

CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO  
CURSO DE BACHERELADO EM SERVIÇO SOCIAL

WILDJANE FELIX GOMES

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO  
CONTEXTO DE HEGEMONIA DO MODELO BIOMÉDICO:** mercantilização e  
judicialização de medicamentos

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2018

WILDJANE FELIX GOMES

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO  
CONTEXTO DE HEGEMONIA DO MODELO BIOMÉDICO:** mercantilização e  
judicialização de medicamentos

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Centro  
Universitário Leão Sampaio, como requisito para a obtenção do título  
de Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof. Me. Maria Clara de Figueiredo.

JUAZEIRO DO NORTE – CE  
2018

WILDJANE FELIX GOMES

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO  
CONTEXTO DE HEGEMONIA DO MODELO BIOMÉDICO:** mercantilização e  
judicialização de medicamentos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação de Serviço Social da UNILEÃO- Centro Universitário Doutor Leão Sampaio como requisito para a obtenção de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Me. Maria Clara Oliveira Figueiredo

Data de aprovação \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof. Me. Maria Clara Oliveira Figueiredo

---

1º Examinador

---

2º Examinador

*Dedico ao meu amor Walber Simplício que nos momentos de desespero me deu força e ânimo para continuar buscando a realização desse sonho.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao senhor, Deus dos céus e da terra que ao clama-lo veio ao meu encontro nos instantes em que escrevia esse trabalho e nada surgia na minha mente, agradeço também a todos os meus familiares em especial ao meu pai e minha mãe que me ensinaram desde cedo que esse mundo pode ser bem cruel, porém existe pequenos momentos de extrema felicidade e vitória ao qual vale a pena viver lutando, aos professores em especial a minha orientadora Maria Clara que compartilhou um pouco do seu imenso conhecimento comigo, a professora Rubia que com sua presença iluminada tornou nossas manhãs de quarta-feira e quinta-feira do 8º semestre mais alegres, a professora Jácsa por sua paciência e dedicação como supervisora de estagio I e II, a coordenadora Marcia Figueiredo por sempre estar dispostas a nos ajudar quando precisamos e aos professores Cicero Reginaldo e Maria Dalva por se predispor a participar de minha banca. Agradeço também a instituição Unileão que proporcionou os meios para que eu chegasse a esse fim, aos meus colegas de sala que me ajudaram nas duvidas em especial a Amanda Fatima, Fernanda Helen e Natalia Alves pelos risadas, brincadeiras, brigas e pela parceria nos trabalhos que certamente as fizeram torna parceiras de vida e todos os outros que contribuíram de forma indireta ou direta para a concretização desse trabalho e de minha formação.

"O médico do futuro não prescreverá  
medicamentos, manterá seus pacientes  
interessados nos cuidados com o corpo, na boa  
alimentação e na causa e prevenção das  
doenças"

Thomas Edison

## LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
<b>AIDS</b>	Acquired Immunodeficiency Syndrome
<b>AP</b>	Atenção Primária
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CBAF</b>	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
<b>CEAF</b>	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CEME</b>	Central de Medicamentos
<b>CESAF</b>	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CIMS</b>	Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde
<b>CIPLAN</b>	Comissão Interministerial de Planejamento
<b>CIS</b>	Comissão Interinstitucional de Saúde
<b>CLIS</b>	Comissões Interinstitucionais Locais de Saúde
<b>CMDE</b>	Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional
<b>CNJ</b>	Conselho Nacional de Justiça
<b>CNRS</b>	Nacional da Reforma Sanitária
<b>CNRS</b>	Conselhos Estaduais de Saúde
<b>CNS</b>	Conferência Nacional da Saúde
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
<b>CONASP</b>	Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>CRIS</b>	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>FHC</b>	Fernando Henrique Cardoso
<b>FMI</b>	Fundo Monetário Internacional
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>MOPS</b>	Movimento Popular de Saúde

<b>MRS</b>	Movimento de Reforma Sanitária
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PCDT</b>	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
<b>PNAF</b>	Assistência Farmacêutica
<b>PNM</b>	Política Nacional de Medicamentos
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>PT</b>	Partido dos Trabalhadores
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>REME</b>	Movimento de Renovação Médica
<b>RENAME</b>	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SBPC</b>	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
<b>SESAC</b>	Semana de Estudos de Saúde Comunitária
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UTI</b>	Unidade de Tratamento Intensivo



## LISTA DE TABELAS

TABELA 01	FASES DE CONSTRUÇÃO DO TRABALHO .....	45
TABELA 02	TIPIFICAÇÃO DO MATERIAL - CAPÍTULO I .....	45
TABELA 03	TIPIFICAÇÃO DO MATERIAL - CAPÍTULO II .....	48
TABELA 04	TIPIFICAÇÃO DO MATERIAL - CAPÍTULO III .....	53
TABELA 05	CATEGORIAS DESCRITAS - CAPÍTULO I E II.....	54

## RESUMO

Compreendendo que à gratuidade do tratamento medicamentoso é um direito de todos e dever do Estado mesmo quando constituírem-se de alto valor, o presente trabalho tem como objetivo discutir o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no contexto de hegemonia do modelo biomédico e os impactos da judicialização e mercantilização de medicamentos para a efetivação do direito ao CEAF. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de natureza exploratório e explicativa de caráter qualitativo desenvolvido por uma série de etapas, sendo formulada de acordo a natureza do problema. Identificamos que os problemas relacionados a não efetivação do CEAF são ocasionados, em sua grande maioria, pela hegemonia do modelo biomédico devido ao seu foco em ações curativas, com tudo conclui-se que a transferência de foco para ações de prevenção e proteção da saúde seria uma forma de combater a constante negação ao tratamento medicamentoso de alto custo.

**Palavras Chaves:** modelo biomédico; medicamentos; neoliberalismo; judicialização.

## **ABSTRACT**

Understanding that free drug treatment is a right for all and the duty of the State even when it is of high value, the present work aims to discuss the Specialized Components of Pharmaceutical Assistance in the context of hegemony of the biomedical model and the impacts of the judicialization and commodification of medicines for the realization of the right to CEAF. For this, a bibliographic research of an exploratory and explanatory nature of a qualitative nature was carried out, developed by a series of stages, formulated according to the nature of the problem. It identified that the problems related to CEAF's non-effectiveness are caused, for the most part, by the hegemony of the biomedical model due to its focus on curative actions, with everything concluding that the transfer of focus to preventive and health protection actions would be a way of countering the constant denial of expensive drug treatment.

