

# O PODER JUDICIÁRIO E O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO SUS: UMA ANÁLISE DA MACROREGIÃO SUL DO ESPÍRITO SANTO

SILVA, ALEX MARCELO<sup>1</sup>.  
BUSSINGER, ELDA COELHO DE AZEVEDO<sup>2</sup>.

1. Pós-graduando em Saúde Coletiva.
2. Professor livre-docente, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, UFES, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 29040-090, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Autor responsável: A.M. Silva. E-mail: alexfarm1@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A participação do Judiciário no âmbito da dispensação medicamentosa é uma prática que vem se tornando cada vez mais presente. Entende-se que o objetivo deste poder é o de garantir ao cidadão os seus direitos quando estes lhes são cerceados parcialmente ou de maneira total, ou seja, quando se esgotam as possibilidades de consenso entre as duas partes, fazendo-se necessária a intervenção dessa esfera para dirimir todos os pontos concernentes a uma determinada questão.

Entende-se que foco está no acesso do indivíduo ao medicamento prescrito, fato que engloba não apenas a entrega do medicamento, mas a dispensação do mesmo com orientação profissional, baseando-se na certeza de que a medicação receitada correlaciona-se à real necessidade do cidadão. Um tratamento efetivo deve ser o cerne para a instituição de uma terapia farmacológica, devendo-se por à margem interesses particulares de grupos específicos, objetivando-se o bem maior, isto é, a vida.

A farmácia de dispensação de medicamentos excepcionais foi estabelecida através da portaria de número 2577 de outubro de 2006 a qual criou o componente de medicamento de dispensação excepcional (CMDE) com o intuito de disponibilizar a população o acesso a medicamentos que apresentam como característica o alto

custo unitário ou o elevado custo devido ao uso crônico do mesmo, sendo destinado ao tratamento de doenças menos prevalentes, raras; ou ainda àquelas patologias prevalentes em que não houve resposta satisfatória com o tratamento estabelecido na esfera da atenção básica à saúde, considerando-se, também, a evolução do paciente para um quadro patológico mais grave, havendo necessidade de uma atenção especializada.

No Brasil, atualmente, a população tem acesso a medicamentos na rede pública pelas seguintes vias: rede ambulatorial de saúde dos municípios, para o elenco da atenção básica e de 22 algumas áreas programáticas; rede ambulatorial dos estados, com os medicamentos excepcionais; e na rede hospitalar, durante internações e também alguns procedimentos ambulatoriais. (MACHADO, 2002, apud SESA, 2007, p.21-22).

O financiamento público de medicamentos ocorre por meio do compartilhamento entre as esferas de governo. Especificamente, os medicamentos de dispensação excepcional são financiados por meio da parceria entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde. Com o intuito de otimizar o serviço disponibilizado foi criada, por meio da política de medicamentos, a padronização de medicamentos em cada esfera de governo, a saber: a Rename (Relação Nacional de Medicamentos), a

Rememe (Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais) e a Remume (Relação Municipal de Medicamentos).

Ressalta-se que existem em média 500 medicamentos padronizados pela Renome (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), recentemente atualizada, em sua 6ª edição; aprovada através da Portaria Nº 2.012, de 24 de Setembro de 2008, sendo esta formada por medicações com evidências científicas comprovadas para o combate de patologias. Esta relação, assim como as outras, foi elaborada considerando-se a literatura científica e a opinião de vários profissionais da saúde, objetivando a racionalidade de custos juntamente com a efetividade do tratamento.

Considerando a política da assistência farmacêutica, o elenco de medicamentos padronizados com evidência científica comprovada através de literatura, a forma de eleição dos fármacos componentes da padronização que se dá através do envolvimento multiprofissional, o acesso aos medicamentos realizado através das farmácias estaduais as quais estão distribuídas através de macro regiões do Estado do Espírito Santo, a saber: Macroregião Norte (Colatina e Linhares), Macroregião Centro (Vitória) e Macroregião Sul (Cachoeiro de Itapemirim), buscou-se:

A) Conhecer as razões que tem levado ao surgimento de decisões judiciais na macroregião sul.

B) Analisar se existe uma real necessidade de envolvimento do poder judiciário nos casos de solicitação medicamentosa.

## **A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, NO BRASIL**

A Política Nacional de Medicamentos foi instituída, por meio da Portaria número 3916, de 30 de outubro de 1998, como parte essencial da Política de Saúde. Seu objetivo é o de regulamentar as ações de saúde referentes a medicamentos no que diz respeito à segurança, eficácia e qualidade dos mesmos.

A demanda crescente por medicamentos culminou na necessidade da adoção de uma política de medicamentos com o intuito de não apenas racionalizar o gasto público, mas também o de coordenar a forma mais eficaz de gerenciar o custo, buscando atender um maior número de pessoas com tratamentos farmacológicos eficazes, observando-se os princípios do SUS. Isso se deve não apenas ao aumento do número populacional, mas também ao envelhecimento da população, fato que origina novas demandas em saúde como, por exemplo, o uso de mais de um medicamento por indivíduo.

O aumento do número de medicamentos a ser utilizado remete a uma necessidade notória: o uso racional de medicamentos. Não se pode esquecer que se trata de uma droga, apresentando riscos inerentes ao seu uso caso não utilizado corretamente. Segundo dados do Sinitox (Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas da Fundação Oswaldo Cruz) 30% dos casos de intoxicação é devido à utilização indevida ou errônea de medicamentos.

Existem, hoje no, Brasil, aproximadamente quarenta mil especialidades registradas das quais, treze mil são comercializadas (Bermudez, 1992). Cerca de trezentas a quatrocentas indústrias farmacêuticas, fazem este registro (FIOCRUZ, 1999). Mas independentemente do número real de medicamentos, há unanimidade quanto à existência de um excesso diante das necessidades terapêuticas, já que a maioria são cópias pré-existentes ou pequenas modificações, sem que nada alterem as indicações, confundindo muitas vezes, os prescritores, dispensadores e usuários com seus nomes de marca. (VIANA, 2009, apud PHARMÁCIA BRASILEIRA, 2010, p.60).

