constrangimentos. In: Saúde e Democracia: história perspectivas do SUS / (org.) Nísia Trindade Lima, Silvia Gerschman e Flávio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

ESCOREL, Sarah; Nascimento, Dilene Raimundo do; Edler, Flavio Coelho – As Origens da Reforma Sanitária no SUS – In: Lima, Nísia Trindade; / Gerschman, Silvia, Edler, Flavio Coelho; Manuel Suárez, Julio. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. p. 59-81

GERSCHMAN, Silvia – A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira/Silvia Gerschman. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 272 p.

KRÜGER, T.R. Os Fundamentos ideo-políticos das Conferências nacionais de Saúde. Recife: PGSS/UFPE, 2005. Tese de Doutorado. p. 69-72

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Saúde e Democracia: história perspectivas do SUS / (org.) Nísia Trindade Lima, Silvia Gerschman e Flávio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

LIMA, Nísia Trindade (org.) - Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS / Organizado por Nísia Trindade Lima, Silvia Gerschman e Flavio Coelho Edler. Rio de Janeiro : Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 59-81

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Et. al (org.) 2 ed.: Serviço Social e Saúde. “Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais “. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS e M.S, 2007.

OLIVEIRA, Francisco de. Privatização do público, destituição da fala e, anulação da política: o totalitarismo neoliberal – In: Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e a hegemonia global / organizado pela equipe de pesquisadores do Núcleo de Estudos dos Direitos da Cidadania – NEDIC. - Petrópolis, RJ: Vozes; Brasília : NEDIC, 1999.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica / Jairnilson Silva Paim. - Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: RIOCRUZ, 2008. p.356

PAIVA, Beatriz Augusto de; SALES, Mione Apolinário. A Nova Ética Profissional: Práxis e Princípios. In: BONETTI, D. ^a et al. Serviço Social e ética: convite a uma nova práxis. São Paulo: Cortez/CFESS, 1996, p. 174-208.

PEREIRA, Potyara A P. - Necessidades humanas: Subsídios à crítica dos mínimos sociais. São paulo: Cortez, 2000. p. 65-86

PEREIRA, Potyara A. P. “Discussões conceituais sobre política social com política pública e direito de cidadania”. In: BRAVO, Maria Inês Souza e PEREIRA, Potyara A. P. (orgs.) Política Social e Democracia. São Paulo. Cortez, 2001.

PORTARIA Nº 399 / GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes operacionais do Referido Pacto.

ROJAS, Berenice Couto. O direito e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível? / Berenice Rojas Couto – 3 ed. - São Paulo: Cortez, 2008.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. Physis: Rev. Saúde, Rio de Janeiro, 2007. p29-41

Documento de acesso exclusivo em meio eletrônico:

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva, Radis Entrevista “O Eterno Guru da Reforma Sanitária”.

<http://www.grupogices.hpg.ig.com.br/Arouca.html> acessado em 16/04/2011

SÉRGIO AROUCA - Biblioteca Virtual. Disponível em:

<<http://bvसारouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>> acessado em 20/06/2011

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de.

Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. Cienc. Saúde colet. Vol. 14 nº 3 Rio de Janeiro. Jun. 2009

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300018> acessado em 04/06/2011

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> acessado em 05/04/2011

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm> acessado em 05/04/2011

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde / Ministério da Saúde. - 2. ed. Brasília: Ministério da

Saúde, 2007. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf> acessado em 15/05/2011.

CHIEFFI, Ana Luíza; BARATA, Rita Barradas. A Judicialização da política de assistência

farmacêutica e equidade. Cad. Saúde Pública vol.25 no.8 Rio de Janeiro Aug.2009. Disponível em:

<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n8/20.pdf>> acessado em 26/05/2011

CONNAS/PROGESTORES – Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional – CMDE.

Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT_06_08.pdf>

acessado em 16/06/2011

Declaração e Programa de Viena - <<http://styx.nied.unicamp.br:8080/todosnos/documentos-internacionais/doc-declaracao-e-programa-de-acao-de-viena-1993/view>> acessado em 12/06/2011

DUTRA, Delamar José Volpato. A legalidade como forma do Estado de direito. *Kriterion: Revista de Filosofia*, vol. 45 n° 109, Belo Horizonte, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2004000100004> acessado em 24/06/2011

LEITE, Silvana Nair; MAFRA, Ana Cristina. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. *Ciênc. saúde coletiva* vol.15 supl.1 Rio de Janeiro June 2010.

Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000700078&script=sci_arttexthttp://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000700078&script=sci_arttext> acessado em 18/05/2011

MELO, André Luís Alves de. A Judicialização do Estado brasileiro, um caminho antidemocrático. Disponível em <<http://www.kplus.com.br>> acessado em 16/05/2011

MESSEDER, Ana Márcia; CASTRO, Cláudia Garcia Serpa Osorio de; LUÍZA, Vera Lúcia. 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*, Rio de Janeiro, mar-abr, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/19.pdf>> acessado em 07/06/2011

NASCIMENTO, Regina Helena do. Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/sus.htm>> acessado em 12/04/2011.

PORTARIA N° 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. (D.O.U. De 10/11/98). Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf> acessado em 16/06/2011

PORTARIA N° 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacro pela Saúde 2006 –

Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>

acessado em 18/05/2011

ROCHA, Patrícia Vieira de Melo Ferreira. Breves Comentários Sobre a Antecipação dos Efeitos de

Tutela. Disponível em: <[http://www.juspodivm.com.br/i/a/%7B655B6935-0008-4277-96E6-](http://www.juspodivm.com.br/i/a/%7B655B6935-0008-4277-96E6-983D4D299302%7D_019.pdf)

[983D4D299302%7D_019.pdf](http://www.juspodivm.com.br/i/a/%7B655B6935-0008-4277-96E6-983D4D299302%7D_019.pdf)> acessado em 13/06/2011

Texto em versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In:

CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social.

Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In:

Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Riode Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE,

2001. <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf> acessado em 10/04/2011