**Key Words:** biomedical model; medicines; neoliberalism; judicialization.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPITULO I – MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE HEGEMÔNICO NO BRASIL E A PROPOSTA A SUA SUPERAÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO MODELO BIOMÉDICO .....	15
1.2. REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA COMO PROPOSTA DE SUPERAÇÃO DO MODELO BIOMÉDICO .....	18
<b>CAPITULO II – DIFICULDADES PARA A CONCRETIZAÇÃO DO SUS NO CONTEXTO NEOLIBERAL E OS EMPECILHOS DA CONFIGURAÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....</b>	<b>23</b>
2.1. REBATIMENTO DO NEOLIBERALISMO NO SUS .....	23
2.1.1. Primícias do neoliberalismo.....	23
2.1.2. SUS nos anos 2000 .....	27
2.2. IMPLICAÇÕES DO MODELO HEGEMÔNICO AO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	31
2.2.1. Assistência Farmacêutica.....	32
2.2.2. A judicialização do CEAF como consequências da hegemonia do modelo biomédico .....	35
<b>CAPÍTULO III – RESULTADO E DISCUSSÕES ACERCA DA NEGAÇÃO DO DIREITO AOS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. ....</b>	<b>40</b>
3.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	40
3.1.1. Fases da construção do trabalho .....	41
3.1.2. Tipificação do material .....	42
3.2. RESULTADOS E DISCURSÕES .....	49
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>55</b>

## INTRODUÇÃO

O Brasil tem como hegemônico o modelo biomédico que se configura como um modelo de atenção à saúde que preza pela sabedoria médica sobre as demais, preza pelo uso exacerbado da tecnologia respondendo aos interesses comerciais e tem como ênfase a doença do indivíduo e os aspectos curativos. A configuração desse modelo se adequa perfeitamente as pressões das políticas neoliberais que juntos contribuem para os desafios da concretização do direito os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Tendo isso como pressuposto o presente trabalho tem o intuito de discorrer o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no contexto de hegemonia do modelo biomédico e os impactos da judicialização e mercantilização de medicamentos para a efetivação do direito ao CEAF.

Compreendendo que toda a população brasileira tem direito à gratuidade de tratamentos de saúde e medicamentos mesmo sendo considerados de alto valor, a discussão proposta foi impulsionada pela a necessidade de conhecer os motivos pelos quais, muitos dos usuários, que necessitam de tratamentos e medicamentos que fazem parte do programa de componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF), tem encontrado dificuldades para que esse direito seja efetivado, tendo esse questionamento surgido a partir da vivencia no estágio supervisionado I e II.

O texto foi elaborado com base em pesquisas bibliográfica por melhor responder o presente questionamento, tendo em vista que um outro tipo de pesquisa não responderia a totalidade das questões ou as fariam de forma rasa, sendo essa de caráter exploratório e explicativo por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites etc. realizando primeiro a escolha dos autores em seguida a leitura de reconhecimento do material bibliográfico, leitura seletiva e por fim a integração das informações. A abordagem foi de cunho qualitativo e usou-se do método dialético por fornecer as bases para a interpretação da totalidade da realidade.

O primeiro capítulo traz uma abordagem histórica dos modelos de atenção à saúde no Brasil sendo divididos em dois tópicos: o primeiro traz a historicidade e configurações do modelo biomédico com contribuições de Capra e Paim, o segundo tópico retrata como se deu o Movimento de Reforma Sanitária como resposta a hegemonia do modelo biomédico com contribuições Faleiros e Carvalho.

O segundo capítulo se divide em dois tópicos centrais, onde o primeiro explana os impactos das políticas neoliberais, implantadas na década de 1990 no Brasil, para o Sistema Único de Saúde e os arranjos que esse sistema abordou nos anos 2000 para sobreviver, tendo como base os estudos de Behring, Boschetti e Mendes. O segundo tópico do capítulo II aborda a configuração da assistência farmacêutica e as implicações do modelo biomédico ao Componente Especializados da Assistência Farmacêutica com base em argumentos de Boing, Santos e Soares.

O terceiro capítulo traz todo o percurso metodológico com as fases de construção do trabalho e tipificação do material e por último os resultados alcançados com contribuição de Minayo, Miotto e Gil.

## **CAPITULO I – MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE HEGEMÔNICO NO BRASIL E A PROPOSTA A SUA SUPERAÇÃO**

O Movimento de Reforma Sanitária propunha um sistema público de saúde com garantia de atenção à saúde continuada que superasse o modelo hegemônico, porém, devido a ofensiva neoliberal houve a concretização de um modelo de saúde que tinha como principal característica a mercantilização da doença. O primeiro capítulo tem por objetivo contextualizar o modelo de atenção à saúde hegemônico e a proposta para a sua superação.

### **1.1. Caracterização do Modelo Biomédico**

Analisando o contexto histórico da saúde no Brasil podemos destacar dois modelos de atenção à saúde como sendo hegemônicos: o modelo biomédico e o modelo da reforma sanitária. O modelo biomédico tem seu início no século XVIII sendo fundamentado pelo pensamento Cartesiano de divisão do corpo e mente, fazendo com que a medicina aderisse a uma lógica de corpo humano como máquina que precisava ser analisado separadamente como peças, tendo a doença como mau funcionamento dos mecanismos biológicos e o médico como provedor do bom funcionamento dessa máquina (CAPRA, 1982).

Esse modelo concebia saúde pela falta de doença e desconsiderava totalmente os fatores sociais, econômicos, físicos e psicológicos no diagnóstico de uma enfermidade, transferindo o foco de saúde para doença e dividindo o ser humano em partes, o que mais tarde, no século XX, contribuiu para a crescente especialização médica, contribuindo para a desumanização do trato médico paciente.

O modelo biomédico foi se estabelecendo e criando raízes principalmente devido as descobertas biológicas e o avanço da medicina moderna, valorizado cada vez mais a medicina hospitalar (com uma vasta gama de aparelhagem tecnológica e consequentemente cara para o paciente) em detrimento da medicina clínica, e o médico como único responsável pela saúde. (CAPRA, 1982).

Essa forma de se vê e tratar saúde foi sendo desenvolvida no mundo, tendo como principais características de acordo com Menéndez (1992), citado por Geovanella (2008), 1) biologismo com uma concepção reducionista de doença não levando em conta os fatores externos e analisando o corpo humano por partes; 2) estímulo ao consumismo médico; 3) saúde

e doença como meios de arrecadação de lucros; 4) individualismo; 5) prática médica ahistórica; 6) medicalização como única forma de tratar a doença, não levando em conta que uma enfermidade pode ser ocasionada por trivialidades do dia-a-dia em que repouso e descanso seriam o suficiente para a cura; 7) participação passiva e subordinada dos consumidores e 8) privilégio da medicina curativa.

O modelo biomédico encontra suas bases de sustentação e hegemonia com os interesses do sistema capitalista, sendo esse um modelo que preza exacerbadamente pela mercantilização da saúde, e a obtenção de lucratividade com a doença, indo de encontro com a noção de saúde como direito social:

Portanto, capturada pela lógica capitalista, essa ideia de saúde (restrita) demonstra-se adequada, já que limitá-la a buscar por lucratividade e sobrepujar o campo social – e as determinações do mesmo no processo saúde-doença – e domar o Estado que encontrará uma forma de defender os interesses do capital e manobrar a favor do mesmo as ações de saúde o que, já supomos, não será favorável aos interesses da classe trabalhadora e não se afirmará aí uma noção ampliada de saúde. (FIGUEIREDO, 2014, p.20).

As características próprias do modelo biomédico (principalmente a busca pela lucratividade com a doença/saúde) o levaram a ter um grande desenvolvimento no Brasil principalmente na década de 60 com a expansão da previdência social através do **modelo médico assistencial privatista** que fortaleceu-se com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, ao qual passava a disponibilizar atendimentos médicos ao trabalhador formal mediante sua contribuição. Esse modelo se configura basicamente por atendimento a demanda espontânea, tem como objetivo a doença e o doente, preza pela especialização médica e tecnologias no trato as patologias, tem como formas de organização as redes de serviços com destaque para hospitais (PAIM, 2012), o que contribui para o crescente número de criação de leitos hospitalares privados, passando de 74.543 em 1965 para 348.255 em 1984, tendo um acréscimo em 24 anos de 465% dos leitos privados, levando o modelo médico assistencial privatista a ser denominado também de modelo hospitalocêntrico. (QUINELLATO, 2009).como também atesta Conh (2008):

(...)um modelo de atenção à saúde comandado pela lógica da assistência médica, vale dizer, um modelo que vem sendo denominado hospitalocêntrico, com um complexo industrial médico hospitalar altamente sofisticado e lucrativo. (COHN, 2008, p.240).