Através da política de medicamentos, instituiu-se a Renome, que é composta por medicamentos cuja eficácia terapêutica é comprovada pela literatura científica, ou seja, através de evidências científicas, tornando-se, deste modo, um instrumento de grande valia para prescritores e dispensadores. Reduz-se com isso a chance de erro de prescrição com conseqüente diminuição de erros relacionados ao uso de medicamentos, já que se trata de uma relação que prioriza o nome genérico do fármaco ao invés dos inúmeros nomes comerciais existentes para um mesmo fármaco.

## **A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS NO ESPÍRITO SANTO**

A política de medicamentos no Espírito Santo foi estabelecida não apenas com o intuito de racionalizar o uso de medicamentos quanto ao seu custo e forma de administração terapêutica, mas também o de garantir o acesso destes a toda população, incluindo aquela parcela menos favorecida caracterizada pelo baixo poder aquisitivo. Tal fato pode ser constatado através do propósito maior que apresenta como objetivo:

Garantir à população capixaba o acesso equânime a medicamentos essenciais e excepcionais de qualidade, em todos os níveis de atenção à saúde, cuidando de promover o seu uso racional e a humanização do atendimento prestado aos seus usuários. (SESA, 2007).

Para isso, foram definidos eixos estratégicos como forma de viabilizar o objetivo estabelecido. Dentre eles destaca-se: a elaboração da REMEME (Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais); a estruturação de Centros de Referência e da Comissão Estadual de Regulação em Farmacologia e Terapêutica, sendo este um sistema de regulação da prescrição e uso racional de medicamentos; desenvolvimento dos recursos humanos envolvidos na assistência farmacêutica e a implementação do Projeto Farmácia Cidadã nas esferas estadual e municipal de saúde cujo foco está na melhoria dos serviços oferecidos pela farmácia pública, através da modernização e humanização dos mesmos.

O projeto Farmácia Cidadã veio com o ideal de humanizar o atendimento prestado, considerando-se não apenas a estrutura física, mas também nas condições oferecidas ao cidadão e ao servidor no âmbito da assistência farmacêutica. Através de um diagnóstico situacional, constatou-se a falta de condições de trabalho para os servidores devido à precariedade dos instrumentos de trabalho e da própria logística de execução no que se refere ao armazenamento e distribuição de medicamentos, falta de medicamentos para o tratamento de determinadas patologias, entre outras.

Com a adoção dos eixos estratégicos juntamente ao projeto farmácia cidadã foi possível minimizar esses aspectos negativos, ou seja, houve a criação do Núcleo de Armazenamento Controle e Distribuição de Medicamentos (NACD) e a criação da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF), possibilitando a ação conjunta e ordenada desde o ponto inicial que consiste na aquisição medicamentosa ao ponto final que corresponde à dispensação ao cidadão, acarretando no abastecimento efetivo das farmácias estaduais alocadas em locais estratégicos, realizando uma cobertura eficaz em todo o Estado do Espírito Santo. Desta forma o usuário final fica assistido, tendo à sua disposição o medicamento e profissionais qualificados para instruí-lo quanto à correta utilização do mesmo.

Para acesso aos medicamentos excepcionais, estabeleceu-se, através dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e das Portarias estaduais, todos os documentos necessários para a abertura de processo nas farmácias estaduais, conforme descrito no apêndice I. Tanto os protocolos, quanto as portarias, foram firmados, mediante a presença dos representantes de cada forma de organização como sociedades brasileiras de especialidades médicas, representantes de Conselhos de Saúde e da população, através das consultas públicas específicas a cada protocolo/portaria.

## O PODER JUDICIÁRIO E A GARANTIA DE ACESSO A MEDICAMENTOS

O poder judiciário ganha força, especificamente na área da saúde, no Brasil, com a implementação da Constituição Brasileira de 1988, a qual, em seu artigo 196, deixa explícito que a saúde é um dever do estado e um direito de todos. Logo, se, antes, o acesso à saúde se restringia àqueles cidadãos que possuíam carteira de trabalho assinada, originando-se um percentual altíssimo de pessoas sem acesso à saúde, após a Constituição, torna-se evidente a garantia do acesso aos serviços de saúde a toda a população. Isto é, a todo indivíduo.

[...] com a promulgação da Constituição Federal de 1988, em cujos capítulos se inseriu a criação do SUS. Dentre as propostas aprovadas no seu relatório, estava a democratização do Estado e a defesa da saúde como direito de cidadania. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Constata-se que:

Está, pois, o Estado juridicamente obrigado a exercer as ações e serviços de saúde visando a construção da nova ordem social, cujos objetivos, repita-se, são o bem-estar e a justiça sociais, pois a Constituição lhe dirige impositivamente essas tarefas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

No contexto mundial a discussão sobre o direito à saúde entra em evidência com o fim das guerras, especificamente, da Segunda Guerra Mundial na qual a sociedade se deparou com um quadro de mutilados ou ainda com necessidades de cuidados especiais relacionados à saúde, órfãos e viúvas que viviam em condições precárias.

[...] as Convenções de 1949, numeradas de I a IV, versaram, nessa ordem, a proteção dos feridos e enfermos na guerra terrestre; a dos feridos, enfermos e náufragos na guerra naval; o tratamento devido aos prisioneiros de guerra; e finalmente a proteção dos civis em tempo de guerra. (REZEK, 2005, p. 375-376)

Salienta-se, também, que:

No plano internacional, a própria Declaração Universal da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1948, declara expressamente que a saúde e o bem-estar da humanidade são direitos fundamentais do ser humano. No mesmo sentido, nas convenções e nos tratados internacionais, reconhecidos e ratificados pelo Brasil, também são encontradas referências ao direito à saúde como direito social fundamental. (BRANDÃO. 2006.p. 13)

Constata-se, através das convenções e da declaração da ONU, a preocupação de evitar a deterioração do direito à vida e suas nuances como o direito social o qual engloba o direito ao trabalho, ao lazer, à saúde, entre outros.

Segundo Farias (1990, p.10) o direito apresenta como um de seus objetivos mais nobres a realização da justiça através da promoção da paz social, objetivando a efetiva igualdade entre os indivíduos. Dentro desse contexto estão as normatizações/legislações dos poderes executivo e legislativo e os direitos sociais consolidados pela Constituição Federal. Entende-se que o papel do judiciário é o de buscar um consenso entre o que está estabelecido através das normatizações/legislações estatutárias, as quais consideram o bem coletivo, e o direito social concedido a cada cidadão.

Segundo Souza Neto (2003, p. 01 -10), o conflito gerado, em se tratando da obrigatoriedade do fornecimento de bens e serviços públicos, se caracteriza pelo fato de o direito do indivíduo, em algumas situações, se sobrepor ao direito coletivo, considerando-se a escassez de recursos públicos e a demanda crescente do consumo dos mesmos, outorgados pelo poder judiciário, onerando ainda mais o Estado e dificultando a tomada de decisões político-orçamentárias voltadas ao bem coletivo. Entende-se que se deve buscar as falhas existentes nas políticas públicas como intuito de realizar ajustes necessários para a contemplação de mais pessoas, ou seja, para garantir a integralidade do atendimento ao maior número de pessoas, conforme rege um dos pilares do Sistema único de Saúde (SUS) através da lei 8080 de 19 de setembro de 1990.

É natural que o direito seja impelido a regular fatos para coletividades, não mais somente para indivíduos. A evolução da sociedade aponta para a superpovoação do planeta, a diminuição da matéria – prima e dos recursos naturais, sendo necessário pensar em todos os indivíduos nas suas relações uns com os outros. (KUMMEL, 1996 apud VENTURA, 1996, p. 285).

Verifica-se que a tendência natural é de que o judiciário seja acionado de forma mais freqüente para resolver conflitos que vão desde problemas de relacionamento pessoal a questões de saúde pública e outros temas de interesse coletivo, ou seja, a superpovoação remete ao aumento da litigiosidade.

Daí, a necessidade da busca de mecanismos eficazes para adequação de conduta, isto é, uma parametriza-

ção para a resolutividade coerente das situações a serem julgadas. Segundo Kümmel (1996, p. 285-287), um bom exemplo é a implementação do Código do Consumidor o qual contém critérios de legitimidade das questões a serem analisadas/julgadas.

A origem das não conformidades encontradas na esfera da saúde está, muitas vezes, relacionada à qualidade da relação entre médico e paciente, ou seja, a interação entre ambos resulta em uma fidelidade de dados que culmina na adoção de um tratamento farmacológico mais concernente com a necessidade do paciente. Do contrário, a existência de ruídos de informação, isto é, a baixa qualidade na interação acarreta em possíveis danos à saúde já que não leva a resolutividade do problema o qual levou o paciente a procurar o sistema de saúde.

Segundo Gauderer (2003, p.01 – 30), o paciente deve adotar uma postura ativa no ato da consulta médica, perguntando, fazendo anotações para que não haja dúvidas posteriores quanto ao tratamento estabelecido. Entende-se que muitos agravos podem ser evitados com essa postura.

Uma pequena olhada nas reportagens da grande imprensa mostra que o tema saúde é muito lembrado pelos brasileiros como uma das questões mais fundamentais de sua vida, ao mesmo tempo que também podemos registrar que é na área de prestação de serviços, onde o cidadão se sente mais desprotegido. (MERHY, 2007, p. 120)

Sabe-se que na realidade brasileira, muitos indivíduos saem da consulta médica com a prescrição na mão, mas sem a intenção de cumpri-la por não sentir confiança naquilo que foi estabelecido, realizando, em alguns casos, o tratamento farmacológico de maneira inadequada meses após o diagnóstico realizado, considerando-se que a realidade do quadro patológico pode ter sofrido alteração para cura ou para agravamento.

O paradoxal desta história toda, é que não são raros os estudos e reportagens que mostram avanços científicos em torno dos problemas que afetam a saúde das pessoas e das comunidades, e a existência de serviços altamente equipados para suas intervenções [...]. (MERHY, 2007, p. 120)

O fato geralmente esquecido é que a eficácia do tratamento depende não apenas do uso de equipamentos ou de drogas, mas também do interesse do paciente em querer se tratar.

Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados. (MERHY, 2007, p. 121)

O profissional prescritor, por sua vez, deve se certificar quanto à não existência de ruídos de informação, ou seja, buscar uma linguagem que seja passível de entendimento por parte do paciente. Cabe, também, ao profissional seguir o disposto na legislação vigente sobre o ato da prescrição a qual relata a necessidade de: legibilidade, data, identificação do prescritor, identificação do paciente, posologia e tempo de tratamento.

Sem esses descritores fica difícil a promoção do uso racional, fato que leva ao aumento do número de intoxicações com conseqüente aumento de custos com internações hospitalares, de recursos utilizados na medicina curativa e, possivelmente, o surgimento de ações para se garantir a concessão de medicamentos ou de serviços de saúde que não mais se enquadram na real situação do indivíduo. No atual quadro da saúde no Brasil, “[...] nós enquanto usuários podemos ser operados, examinados, etc, sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos [...]” (MERHY, 2007, p. 122).

Não se pode desconsiderar que o judiciário tem um papel importante, pois existem casos em que há a necessidade real do medicamento ou do tratamento proposto, mas o mesmo é negado ao indivíduo, ou ainda este tem o acesso ao medicamento/tratamento dificultado. No jornal A Tribuna de 09 de Abril de 2010 encontra-se o seguinte relato:

De acordo com a reumatologista, a opção foi pelo medicamento Etanercepte, que ela diz ser o mais seguro e com menor risco de infecções, além de outras drogas não terem eficácia comprovada. O valor é de R\$ 5 mil por mês. Mas após entrar com um pedido na Sesa, fazer a perícia e ter o pedido do medicamento negado, a contadora decidiu procurar a Defensoria Pública Federal para entrar com uma ação na Justiça.