Acompanhado dessa sofisticação no tratamento das patologias com alta tecnologia e profissionais da saúde especializados, esse modelo de atenção à saúde vem requerer do paciente um alto dispêndio, não só no que diz respeito a internação hospitalar, mas também o tratamento com medicamentos com alto valor no mercado, impulsionado pela “lei de proteção de patentes



para novas descobertas, que foram estabelecidos pela grande indústria farmacêutica para manter o domínio sobre o mercado e o controle do saber tecnológico”( SANTOS, 2011, p. 48).

É necessário destacar que as representações do modelo biomédico não ficam reclusas ao atendimento médico privado, ele também se estende a saúde pública gerando um financiamento público altíssimo em equipamentos e profissionais, quando muita das vezes não obtém um resultado satisfatório e acaba por contribuir para um descontentamento generalizado como afirma Capra (1982).

Muitas razões são apontadas para o descontentamento generalizado com as instituições médicas — inacessibilidade de serviços, ausência de simpatia e solicitude, imperícia ou negligência —, mas o tema central de todas as críticas é a impressionante desproporção entre o custo e a eficácia da medicina moderna. Apesar do considerável aumento nos gastos com saúde nas últimas três décadas, e em meio aos pronunciamentos dos médicos acerca do valor da ciência e da tecnologia, a saúde da população não parece ter apresentado uma melhora significativa. (CAPRA, 1982, p. 114).

O financiamento inadequado acaba contribuindo para o não atendimento do princípio de universalidade do SUS, obrigando a sociedade a recorrer a saúde privada o que contribui para o crescimento do **modelo de atenção gerenciada**, um outro braço do modelo biomédico. “A atenção gerenciada é definida usualmente como a organização de serviços de atenção à saúde sobre o controle administrativo de grandes organismos privados financiados através de pagamentos por capitação”. (IRIART, 1999, p.34). Além de permanecer com todas as características do modelo hegemônico, o modelo de atenção gerenciada tem como característica predominante o consumo da medicina, medicina curativa, e controle máximo do trabalho médico e tem seus fundamentos na medicina baseada em evidências<sup>1</sup>. (PAIM, 2012). Esse modelo se expandiu com a criação dos planos e seguros de saúde, sendo uma clara resposta da ofensiva neoliberal na América Latina as propostas de saúde como direito social. Diferentemente do modelo médica assistencial privatista esse modelo de atenção à saúde preza pela atenção primária como meio de controlar os custos com o paciente e obter maior lucratividade. Os clínicos gerais sevem como “porteiros” e devem “barrar” o máximo possível de encaminhamentos para médicos especialistas. (IRIART, 1999).

Devido a insuficiência, descoordenação, má distribuição, ineficiência e ineficácia (BRASIL,1975) o modelo hegemônico encontrava muitas contestações e a sociedade brasileira

---

<sup>1</sup> Trata-se de um enfoque na fundamentado na epidemiologia, clínica, informática e bioestatística, proporcionando a sistematização e a síntese de informações conhecimentos científicos para orientar a decisão clínica. Tem, entre outros propósitos, a racionalização dos custos e a redução dos erros médicos. Apoia-se em diretrizes (guidelines), conferências de consenso, metaanálises, protocolos, guias etc. (PAIM, 1998, p.598)

clamava pela saúde como direito social, tendo em vista que o modelo era precário (custos altíssimos), e a classe trabalhadora não tinha acesso amplo a saúde, ficando restrita apenas aos trabalhadores formais. Diante dessa incapacidade do modelo de atenção à saúde hegemônico no Brasil, deu início, na década de 1970, ao Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que além desse cenário de contestação ao modelo biomédico encontrou suas bases na popularidade das abordagens tidas como integrais e nas experiências de medicina simplificada desenvolvidas nos países de capitalismo tardio (CUETO, 2004).

Desse processo nasce o modelo da reforma sanitária como resultado de uma intensa luta que envolveu vários atores sociais, tanto profissionais da área da saúde como da sociedade civil, que buscavam por um modelo de atenção à saúde que atendesse a todos os brasileiros.

## **1.2. Reforma Sanitária Brasileira como proposta de superação do modelo biomédico**

O mundo vivenciava, na década de 1970, uma intensa crítica ao modelo hegemônico devido os diagnósticos realizados em escala continental, que apontava para má qualidade de saúde prestada, combinando a baixa cobertura com a elevação de doenças que tinha como principal fator a pobreza. Para que esse quadro fosse modificado era necessária uma reformulação na prestação de saúde que visasse não só a cura, mas também a prevenção e uma maior cobertura dos serviços. (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

O Brasil, nessa mesma década, passava por um declínio de sua economia (que havia tido um aumento no final da década de 1960 com a entrada do capital estrangeiro e cortes em políticas sociais) em detrimento da crise do aumento do preço do petróleo em 1974, o que contribuiu para diversas contestações e críticas ao governo ditatorial. (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

Essas profundas transformações na forma de como conceber saúde e o cenário de mudanças políticas e sociais no Brasil na década de 1970 contribuíram de forma decisiva para o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira “cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais) (CARVALHO, 1995:48), tendo a contribuição de diversos grupos que passaram a operar a política de saúde “no sentido de aprofundar a crítica ao modelo hegemônico de assistência

médica previdenciária, procurando superar o caráter dos programas de extensão da cobertura e desenvolvendo-os como alternativas ao modelo dominante”. (CARVALHO, 1995, p. 36).

O MRS teve o início de suas discussões na segunda metade da década de 1970, como grandes contribuidores o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), sendo um dos principais veículos de disseminação do ideário do MRS, e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que organizava a pós-graduação em saúde social e pública. (PAIM, 2008). Essas duas instituições defenderam participação social, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida e um sistema unificado e universal, visando uma reforma que ia além dos aspectos saúde/doença, buscando alcançar uma mudança totalitária que incluía, também, democratização do Estado, dos seus aparelhos e instâncias decisórias (LIMA, 2006; SOPHIA, 2012).

Além dessas instituições diferentes movimentos sociais tiveram grande participação no MRS podendo ser citado os movimentos dos seguimentos populares, estudantis, profissionais e intelectuais. As mobilizações populares, que se concentravam principalmente na cidade de São Paulo, configuravam-se em diversas organizações tais como; os conselhos comunitários, as mobilizações contra a carestia, os clubes de mães, sendo fortemente influenciados por “grupos apoiados pela Igreja católica e pela militância de esquerda em bairros pobres de periferias das grandes cidades” (PAIVA, TEIXEIRA, 2014, p.23) esses movimentos se expandiram para outras localidades sendo denominando Movimento Popular de Saúde (MOPS).

O movimento estudantil, que iniciou-se com a Semana de Estudos de Saúde Comunitária (SESAC), foi de fundamental importância para o MRS, sendo através dele formado as “consciências que mais tarde serão decisivas na constituição de movimentos que vão orientar o pensamento mais progressista de saúde no Brasil” (MACHADO, 1987, p. 301), sendo que “em 1974, alguns estudantes de medicina da UFMG fundaram, através do diretório acadêmico Alfredo Balena, um ‘Centro de estudos de saúde’ e promoveram a partir daí várias discussões acerca da Medicina de Comunidade. (SANTOS, 1995, p. 38).