Deve-se lembrar que é válida a atuação do judiciário nesses casos. O que deve ser reduzido é o inchaço no judiciário devido a ações que, na verdade, não deveriam ser iniciadas.

Segundo Vieira (2008, p. 367) “A questão que se coloca com freqüência e que constitui um equívoco é de que a negativa de fornecimento de determinado

produto farmacêutico significa a negativa do direito do cidadão à saúde”.

Também, é preciso lembrar que não há sistemas de saúde no mundo ofertando todos medicamentos existentes em seu mercado interno. Os custos de tratamento são proibitivos e mesmo sistemas universais de saúde de países desenvolvidos enfrentam problemas para garantir financiamento. (VIEIRA, 2008. p. 367)

Portanto, é necessário critério e apoio de uma equipe técnica da área da saúde para que se minimize a continuidade, podendo-se dizer o surgimento, de ações que não serão resolutivas em relação à necessidade do paciente.

[...] a intervenção do Poder Judiciário na questão do fornecimento de medicamentos, sem observância às normas consolidadas que disciplinam o acesso à saúde, compromete o esforço do Poder Executivo e a organização legal do Sistema Único de Saúde. (VIEIRA, 2008. p. 368)

Considera-se, também, que:

[...] o entendimento sobre o direito à saúde se confunde com a oferta de qualquer medicamento do mercado, sem observar as questões técnicas e todo o aparato desenvolvido pelo Poder Público para tratamento dos doentes. Por isso, é mais do que urgente que o Judiciário reconheça que não há meios para garantia do direito à saúde tal qual previsto na Constituição Federal, que não sejam dos das políticas. (VIEIRA, 2008. p. 369)

## A PARTICIPAÇÃO DO JUDICIÁRIO NO ACESSO A MEDICAMENTOS

Para essa análise buscou-se levantar o quantitativo de decisões judiciais relacionadas a medicações padronizadas de competência municipal e estadual e não padronizadas, considerando-se a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais (REMEME) de 2007, nas quais o Estado foi condenado a fornecer medicamentos, no âmbito da farmácia estadual localizada na macroregião sul do Estado do Espírito Santo. Buscou-se identificar o medicamento mais prevalente nessas demandas, observando-se o fundamento relatado em decisão judicial.

Objetivou-se, também, verificar o tempo gasto entre a expedição da decisão e a entrega do medicamento; buscando identificar o município da macroregião sul do Estado do Espírito Santo que mais apresentou demandas judiciais de medicamentos.

O presente trabalho foi uma pesquisa documental, descritiva, exploratória e retrospectiva na qual foram analisados os processos dos anos de 2008 e 2009 referentes à demandas judiciais da macroregião sul. Foi utilizada uma planilha para coleta de dados (Apêndice I) por um período de dois meses levantando-se os seguintes dados:

1. Município de origem: observando-se o município onde foi emitida a decisão judicial.

2. Medicamento: sendo registrado o nome do medicamento constante na decisão seja ele genérico ou comercial.

3. Padronizado: a padronização, assim como a competência do fornecimento, foi verificada usando como base a REMEME.

4. Motivo da decisão: como referencial utilizou-se quatro categorias para análise, a saber: Urgência (U), Indeferimento (IND), Falha terapêutica medicamentosa (FTM) e Não especificado (NE).

1.1 Urgência (U): quando, na decisão, estava relatado como primeira causa risco de morte (dano irreparável) ou urgência, ou ainda emergência;

1.2 Indeferimento (IND): quando houve, como parte integrante da decisão judicial, o indeferimento por escrito do órgão público de origem, isto é, farmácia municipal ou comissão de farmacologia e terapêutica do estado;

1.3 Falha terapêutica medicamentosa (FTM): quando especificado que o requerente já fez uso de outros medicamentos sem sucesso farmacológico em decisão ou em laudo médico constante na mesma. Neste item também foi avaliado se o medicamento de primeira escolha foi padronizado ou não padronizado.

1.4 Não especificado (NE): quando não foi constatado em decisão ou em laudo médico um motivo dentre os supracitados ou ainda na inexistência deste.

5. Data da decisão: sendo registrada a data de emissão da mesma.

6. Data de abertura de processo na farmácia: sendo registrada a data presente na capa de cada processo aberto na farmácia estadual da macroregião sul.

7. Data de dispensação: sendo registrado a data constante no recibo de medicamento assinado pelo requerente no ato da entrega. Quando não houve registro de entrega, no item data de dispensação foi registrada a sigla nc, significando não consta.

Foram analisadas trezentas e uma decisões judiciais de um total de trezentas e noventa e seis. Considerando o percentual de decisões analisadas (76%), constatou-se a não necessidade de aplicação de teste estatístico. A análise de noventa e cinco decisões (24%) não foi possível, pois no período da coleta de dados os processos em que as mesmas estavam contidas haviam sido encaminhados para análise em nível central em decorrência de trâmites administrativos não sendo, portanto, possível o acesso aos mesmos.

Analisando-se a tabela 1 a seguir, constata-se que o município de Cachoeiro de Itapemirim é responsável pela maioria absoluta das demandas judiciais existentes na macroregião sul do estado do Espírito Santo, sendo seguido pelos municípios de Bom Jesus do Norte e Castelo.

**Tabela 1.** Quantitativo de decisões por município

Município	Quantidade decisões	ANO		% Total
		2008	2009	
APIACA	1	0	0	0,33
ATILIO VIVACQUA	3	1	2	0,99
BOM JESUS NORTE	12	2	10	3,98
CACHOEIRO	262	99	163	87,04
CASTELO	7	4	3	2,32
GUACUI	2	1	1	0,66
MARATAIZES	1	1	0	0,33
MIMOSO DO SUL	1	0	1	0,33
MUQUI	3	2	1	0,99
SÃO JOSE CALCADO	1	1	0	0,33
VARGEM ALTA	3	0	3	0,99

Ressalta-se que no município de Cachoeiro de Itapemirim estão localizadas as faculdades de Direito do sul do Estado as quais em períodos específicos atuam junto à população através de eventos, palestras e ações jurídicas gratuitas, contribuindo para o aumento da conscientização quanto aos direitos do cidadão e o acesso aos mesmos, também junto aos órgãos competentes como Defensoria Pública e Fórum.

Constata-se que, só no município de Cachoeiro de Itapemirim, ocorreu um aumento de aproximadamente 39% das demandas judiciais quando se faz um comparativo entre os anos de 2008 e 2009.

No que se refere à padronização de medicamentos a tabela 2 retrata uma realidade que deve ser considerada.

**Tabela 2.** Descrição das Demandas quanto à padronização

		2008	2009	TOTAL	%
QUANT. PADRONIZADOS	MUNICÍPIO	41	42	83	30,8
	ESTADO	48	39	87	
NÃO PADRONIZADOS		133	249	382	69,2
MEDICAMENTOS EM GERAL				552	100

Constata-se que 69% das demandas judiciais se referiam a medicamentos não constantes na lista de medicamentos padronizados, ou seja, medicamentos que não fazem parte da REMEME (Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais). Isso se torna ainda mais evidente quando se correlaciona o número de demandas do ano de 2008 com as do ano de 2009, observando-se um aumento de aproximadamente 46% da demandas de medicamentos não listados pela esfera pública de saúde.

Dentre essa margem de não padronizados constatou-se a presença de fornecimento obrigatório de Episol® (filtro solar); Triluma® (creme estético para a retirada de manchas); soluções de limpeza para lentes de contato (Opti free®) e medicamentos isentos de prescrição médica, popularmente utilizados para o combate à gripe e dor de cabeça como Apracur® e Anador® respectivamente; produtos encontrados em supermercados como leite Ades®, Mucilon® e Sustagen®.

Constatou-se, também, a presença de muitas especialidades farmacêuticas utilizadas para o tratamento da hipertensão arterial como exemplo: Amiodarona 200mg, Candesartana 16mg, Atensina 0,150mg, Carvedilol 6,25mg, Valsartana 320mg, entre outros. Percebeu-se, também, a presença de muitos medicamentos utilizados para o tratamento de doenças mentais como: Clobazam 10mg, Duloxetine 30mg, Divalproato de Sódio 500mg, Citalopram 20mg, Sertralina 50mg, Alprazolam 2mg, entre outros.

Ressalta-se que esses medicamentos não padronizados citados anteriormente, possuem algum substituto na lista dos padronizados, justamente por pertencerem a classe farmacológica contemplada pelos programas de Saúde Mental e de Hipertensão Arterial presentes na esfera municipal de saúde.

Salienta-se que em alguns casos, como por exemplo, o Carvedilol, bastaria que o prescritor realizasse o ajuste de dosagem para o padronizado Carvedilol 3,125mg para que ocorresse a dispensação. O fato é que, em boa parte dos casos, recorre-se à demanda judicial antes de se tentar o contato com o prescritor para que o mesmo realize o ajuste de dosagem e de posologia ou até mesmo de forma farmacêutica, como exemplo, da forma injetável para a forma de comprimido.

Percebe-se a necessidade de critério para a impetração de uma decisão, já que o objetivo da farmácia de medicamentos especializados é o de tratar paciente cujos tratamentos de primeira escolha falharam ou ainda para o combate de patologias crônicas com Alzheimer, Insuficiência Renal Crônica, Osteoporose, Dislipidemias, entre outras.

O medicamento mais prevalente nas demandas judiciais de 2008 e 2009 foi a Insulina Glargina, utilizada para o tratamento do diabetes. Referente a este medicamento informa-se que a:

[...] Secretaria Estadual de Saúde, representada pela Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica e pelo Núcleo Especial de Normalização, juntamente com os representantes da Sociedade de Endocrinologia do Espírito Santo, elaboraram e validaram o referido Protocolo, normas e fluxos; e a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Medicamentos Excepcionais – REMEME do Estado do Espírito Santo e as melhores evidências científicas disponíveis na atualidade. (SESA, 2010)

Portanto em 26 de janeiro de 2010 a Portaria de número 004R a qual institui e homologa o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a dispensação do análogo de insulina de longa duração (Glargina). Através desse protocolo a Secretaria Estadual de Saúde padroniza o análogo de insulina, passando a disponibilizá-lo especificamente para pacientes com:

[...] Mau controle glicêmico nos últimos 12 meses, não relacionado com a presença de doenças intercorrentes ou com o uso de medicamentos que possam interferir no controle metabólico. Este controle glicêmico deve ser registrado por três exames de cada, realizados nesse período, caracterizado por:

- Hemoglobina glicosilada com mais de 2 pontos percentuais acima do limite superior normal do teste.
- Glicemia de jejum > 140mg/dl.
- Glicemia pós-prandial > 180mg/dl.
- Hipoglicemias graves (< 50mg/dl), mínimo de 2 episódios nos últimos 6 meses, comprovados por exame laboratorial e/ou relatório de atendimento médico realizado no momento da crise de hipoglicemia, mesmo sem a demonstração do mau controle glicêmico pelo item 2,

desde que não estejam relacionados à atividade física e/ou dieta inadequada bem como afastada a presença de doenças intercorrentes ou o uso de medicamentos que possam interferir no controle metabólico.

Ter idade superior a 6 anos. Esta exigência se faz necessária, pois de acordo com informações contidas na bula do medicamento, o próprio fabricante não recomenda o emprego da insulina glargina em crianças abaixo desta faixa etária. Vale ressaltar que a segurança em criança abaixo de 6 anos ainda não está bem estabelecida em face da ausência de estudos clínicos comprobatórios.

Ressalta-se que, através do Programa de combate ao Diabetes, são disponibilizados gratuitamente na esfera municipal de saúde os medicamentos administrados por via oral como Glibenclamida 5mg, Metformina 500mg e 850mg, além das insulinas humana NPH e Regular.