O movimento dos médicos “surgiu a partir de críticas ao sistema de saúde vigente e lutas da categoria por direitos trabalhistas” (PAIVA, TEIXEIRA, 2014, p.23), e tinham como reivindicações as melhorias da condição de trabalho e reformulação da saúde, que “expandindo-se posteriormente para o conhecido Movimento de Renovação Médica (REME)” (PAIM, 2008, p.72). Já o segmento intelectual contribuiu com a participação de docentes em “departamentos

de medicina preventiva e social e escolas de saúde pública, além de pesquisadores vinculados à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), cujos debates anuais incidiam em críticas ao regime e ao governo” (PAIM, 2008, p.72).

A organização dos diversos atores sociais elencados, contribuiu para a realização, pela Câmara dos Deputados em 1979, do simpósio de política nacional de saúde, ao qual pode ser classificado como um grande marco do MRS, por aprovar o documento que estabelecia os princípios centrais que deveriam ser adotado pela Reforma Sanitária, como a universalidade do direito à saúde, intersetorialidade, descentralização, regionalização e hierarquização do sistema de saúde, o Estado como regulador da saúde no Brasil, participação da sociedade nas decisões, controle democrático e integração entre saúde previdenciária e saúde pública (PAIVA, 2014), Hesio de Albuquerque Cordeiro<sup>2</sup> vem afirma que foi a partir desse simpósio que começou a se pensar na ideia do SUS como um sistema público que seria estabelecido, independentemente da existência das instituições filantrópicas e privadas.

Outro acontecimento importante foi a criação do Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP em 1981, devido a mobilização e pressão dos agentes sociais e ao declínio da legitimidade perante a sociedade do governo ditatorial que passa a “recorre a algumas medidas no sentido de escuta de segmentos sociais” (FALEIROS et al, 2006, p.41). O CONASP era uma representação mista entre Estado e sociedade, devendo “atuar na organização e aperfeiçoamento da assistência médica e na sugestão/elaboração de critérios para a racionalização dos recursos previdenciários destinados à assistência” (FALEIROS et al, 2006, p.41), configurando-se como um marco para o MRS, pois por mais que se apresentasse como uma resposta reducionista dos problemas relacionados a saúde, ele se mostrou como a primeira forma de controle social, sendo modificado com base nos princípios democratizantes do movimento sanitário, “convertendo-se em um marco inaugural da institucionalização da participação” (FALEIROS et al, 2006, p.41), através da criação das comissões interinstitucionais de saúde<sup>3</sup> e as Ações Integradas de Saúde – AIS que transferia a responsabilidade financeira da União para os demais entes federativos, obedecendo o princípio

---

<sup>2</sup> Médico; Doutor em Medicina Preventiva (USP); Presidente da Abrasco (1984); Presidente do Inamps/MPAS (1985-1988); Reitor da Uerj (1992-1995); Presidente do Conselho Nacional de Educação (1996-1998); Secretário Estadual de Educação do Rio de Janeiro (1999); Diretor do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá (em entrevista concedida a Faleiros em 17/3/2005).

<sup>3</sup> A Comissão Interministerial de Planejamento – Ciplan, a Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS, a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde – Cris, e as Comissões Interinstitucionais Locais e/ou Municipais de Saúde – Clis ou Cims (Brasil, 1984).

de universalização e responsabilidade pública na garantia de saúde acordadas como princípios da RS no simpósio de 1979.

Com o fim da ditadura militar em 1985, e a eleição indireta de Tancredo Neves para a presidência do Brasil, tendo José Sarney como vice (vindo este assumir a presidência devido a morte de Tancredo Neves), a chamada “Nova República” é inaugurada e encontra um “movimento sanitário mobilizado e articulado, com um acúmulo histórico de alguns anos de lutas e um repertório de propostas convergentes para um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial” (FALEIROS et al, 2006, p.46) além de pessoas ligadas ao MRS inseridos nos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, o que tornou possível a realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional da Saúde se configurando, devido a sua grandiosidade, como um evento inédito:

A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais (CARVALHO, 1995, p. 53).

Também, ainda de acordo com Carvalho, a VIII CNS se configurou como inédito pelo conjunto de propostas que fora ancorado por um movimento social e político que se tornou direito efetivado, ao escrever-se, quase que totalmente, na Constituição Federal de 1988. A VIII CNS tinha como principais eixos: 1) a saúde como direito inerente à cidadania, que fazia uma reflexão sobre a construção social da cidadania e a proposta de saúde como direito de todos e dever do Estado; 2) reformulação do sistema nacional de saúde, que analisava os aspectos estruturais do sistema capitalista; e 3) financiamento do setor saúde, que tratou do custeio da saúde pelos entes federativos. (Paim, 2008). Como meio de viabilizar as propostas acordadas na Conferência foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS, composta de forma paritária de “natureza “consultiva”, com atribuições de formular sugestões para o reordenamento institucional e jurídico do sistema de saúde” (FALEIROS et al, 2006, p.48). A CNRS funcionou de 1986 a 1987 e nesse curto espaço de tempo elaborou a Proposta de conteúdo Saúde para a Constituição em que se afirmava o direito ao controle e a Proposta de conteúdo Saúde para a nova Lei do Sistema Nacional de Saúde<sup>4</sup>. (FALEIROS et al, 2006).

---

<sup>4</sup> Proposta de conteúdo Saúde para a nova Lei do Sistema Nacional de Saúde, se configura o formato institucional da participação, em sete pontos: (a) o princípio da gestão participativa; (b) a expectativa de que a participação resulte em efetivo poder de controle das ações e serviços da rede nacional; (c) o funcionamento do Conselho

As propostas da CNRS foram entregues na Assembleia Nacional Constituinte sendo acatadas na CF/88 apesar das pressões dos setores contrários e dos setores conservadores do congresso:

Havia um embate muito grande ressaltando que o relatório era estatizante, mas que suscitou um resultado muito interessante, embora o outro lado fosse mais poderoso, com acesso à imprensa e maior poder de penetração. [...] E na votação final foi importante que os setores conservadores acabaram apoiando a criação do SUS, com seus princípios, pela influência de alguns parlamentares que ajudaram muito: Roberto Freire, Carlos Sant'anna, Bonifácio de Andrada e outros. Houve uma boa articulação e nós conseguimos. [...] Nós cedemos algumas coisas, mas o importante é que no âmago da questão nós não cedemos nada: a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social. O controle social foi o mais difícil para se bancar. (FALEIROS et al, 2006, p. 88 In: Mosconi).