O medicamento atorvastatina 20 miligramas foi o segundo medicamento mais presente nas demandas judiciais. Salienta-se que o mesmo é padronizado pela esfera estadual de saúde, tendo o seu uso reservado àqueles pacientes que apresentaram falha terapêutica quando em uso do medicamento sinvastatina na dosagem de até 40miligramas/dia; ou ainda àqueles pacientes que apresentam aterosclerose manifesta cuja meta terapêutica é um colesterol – LDL menor que 70mg/ml, caracterizando quadro de muito alto risco.

Logo, segundo a Portaria de número 072R de 10 de julho de 2008:

[...] O tratamento farmacológico para os pacientes estratificados como de risco cardiovascular baixo, médio e alto, deverá ser iniciado com sinvastatina.

Para os pacientes de risco cardiovascular muito alto e meta de redução lipídica igual ou maior que 40% em relação ao LDL-C basal, o tratamento deve ser iniciado com atorvastatina, com dose inicial de 10mg/dia, podendo chegar ao máximo de 40mg/dia.

Naqueles pacientes com risco muito alto, mas com meta de redução lipídica menor que 40%, o tratamento farmacológico deverá ser iniciado com sinvastatina.

Uma das questões é que em boa parte dos casos essa Portaria não foi considerada pelos prescritores, resultando em indeferimentos quando os pacientes entram com solicitação medicamentosa na farmácia estadual de medicamentos excepcionais. Desta forma, um paciente que já poderia iniciar seu tratamento farmacológico com um fármaco adequado acaba, muitas vezes, esperando a resolução de um processo judicial ou ainda administrativo, sendo o fator originário a não observância por parte do prescritor de um protocolo já estabelecido e publicado.

Ratifica-se, estudos comprovam que “[...] Todas as estatinas apresentam similar eficácia. Todas são custo-efetivas em prevenção secundária e prevenção primária em pacientes de alto risco” (REMUME, 2007. p. 167).

Em relação ao fundamento encontrado nas demandas judiciais constatou-se o seguinte quadro demonstrado na tabela a seguir:

**Tabela 3.** Quantitativo do Fundamento relatado em demandas judiciais

MOTIVO DA DECISÃO		2008	2009	TOTAL	%
URGÊNCIA		23	79	102	33,88
INDEFERIMENTO		70	68	138	45,85
FALHA TERAPEUTICA	PADRÃO	6	18	24	7,97
	NÃO PADRÃO	5	4	9	2,99
NE (NÃO ESPECIFICADO)		8	20	28	9,3

Constata-se que a primeira causa do surgimento das demandas está no indeferimento originário da esfera pública de saúde, representando cerca de 45% dos fundamentos. Ressalta-se que apenas em 7% dos casos houve o relato de tentativa de utilização dos medicamentos padronizados seja na esfera municipal ou estadual de saúde com a falha dos mesmos. Tal fato demonstra que a classe prescritora não está observando o preconizado pelos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, não levando em consideração a padronização de medicamentos feita por meio da RENAME, REMUME e REMUME.

Salienta-se que, conforme já relatado anteriormente, boa parte dos medicamentos prescritos não eram padronizados por nenhuma das relações de medicamentos. Ratifica-se, neste momento, a influência da indústria farmacêutica a qual não possui interesse em padronização, fato esse comprovado por meio das inúmeras especialidades farmacêuticas no mercado brasileiro que não trouxeram avanço terapêutico algum, nem se mostraram superiores aos medicamentos já existentes no mercado.

Entende-se que existe a real necessidade de uma educação continuada junto à classe prescritora para que os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas sejam observados e, com isso, haja a redução do tempo de espera para o início do tratamento pelo paciente e a diminuição de demandas judiciais desnecessárias.



Vale lembrar que o prescritor pode encaminhar à Comissão Estadual de Farmacologia e Terapêutica (CEFT) solicitação de avaliação para inclusão de medicamentos já que compete a esta comissão

VII. Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de medicamentos na Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais – REMEME;

VIII. Rever e atualizar elenco de medicamentos selecionados;

IX. Relacionar, objetivamente, dados farmacológicos e clínicos relativos a novos medicamentos ou agentes terapêuticos propostos para o uso;

X. Divulgar informações sobre os estudos e justificativas relativos a novos medicamentos incluídos e/ou excluídos da seleção; (REMEME, 2007. p. 256).

Ratifica-se, também, que o indeferimento de uma solicitação medicamentosa ocorre quando os documentos apresentados no processo do paciente estão em desacordo com os critérios de inclusão, para início de tratamento, constantes nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e nas Portarias Estaduais de Saúde. Ambos estão disponíveis por meio dos sites do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde respectivamente.

Como segunda causa, representando cerca de 33% das demandas, está o caso das situações de urgência/emergência. Constatou-se que esse fundamento esteve mais presente quando o pleiteante era da faixa etária acima de 65 anos. Ressalta-se a existência do estatuto do idoso que garante prioridade na tramitação processual seja administrativamente ou por via judicial.

Verificou-se, também, que essas demandas se referiram a utilização de medicamentos para o tratamento de câncer, denominados de antineoplásicos como o Rituximabe e a Temozolamida, ou ainda de fórmulas nutricionais imunomoduladoras, como por exemplo, a dieta nutricional completa e imunomoduladora Impact®. Vê-se que, realmente, se restringiram à situações que demandavam resoluções/ intervenções rápidas justamente por se tratarem de situações delicadas nas quais havia o risco de morte.

Não se pode esquecer que existem os Centros de Alta Complexidade em Oncologia os quais também possuem uma lista de medicamentos padronizados. Especificamente na macroregião sul o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) está localizado no Hospital Evangélico (HECI). Uma localização privilegiada que contribui diretamente para que haja auxílio à pacientes internados ou que apresentam quadro patológico com iminente internação.

Ratifica-se a necessidade de se considerar a lista de medicamentos padronizados para agilidade no início do tratamento farmacológico. A prescrição de um medicamento não padronizado inclui a etapa de processo de compra, somada à etapa de disponibilidade de entrega por parte do fornecedor. Tal fato não ocorre quando se refere à medicação padronizada a qual, normalmente, já possui um estoque mínimo e máximo determinado de acordo com a demanda do medicamento.

Através da análise dos processos dos anos de 2008 e 2009, constatou-se que cerca de 68% das demandas originaram a abertura de processo na farmácia estadual, ou seja, apenas 31% das demandas correspondiam a processos cuja abertura era de origem administrativa. A tabela 4 demonstra o aumento exorbitante de demandas quando se realiza o comparativo entre os anos. Isso também demonstra que o cidadão está criando o hábito de pleitear o medicamento no âmbito do judiciário em um primeiro momento, ou seja, antes mesmo de se iniciar o pleito medicamentoso pela via administrativa já se busca a via judicial, revelando que o acesso a medicamentos está ocorrendo não por meio tradicional, mas sim pelo litígio.

**Tabela 4.** Quantitativo de demandas por município

	2008	2009	TOTAL	%
PROCESSOS ANTERIORES A DECISÃO	48	46	94	31,23
PROCESSOS A PARTIR DE DECISÃO	64	143	207	68,77

Em relação ao tempo de cumprimento das demandas verificou-se que o prazo médio, considerando-se a emissão da decisão e a dispensação medicamentosa foi de dezesseis dias em 2008 e de dezessete dias 2009, conforme demonstrado em na tabela 5.

**Tabela 5.** Prazo Médio de cumprimento da demanda

	2008	2009
PRAZO MÉDIO DE CUMPRIMENTO DA DEMANDA JUDICIAL (DIAS)	16,05	17,07

Salienta-se que o prazo para a dispensação do medicamento, considerando-se o início do trâmite administrativo e o seu final que é caracterizado pela dispensação do medicamento, ocorre em um prazo de cinco dias úteis. O maior prazo solicitado para análise é o de trinta dias úteis para a avaliação de solicitações medicamento-

sas que demandam serviços periciais prévios à liberação como, por exemplo, Atorvastatina e Latanoprostina.

Considerando-se os fatos acima mencionados percebe-se que o tempo para o início do tratamento é menor quando o medicamento é solicitado pela via administrativa. Esse dado também revela que a máquina pública possui, devido ao envolvimento de diversos atores em seus respectivos departamentos, dificuldade em cumprir certos prazos estabelecidos como, por exemplo, prazo de vinte e quatro horas, ou ainda de quarenta e oito horas para o fornecimento de uma determinada medicação.

[...] ressaltam-se as dificuldades que estas demandas judiciais criam para a gestão do SUS. O direito do cidadão de exigir a garantia de acesso a medicamentos via sistema judiciário é fundamental para evitar a negligência do Estado. Entretanto, partir do pressuposto de que qualquer reivindicação de medicamento deve ser atendida, pois, está-se garantindo o direito à saúde, em um mercado farmacêutico com mais de 15 mil especialidades farmacêuticas, revela desconhecimento sobre as políticas públicas de saúde e seu componente farmacêutico. (VIEIRA, 2007. p. 221)

Tal fato revela a desconsideração de fatores como indisponibilidade no mercado, prazo de entrega estabelecido pelo fabricante, entre outros fatores que envolvem a aquisição medicamentosa.

## CONCLUSÃO

Vê-se que a não observância dos protocolos e portarias originam problemas os quais, em boa parte dos casos, podem ser solucionados sem a apelação para o poder judiciário. A observância dos protocolos e portarias estabelecidos e a boa interação entre o prescritor e o paciente são fatores que permitirão a redução de intercorrências como indeferimentos; demora no início do tratamento farmacológico, devido à espera pelos trâmites legais somado aos trâmites administrativos para a aquisição do medicamento não padronizado, acarretando em uma espera de até dezesseis dias ou mais; de falha terapêutica farmacológica como constatado em cerca de 11% dos casos analisados; do alto índice de processos a serem julgados no âmbito judiciário devido à busca pela resolução primeiramente, pela via judicial ao invés da tradicional como conforme demonstrado na tabela 4 na qual 68% dos processos tiveram sua origem na demanda judicial.

O alto índice de prescrição de fármacos não padronizados pode ser visto como um sinal de alerta quanto

à necessidade de revisão das padronizações por meio do diálogo entre a parte reguladora (estado) e a prescritora, devendo ser este processo de inclusão/exclusão de fármacos algo dinâmico e resolutivo. Entende-se que o encaminhamento, por escrito, de reclamações, de sugestões, de reivindicações junto aos gestores e aos representantes eleitos é uma das melhores formas de fiscalização e de mudança.

A impetração de demandas judiciais por si só não garante a melhoria dos serviços de saúde. Reconhece-se o papel fundamental do poder judiciário para a garantia de direitos e a contribuição do mesmo no contexto da busca pela melhoria do quadro social ao longo dos anos, mas entende-se que a busca excessiva ou desnecessária a este poder implica em desgaste do mesmo e distanciamento do objetivo inicial que é o de garantir a todo cidadão os direitos relacionados a ele.

Observa-se a necessidade de o poder judiciário analisar sua conduta, com o intuito de reduzir e até mesmo a eliminar situações como a exigência da entrega de produtos não relacionados de forma direta à saúde como, por exemplo, solução de limpeza de lentes de contato. Sugere-se, também, a observância das competências quanto ao fornecimento medicamentoso, ou seja, se o medicamento solicitado é destinado ao tratamento de patologias de característica da atenção básica à saúde como, por exemplo, a hipertensão arterial, deve-se exigir do município o fornecimento medicamentoso. Da mesma forma, caso a patologia seja de média/alta complexidade, que se exija do estado o fornecimento medicamentoso. Entende-se ser este um caminho o qual direcionaria os gestores públicos à prática, mais incisiva, do uso racional dos recursos públicos em cada nível de gestão.