A provação do texto constitucional com a universalidade, equidade, descentralização e o controle social na saúde proporcionaram em 1990, a aprovação da Lei 8.080 e a Lei 8.142 inspirada na luta vitoriosa do MRS. (LOPES, 2018). Apesar de todo essa configuração, a institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS é perpassado por limitações e fragilidades, deixando de cumprir alguns princípios que foram propostos no MRS, como por exemplo o princípio de integralidade composto do corpo doutrinário da Medicina Preventiva<sup>5</sup>, que pensa a prevenção de uma doença ou a evolução da mesma com base em cinco níveis de prevenção: promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação divididos em prevenção primária, secundária e terciária (PAIM, 2001. p.01). Isso resulta da ofensiva neoliberal que buscou instituir no Brasil um modelo de atenção à saúde de meio termo, atendendo a interesses da classe trabalhadora e interesses do capital (dando ênfase principalmente aos interesses do capital), com isso, a sociedade brasileira via a materialização de um modelo de atenção à saúde fragmento não atendendo a totalidade da proposta de saúde do “Movimento Reforma Sanitária, cuja generosidade do seu projeto original abraçava o

---

Nacional de Saúde, vinculado a um novo Ministério da Saúde, com atribuições de formulação e controle da Política Nacional de Saúde, propondo-se conselhos estaduais e municipais com atribuições correspondentes; (d) a instalação de um conselho comunitário, em cada 50 unidade de prestação de serviços de saúde, com atribuição de controle e fiscalização; (e) o funcionamento de um conselho de administração em cada unidade de prestação de serviço de saúde, integrado por dirigentes e funcionários da unidade; (f) a subordinação dos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente, a um novo Ministério, às Secretarias Estaduais e Municipais, com administração colegiada e designada pelos conselhos de saúde correspondentes; e (g) a participação do governo federal nos conselhos estaduais e municipais de saúde e do governo estadual nos conselhos municipais, bem como a representação dos governos estaduais e municipais no Conselho Nacional de Saúde e dos governos municipais nos conselhos estaduais de saúde (CNRS, 1987).

<sup>5</sup> A Medicina Preventiva propagou-se no pós-guerra, centrado na concepção de integralidade da atenção. O chamado paradigma da história natural das doenças, dispondo de uma pré-patogênese e de uma patogênese (Leavell & Clark, 1976), possibilitava pensar a prevenção da ocorrência e a prevenção da evolução das doenças (Hilleboe & Larimore, 1965)”. (Paim, 2001).

propósito de superar a crise sanitária, deparou-se (..) com os obstáculos contrapostos pelas políticas econômicas neoliberais”. (PAIM, 2006 p. 26) contribuindo, mais uma vez, para a afirmação da hegemonia do modelo biomédico.

## **CAPITULO II – DIFICULDADES PARA A CONCRETIZAÇÃO DO SUS NO CONTEXTO NEOLIBERAL E OS EMPECILHOS DA CONFIGURAÇÃO DOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

O neoliberalismo trouxe diversos rebatimentos a concretização do SUS sendo necessário uma reafirmação da proposta do MRS que se concretizou em um novo SUS. O segundo capítulo tem como proposta discutir os rebatimentos do neoliberalismo para a saúde no Brasil e os empecilhos para a efetivação do direito ao componente especializado da assistência farmacêutica.

### **2.1. Rebatimento do Neoliberalismo no SUS**

#### **2.1.1. Primícias do neoliberalismo**

Na década de 1970 a humanidade vivenciou o “esgotamento da perspectiva de regulação Keynesiana das relações econômicas, políticas e sociais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.125), que surgiu como forma de dar respostas a primeira grande crise do capitalismo que se configurou com a depressão de 1930/1932 e os efeitos devastadores da Segunda Guerra Mundial.

O Welfare State, como ficou conhecido a reformulação dos estados com base nas orientações keynesiana/fordista, foi a implantação de um Estado regulador que contribuísse para o pleno emprego e maior igualdade social com a geração de empregos nas vias públicas e privadas e aumento da renda da população através da instituição de políticas sociais. Porém, o sonho do Estado de Bem-Estar social, já encontrava sua exaustão no final dos anos 1960, devido vários fatores, entre eles a incapacidade de efetivar o pleno emprego com a crescente substituição de mão-de-obra por tecnologias e mais tarde a crise ocasionada pela alta no preço do petróleo. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011 p.86-103).

Com a ansiedade de obter novamente os altos lucros dos “anos de ouro”, sustentado pelo pleno emprego e alto consumo, dar-se início, em meados da década de 1970, a reação burguesa<sup>6</sup> com a busca da refuncionalização do Estado, reestruturação produtiva, financeirização do capital e os ajustes de caráter neoliberal com desenvolvimento de uma nova roupagem das políticas econômicas e sociais. As bases socio-históricas do liberalismo clássico confundem-se com o desenvolvimento do sistema capitalista, havendo seu atrofamento com a acessão da fase do capitalismo monopolista que necessitava de algumas regulações do Estado sobre público/privado para que houvesse a obtenção da mais-valia. (SANTOS, 2016, p.169).

A vertente liberal ressurgiu, sob uma nova roupagem denominada neoliberalismo, como forma de resposta a crise do pós-guerra, porém, devido ao sucesso das medidas keynesianas, só ganhou força com a crise do capital em 1970 como “uma reação teórica e política ao modelo de desenvolvimento centrado na intervenção do Estado” (TEIXEIRA, 1998, p.195), sendo, a intervenção do Estado, considerado pelos neoliberais como a principal motivo da crise do sistema capitalista retornado a ideia do liberalismo clássico “o mercado é a única instituição capaz de coordenar racionalmente quaisquer problemas sociais, seja eles de natureza puramente econômica ou política” (TEIXEIRA, 1998, p.195)

Em função dessas ideias o neoliberalismo começa a ganhar força, podendo ser observado suas primeiras manifestações no governo de Margareth Thatcher na Inglaterra em 1979 (elevação das taxas de juros, baixa de impostos para os ricos, criação de desemprego maciço, enfraquecimento das greves, cortes nos gastos sociais, privatização, legislações anti-sindicais), e nos EUA, com Ronald Reagan em 1980, (elevação das taxas de juros, enfraquecimento da greve dos trabalhadores, redução dos impostos em favor dos ricos e déficit público) se espalhado para o restante da Europa e para os países de capitalismo tardio de forma gradativa. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.126 apud ANDERSON, 1995).

No Brasil, a ofensiva neoliberal se apresentou a partir dos anos 1990 como solução para o alcance do avanço econômico do país devido a conjuntura de crise interna e externa que permeou o Brasil na década 1980 e inicia “uma reconfiguração das políticas do país, estas sob jugo de capitais externos e ditames de órgãos como FMI e Banco Mundial.” (BORLINE, 2010, p. 323 apud BEHRING, 2003), com privatização de empresas estatais, planos econômicos em benefício do pagamento de dívida externa, redução nos gastos com a área social, focalização, seletividade e descentralização das políticas sociais (BORLINE, 2010), desprezado as

---

<sup>6</sup> Termo utilizado por behring (2007)



conquistas de 1988, enfatizando um discurso de ultrapassagem da carta constitucional, tendo a saúde, um direito social que a pouco havia sido conquistado pela sociedade brasileira, encontrado um forte espaço para sua negação:

A onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social dos vários países repercutiria fortemente no Brasil, reforçando as tendências de adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, na estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho e das capacidades do Estado. O SUS encontraria, nesse contexto, seu estrutural cenário de crise. (PAIVA, 2014, p.26).

Nos anos subseqüentes o que se tem é a negação do projeto democrático de saúde aprovado na constituição, primeiramente com o governo Collor, com seu projeto “Brasil Novo” ao qual “traz no bojo do neoliberalismo uma proposta de privatização, de corte dos gastos públicos, de desmonte do Estado, consubstanciada numa detalhada reforma econômica e administrativa promulgada através de Medidas Provisórias já no segundo dia do governo” (FALEIROS et al 2006 p. 113.).

Na saúde, o governo Collor promete aumentar o financiamento em 10%, porém o que se concretiza é uma queda de quase 50% do orçamento, “passando-se de um orçamento de quase US\$ 12 bilhões em 1989 para cerca de US\$ 7 bilhões em 1992, conforme valores convertidos em dólar de março de 1993” (SINGER et al, 2002, p. 502).

Apesar das reformas neoliberais com diversos cortes na saúde a mobilização social pelos direitos a saúde não foi afetado, o que contribuiu para a promulgação da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90, (apesar de alguns vetos do governo que foram retomados em pontos pela Lei nº 8.142/90) que implanta o “Sistema Único de Saúde e os conselhos nacional, estaduais e municipais, na perspectiva da municipalização e da descentralização” e define que o “SUS é constituído pelas ações e serviços prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público” (FALEIROS et al 2006 p. 116) é aprovado também, através do Conselho Nacional de Saúde o documento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS tendo o intuito de prevenir doenças orientando a sociedade sobre determinadas patologias através dos Agentes Comunitários de Saúde, que era um profissional “capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade onde mora”. (BRASIL, 2000, p.29).

As implicações da política neoliberal no governo Collor são perceptíveis na saúde através do sofrimento do usuário na busca por atendimento que se depara com o “sucateamento dos serviços com longas filas, falta de material, pessoal desmotivado, infra-estrutura

desgastada, fraudes constantes” (FALEIROS et al 2006 p. 116) além de um governo extremamente corrupto o que leva ao processo de impeachment de Collor e tomada de posse, na Presidência da República, do vice-Presidente Itamar Franco, em 30 de setembro de 1992.

No governo de Itamar Franco, (apesar de ter sido único na década de 90 que buscou atender aos preceitos da Lei 8.080/90) houver drásticas diminuições dos gastos federais com saúde, prezando pela primazia do econômico sobre o social (PAIM, 2008, p.195; 199). Apesar das diversas suspeitas de corrupção que pairavam o governo Itamar Franco<sup>7</sup> e o sucateamento do SUS dando continuidade as políticas neoliberais do governo Collor, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes, o documento que recomendava a criação dos conselhos estaduais e municipais de saúde, o documento que deu origem à NOB 93, além de apoiar a Emenda Constitucional que garantia ao SUS 10% da receita fiscal das três esferas de governo e 30% de todas as receitas da seguridade social. (FALEIROS, 2006).

Foi no governo de Itamar Franco que também foi criado o Programa de Saúde da Família – PSF sendo instituição como forma de atender ao precário acesso a saúde que a sociedade brasileira ainda vivenciava, e de levar saúde a lugares mais vulneráveis. (GIRADE, 2010), tendo como objetivo: 1) disponibilizar assistência à saúde com base nos princípios do SUS, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população; 2) prestar assistência integral, contínua e de boa qualidade seja nas unidades de atenção à saúde ou em domicílio; 3) intervir sobre os fatores de risco; 4) humanizar as práticas de saúde e 5) democratizar o conhecimento do processo saúde/doença (BRASIL, 1997, p.10) devendo disponibilizar de uma equipe de multiprofissionais, entre eles médicos e enfermeiros, podendo ser acrescida de assistentes sociais, psicólogos etc.

O governo de Fernando Henrique Cardoso foi o que deu maior ênfase a implantação da política neoliberal, com projetos de ajuste macroeconômico e Reforma do Estado, iniciando o processo de privatização com “a transformação dos serviços não exclusivos de Estado em propriedade pública não estatal e sua declaração como organização social” (BRESSER apud

---

<sup>7</sup> Os gastos da saúde estavam sob suspeita de corrupção, e uma CPI foi instalada com a incumbência de apurar as inúmeras irregularidades no Inamps, em 7/6/1994, tendo como relator o deputado Jackson Pereira (PSDB/CE). O relatório da CPI leva em conta os dados do Tribunal de Contas da União – TCU, de dezembro de 1993, constatando empréstimos indevidos no Amapá, falta de licitação em Penedo/AL, superfaturamento de obras em algumas municipalidades da Bahia, obra paralisada com pagamentos antecipados em Camapuã/MS, uso de recursos ambulatoriais para aquisição de veículos em Minas Gerais, diferença de faturamento em Nova Iguaçu/RJ. (Faleiros et al, 2006, p. 126)

MONTAÑO, 2002, p. 45), ao qual tinha alguns aspectos que iam de encontro com as ideias do SUS, sendo elas: redução do financiamento, autonomia dos gestores, repasse das ações à sociedade civil, a construção de um cidadão consumidor e não detentor de direitos, (BORLINE, 2010 apud BRAVO; MATOS, 2002 ) ao qual para “exercer algum direito precisa pagar pelo serviço e depender de intercorrências da agência” (FALEIROS et al 2006 p. 160), amparado no discurso de que o Estado era incapaz de dar conta da resolutividade dos problemas em que lhe demandava um solução, inclusive os problemas relacionados saúde. (BORLINE, 2010).

A saúde, no governo FHC, serviu como ponte para lançar a candidatura de José Serra à presidência da república, o então ministro do Planejamento e Orçamento da Saúde, que “buscou a aprovação da emenda constitucional de recursos para a saúde e também enfrentou a quebra de patentes em relação à fabricação de medicamentos e à promoção dos genéricos” (FALEIROS, 2006, p.167) e aumentou significativamente o número de equipes do PSF passando de 724, em 1995, para 16.698, em 2002. Em seu mandato o Conselho Nacional de Saúde deliberou sobre políticas de saúde para o trabalhador, controle de tuberculose e câncer, políticas de medicamentos além de aprovar as recomendações que orientavam os convênios de investimentos com base no processo de regionalização da assistência à saúde.

Na década de 1990 o SUS vivenciou um contexto de extrema contestação a sua efetivação ao qual colocava em xeque toda a luta em prol da RS. As reformas neoliberais, apesar dos avanços do SUS, contribuíram de forma decisiva para a concretização da hegemonia do modelo biomédico.

#### 2.1.2. SUS nos anos 2000

Com a virada do século o partido dos trabalhadores - PT elege seu primeiro presidente Luiz Inácio Lula da Silva que em relação ao governo FHC o governo Lula apresentou algumas evoluções positivas na prestação e nos indicadores de saúde da população (PAIM, 2008, p. 250), porém, de forma menos alarmante, foi dada continuidade as medidas neoliberais imperadas no governo anterior.

Em primeiro momento a saúde não foi pauta de discussão do novo governo, apesar disso no primeiro ano de mandato, o Ministério da Saúde contava com uma equipe de dirigentes que procurou construir, apesar do orçamento reduzido, políticas de saúde de acordo com o SUS criando uma gestão participativa (MENDONÇA et al., 2005,), sendo mais tarde ampliado a

atenção básica através do PSF, implementado a Reforma Psiquiátrica, o SAMU e da política de Saúde Bucal, além de elaboração do Plano Nacional de Saúde, que significou uma evolução nos indicadores de saúde em relação aos governos anteriores. Outro marco importante no governo Lula foi a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde tendo como tema central “saúde: um direito de todos e dever do Estado; a saúde que temos o SUS que queremos”.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde foi considerada um marco por três motivos segundo Paim (2008) : primeiro porque tratava de um evento que seria realizado em um governo vinculados aos interesses populares, visto como uma oportunidade para muitos da retomada das ideias da RS; segundo por ser uma proposta de Sergio Auroca, percursor do MRS; e terceiro por contar com vários militantes da RS. A 12ª conferência foi a primeira depois da 8ª CNS a discutir e trazer à tona a continuidade das discussões das propostas da RS o que representou como grande diferencial do governo Lula aos dos seus antecessores.