Não se pode esquecer que o índice de aproximadamente 33% de urgência relatada nas demandas judiciais analisadas e a constatação de que se levou, para o cumprimento das mesmas, um prazo médio de dezessete dias; traz à tona a necessidade de discussão para melhorias no fluxo de atendimento ao usuário, ou seja, da viabilidade e fluidez desse fluxo, respeitando-se, inclusive, as particularidades como o estatuto do idoso que garante prioridade no atendimento.

Conclui-se que a observância desses fatos, certamente, contribuirá para a redução de demandas, deixando a intervenção judicial para os casos em que, realmente, não se alcançou o consenso entre as partes, ou ainda, quando se caracteriza quadro de não conformidade com o disposto em legislação vigente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRANDÃO, Carlos Gomes. **Processo e Tutela específica do Direito à Saúde**. Cuiabá. 2006. Disponível em: <<http://bdjur.stj.gov.br>>. Acesso em 18 jan. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-RENAME**. Brasília. 2008.
- BRASIL. **Lei no 9.787, de 10 de Fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://anvisa.gov.br/legis/leis/9787\\_99.htm](http://anvisa.gov.br/legis/leis/9787_99.htm)>. Acesso em: 21 jan.2010.
- BRASIL. **Portaria n° 2577, de 27 de outubro de 2006**. Aprova o componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Brasília. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br>>. Acesso em: 22 jan. 2010.
- BRASIL. **Portaria n° 3916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília. 1998. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br>>. Acesso em: 15 mai. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iorio Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p.33.
- ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica. **Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Medicamentos Excepcionais – REMEME**. Vitória. 2007.
- ESPÍRITO SANTO (Estado). **Portaria N° 072R, de 10 de julho de 2008**. Institui o Protocolo Clínico para o manejo das Dislipidemias e uso das Estatinas. Vitória, 2008. Disponível em: <[http://200.165.59.196/farmaciaciada/\\_midias/pdf/99.pdf](http://200.165.59.196/farmaciaciada/_midias/pdf/99.pdf)>. Acesso em 20 jul. 2010.
- ESPÍRITO SANTO (Estado). **Portaria N° 004R, de 26 de janeiro de 2010**. Institui o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a dispensação do análogo de Insulina de longa ação (Glargina). Vitória, 2010. Disponível em: <[http://200.165.59.196/farmaciaciada/\\_midias/pdf/318-4b6c3b12aabe4.pdf](http://200.165.59.196/farmaciaciada/_midias/pdf/318-4b6c3b12aabe4.pdf)>. Acesso em 20 jul.2010.
- ESPÍRITO SANTO (Estado). Decreto 1956-R, de 31 de outubro de 2007. Aprova a política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências. In: Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica. **Diagnóstico da Assistência Farmacêutica no setor público e a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo**. 2007.
- FARIAS, Maria Eliane Menezes. As ideologias e o direito: enfim, o que pede direito? In: SOUZA JÚNIOR, José Geraldo et al. **O direito achado na rua**. 3ed. Brasília: Editora universidade de Brasília, 1990. p.10
- GANDINI, João Agnaldo et al. **A Judicialização Do Direito À Saúde: A Obtenção De Atendimento Médico, Medicamentos e Insumos Terapêuticos Por Via Judicial: Critérios e Experiências**. Disponível em: <<http://bdjur.stj.gov.br>>. Acesso em 15 jan. 2010.
- GAUDERER, Ernest Christian. **Os direitos do paciente: guia de cidadania em saúde**. Rio de Janeiro: DP&A editora, 1998.
- Jornal A Tribuna, Vitória-ES, ano LXXI, p.4.09/04/2010.
- Kummel, Marcelo Barroso e Moraes, José Luiz Bolzan. Do individual ao Coletivo. In: VENTURA, Deisy de Freitas lima. **América Latina: cidadania, desenvolvimento e Estado**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1996. p. 285-287.
- MACHADO, Silvío. **Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo: Realidade atual, desafios e perspectivas da agenda prioritária apud Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica**. Curso de Capacitação de Farmacêuticos para atuar em Farmácias de Dispensação de Medicamentos Excepcionais. 2007.
- MERHY, Emerson Elias. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. 2007. p. 89-124.
- REZEK, J.F. **Direito internacional público: curso elementar / J.F. Rezek; prefácio de José Sette Câmara**. 10 ed.rev. e atual. Seção III (Direito Superveniente à proscição da Guerra). São Paulo: Saraiva. 2005. p.139.
- SOUZA NETO, Cláudio Pereira et al. **Teoria da Constituição: Estudos sobre o lugar da Política no Direito Constitucional**. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris. 2003. p. 01-11.
- VIANA, Tião. **Pronunciamento do Senador da República Tião Viana – PT/AC, ao Fórum de Medicamentos, Políticas Públicas e Judicialização da Saúde**. Brasília. 2009. Disponível em: <<http://www.integrabrazil.com.br/forum07maio/Senador%20Ti%3o%20Viana.doc>>, Acesso em 15 jan.2010.
- VIANA, Susana e FONTINELE, Andréia. Análise da Qualidade das Prescrições Médicas de Hospital Público em São Luís-MA atendidas numa Farmácia Comunitária. **Pharmácia Brasileira**, Brasília, ano 2010, n.74, ano xII, jan/fev. p. 60. 2010.
- VIEIRA, Fabíola Sulpino. Distorções causadas pela ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Brasília. 2007. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-89102007000200007&lng=en&nrm=iso&tng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102007000200007&lng=en&nrm=iso&tng=en)>. Aceso em 25 mar. 2010.
- VIEIRA, Fabíola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Revista de Saúde Pública**, Brasília. 2008. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-8910200800020025&lng=en&nrm=iso&tng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-8910200800020025&lng=en&nrm=iso&tng=en)>. Acesso em 25 mar. 2010.
- VILHENA, Andréa. Saúde é Tema de Audiência Pública no Supremo Tribunal Federal. **Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**, Brasília, ano 2009, n.01, v.06, 01 jun. 2009. Informe Edição Espacial, p.01. 2009.