A Aprovação dos Pactos pela Saúde no governo de Lula significou também um grande avanço na concretização das propostas da RS, pois a partir de sua aprovação houve uma ênfase na busca por maior integralidade, por contemplar o acordo firmado entre os gestores do SUS e dar notoriedade a relevância de “aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de redes como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, se efetivando em três dimensões: Pacto Pela Vida ; Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão<sup>8</sup>” ( BRASIL, 2010).

As redes de atenção a saúde são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.(MENDES, 2011, p. 82), tendo iniciado suas primeiras experiências no Reino Unido com a elaboração do Relatório Dawson que contava com a primeira proposta de saúde com sistemas regionalizados que propunha serviços de saúde ao qual deveriam atender toda a população de forma eficaz e ampliada oferecendo cuidados tanto preventivos como curativos. A discussão sobre as RASs foi retomada nos EUA em 1990 como forma de superar os problemas relacionados a fragmentação do sistema de saúde

---

<sup>8</sup> O Pacto Pela Vida tinha o compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira; Pacto em Defesa do SUS tinha o compromisso com a consolidação os fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS e Pacto de Gestão tinha compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde. (Brasil, 2010)

buscando uma oferta continuada focando na Atenção Primária à Saúde- APS. (MENDES, 2011).

No Brasil a discussão sobre as RASs é recente, e surge como uma proposta de mudança para as organizações da saúde em pirâmides formadas com base nas complexidades de cada nível de atenção: atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Segundo Mendes (2011) em concordância com afirmações do Instituto Antônio Houaiss, (2001) “essa concepção é totalmente equivocada tomando-se a significação dicionarizada, e não da teoria da complexidade, de algo complicado e difícil, antônimo de simples”, sendo configurada como uma “rede em arvores” ao qual teriam limitações de conexão predominado os fluxos hierárquicos podendo ocorrer estrangulamentos de alguns pontos o que proporcionaria a inviabilização do acesso a população dos níveis superiores da pirâmide. (OLIVEIRA et al., 2004).

Sendo também apresentado como proposta de superação a insuficiência do modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas e centrado no cuidado médico de dar respostas as demandas do atual perfil epidemiológico brasileiro que vem sendo modificado em detrimento das modificações no estilo de vida da população e se apresentam por “uma tripla carga de doença que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição características de países subdesenvolvidos importante componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis” (BRASIL, 2010), além dos desafios do foco nas condições agudas e das agudizações das condições crônicas<sup>9</sup> e seus respectivos fatores de riscos como “sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção” (BRASIL, 2010)

As RASs tem como principais características, de acordo com a Portaria GM nº 4.279/2010, a 1) formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção, sendo

---

<sup>9</sup> As condições agudas, em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue e gripe, ou de doenças infecciosas, também de curso curto, como apendicite ou amigdalites, ou de causas externas, como os traumas, iniciam-se repentinamente; apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias. As condições crônicas iniciam e evoluem lentamente, usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos, em geral não se tem cura, vão além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica etc.), ao envolverem as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/aids, hepatites virais etc.) etc. (Mendes, 2011, p.26-27)

esses considerados igualmente importantes; 2) planejamento e organização das ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica tendo como base o diagnóstica da população; 3) oferta de atenção contínua e integral; 4) equipe multiprofissional tendo em vista que os problemas de saúde são multicausais; 5) compartilhamentos de objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos; e 6) APS como centro de comunicação e porta de entrada principal do usuário ao sistema de saúde, responsável pelo seu encaminhamento aos demais pontos de saúde, mantendo o vínculo com esses usuários como forma de continuidade da atenção.

As redes são a vinculação de serviços de saúde (hospital regional, farmácia de auto custo, Central de regulação SAMU, Unidade Básica de Saúde etc.) enfatizadas de forma igualitárias com “missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente”, que permitam prestar atenção contínua e integral a determinada população no “tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”. (MENDES, 2011, p.82). Elas são estruturadas sobre três elementos fundamentais: 1) população; 2) estrutura operacional e 3) um modelo de atenção à saúde. A população é a razão de existir das redes, ela é colocada sob a responsabilidade sanitária e econômica das RASs, devendo ser conhecida e registrada e subdivididas em subpopulações de acordo com os fatores de risco em relação a saúde. O conhecimento e à categorização dessa população se estrutura da seguinte forma:

Processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociossanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2008; 2011, p.85).

Modelo de atenção à saúde é um outro elemento constitutivo das RASs que foram elaborados nas redes como forma de dar respostas eficientes, eficazes e seguras as situações de saúde acarretadas pelas condições crônicas, que são tratadas de formas rasas no modelo biomédico, não se restringindo apenas a essas condições, dando respostas também as situações agudas variando de acordo com a situação de saúde de cada população. Sendo assim:

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos

determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2009; 2011 p.209).

A estrutura operacional das RASs são lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam, sendo constituída pelo centro de comunicação, pontos de atenção à saúde secundários e terciários, sistemas logísticos, sistemas de governança e os sistemas de apoio.

1 - O centro de comunicação faz a ligação da estrutura operacional contribuindo para a garantia da integralidade e continuidade da atenção à saúde, esse componente é formado pela APS (Atenção Básica e equipe do Programa Saúde da Família), sendo responsável pela aproximação dos indivíduos com os demais pontos de atenção.

2 - Os pontos de atenção à saúde secundários e terciários ofertam serviços especializados, com diferentes densidades tecnológicas e servem de apoio à AP.

3 - Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas de tecnologia da informação que tem o intuito de promover uma melhor ligação entre os pontos de atenção à saúde e os pontos de apoio, sendo formados por: Cartão Nacional do SUS; prontuário clínico; sistema de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte.

4 - Os sistemas de governança é a gestão de todos os componentes das RASs, que envolve diferentes atores (Comissões Intergestores; Comissões Intergestores Tripartite, no âmbito federal; Comissões Intergestores Bipartite, no âmbito estadual e nas regiões de saúde, Comissões Intergestores Regionais) para gerir, de forma igualitária as estruturas operacionais.

5 - E por fim os sistemas de apoio, que como a classificação já indica, são sistemas que servem de apoio para a atenção primária, secundária e terciária formados por: 1) sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (diagnóstico por imagem, medicina nuclear, eletrofisiologia, endoscopias, hemodinâmica e patologia clínica); 2) sistemas de informação em saúde (mortalidade, nascidos vivos, agravos de notificação compulsória, informações ambulatoriais do sus, informações hospitalares do sus e atenção básica); 3) sistema de assistência farmacêutica (medicação - seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição - ações assistenciais, farmácia clínica e farmacovigilância) (MENDES, 2011), sendo este último, o objeto de estudo do próximo tópico.

## **2.2. Implicações do Modelo Hegemônico no Componente Especializados da Assistência Farmacêutica**

### 2.2.1. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é o segundo sistema de apoio fundamental para a organização das RASs e teve seu início, como política pública, em 1971, com a criação da Central de Medicamentos - CEME. (CONASS, 2007). A CEME tinha como principal objetivo “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano a quantos não puderem por suas condições econômicas, adquiri-los a preço comuns no mercado” devendo “funcionar como reguladora da produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados ou vinculados aos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, da Saúde e Previdência social” (BRASIL, 1971)

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a assistência farmacêutica, passa a ter características universais, o que contribui para a desativação da CEME, em 1997, por se tratar de uma política focalista que propunha “a gradativa ampliação da assistência farmacêutica no tocante às classes de reduzido poder aquisitivo” (BERMUDEZ, 1995, p. 82), sendo destinado medicamentos apenas a certos grupos populacionais e por “voltava-se à promoção da expansão do mercado, sem questionar o papel do medicamento e do processo de medicalização das sociedades industriais” (SANTOS, 2011, p.84).

Como forma de organizar todo o aparato da dispensação de medicamentos foi criado, atendendo aos princípios do SUS, a Política Nacional de Medicamentos – PNM em 1998, tendo como princípios garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, promoção do uso racional dos medicamentos, e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais<sup>10</sup> (BRASIL, 2002) e como principais diretrizes a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME<sup>11</sup>, a promoção do uso racional de medicamentos a organização das atividades de Vigilância Sanitária de medicamentos e a reorientação da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2002).

Com base na diretriz da reorientação da Assistência Farmacêutica foi aprovado a Política Nacional de Assistência Farmacêutica- PNAF sendo definida como um conjunto de ações (seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação) responsável pela promoção, proteção e recuperação da saúde de forma individual e coletiva tendo o medicamento como

---

<sup>10</sup> Medicamentos essenciais são aqueles que irão atender as necessidades prioritárias de saúde de uma população (OMS, 2002, p.1).

<sup>11</sup> São medicamentos considerados básicos e indispensáveis ao atendimento da maioria dos problemas de saúde da população (NEGRI, 2002, p.11)



agente principal (BRASIL, 2004). A PNAF passou a dividir os medicamentos em três grupos com base em características distintas: Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica – CESAF e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF

O CBAF é formado por “medicamentos destinados ao tratamento de agravos no nível primário de atenção à saúde” (SANTOS e SOARES, 2015, p.118), o CESAF é constituído de “medicamentos utilizados para o tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas do Ministério da Saúde com protocolos e normas estabelecidas” (SANTOS e SOARES, 2015, p.119) como os programas de controles a endemias (hanseníase, malária, tuberculose etc.) e antirretrovirais (DST/Aids), e o CEAF é “uma estratégia voltada para buscar a garantia da integralidade do tratamento medicamento, na forma de linha de cuidado, para as doenças inseridas neste Componente” (BRASIL, 2014, p.27).

Essa configuração da assistência farmacêutica significou uma grande evolução para a população brasileira no que diz respeito ao direito sancionado, porém, como todo o sistema de saúde a assistência farmacêutica não teria como se livrar dos rebatimentos do modelo biomédico que “ao sobrevalorizar as ações curativas frente às demais, se apoia, muito fortemente, na medicalização e medicamentalização da saúde e da própria vida” (SANTOS e SOARES, 2015, p.68) como forma de aumentar os lucros da indústria farmacêutica.

Com o desenvolvimento das pesquisas científicas e sua limitação aos espaços acadêmicos, essa, como afirma Garrafa e Lorenzo (2010) passou a ter uma estreita ligação com os interesses econômicos. No campo da medicina podemos identificar essa aproximação com a criação e desenvolvimento de diversos fármacos contribuindo para o crescimento de um mercado “que difunde seus produtos pela mídia, que persegue o lucro e que, muitas vezes, para atingir esses lucros, pode chegar a estimular o consumo desnecessário de medicamentos” (CAPONI e BRZOZOWSKI, 2015, p15) ou, até mesmo, o surgimento de novas doenças com a criação de um novo fármaco com afirma Jörg Blech (2005). No meio dessa busca incessante por lucro a população é bombardeada cada vez mais por propagandas de medicamentos que prometem a cura de todos os males, contribuindo para a medicalização, medicamentalização da vida e uso excessivo de medicamentos.

A medicalização, de acordo com Barros (2002) pode ser considerado como a “expressão mais acabada das distorções e consequências concretas do modelo biomédico”, esse termo nasce com Ivan Illich por meio do seu livro *Némesis médicale, l'expropriation de la santé*,

publicado em meados dos anos setenta onde denunciava os descaminhos que a medicina moderna estava tomando abarcando esferas que não lhe diziam respeito.

A medicalização pode ser caracterizada como um “processo pelo qual problemas não médicos passaram a ser vistos e tratados como problemas médicos” (CAPONI e BRZOZOWSKI, 2015, p 45) é um olhar reducionista dos problemas da vida, sendo estes absorvidos apenas pelos parâmetros biológicos. Cada vez mais, essa forma de enxergar os problemas em sociedade vem ganhado espaço no imaginário da população, devido, principalmente, a centralidade do modelo biomédico na figura médica. Problemas que antes eram solucionados de forma simplória pelos indivíduos são levados ao contexto de saúde e doença e conseqüentemente a medicação, “desde uma úlcera ou uma simples infecção, até as mais diversas situações de nossas vidas, como o sono, a sexualidade, o modo como nos alimentamos, as emoções mais secretas e profundas” (CAPONI e BRZOZOWSKI, 2015, p 46), são encaradas como problemas que necessitam da intervenção médica tendendo a apagar ou esquecer os fatores sociais e psicológicos, que, devido à complexidade de suas resoluções são transformados em alterações biológicas que carecem de medicação caracterizando-se como o fenômeno da medicamentação que é o “uso de medicamentos em situações medicalizadas, ou seja, para o tratamento de condições que, anteriormente, não eram consideradas problemas médicos” (CAPONI e BRZOZOWSKI, 2015, p 45) e uso excessivo de medicamentos.

O uso excessivo de medicamentos é fruto da junção de características do modelo biomédico e o modelo econômico neoliberal, tendo início na busca da ampliação dos lucros pelo capital com a pressão da indústria e mídia e a criação de legislações (exemplo lei Nº 9.279, de 14 de maio de 1996.) e o aumento da veiculação de propagandas de fármacos na mídia, que, em meio as péssimas qualidades da saúde pública (como estratégia da capital), a população, principalmente parcelas da sociedade com menor poder aquisitivo, recorrem a auto medicação e consumo exacerbado de medicamentos como meios de obter saúde que outrora fora negado pelo Estado. Aqui o medicamento extrapola o seu papel curativo (valor-de-uso) passando a ser tratado como uma mercadoria geradora de valor para o capital (valor- de-troca) (BARROS, 2002) e para tanto, o capital investe das mais diversas formas na sua afirmação, se constituindo, no intelecto da humanidade, como uma mercadoria necessária a manutenção da vida<sup>12</sup>, sem valorizar em nada os processos de proteção e prevenção da saúde.

---

<sup>12</sup> Não se pode negar que em muitos casos a medicação é a única forma de manter ou obter saúde, porém não podemos nos restringir a forma simplória que o capital trata saúde/doença, tendo em vista que a saúde, de acordo com a OMS, advém de diversos fatores e não apenas do consumo de um determinado fármaco.

A busca incessante por lucros pela indústria hospitalar tem acarretado, também, em grandes despesas para a gestão pública, tendo em vista que o modelo de atenção à saúde brasileiro se adequa às pressões mercadológicas das empresas hospitalares pela ampliação constante de seu mercado consumidor, que cada vez mais desenvolve aparelhos e medicamentos com alto valor de mercado que não, necessariamente, seja sinônimo de melhoria da prestação de saúde para a sociedade.

Todo esse processo (e tantos outros que não daríamos conta), tem contribuído para a crescente busca da justiça para solucionar os problemas inerentes a falta da prestação de saúde, tendo, entre os componentes da assistência farmacêutica, o componente especializado a maior expressão de judicialização, devido a sua própria configuração (médicos especialistas, exames mais complexos, medicamentos mais caros, tratamento mais complexo).

#### 2.2.2. A judicialização do CEAF como consequências da hegemonia do modelo biomédico

O CEAF é permeado por designações do modelo biomédico, desde sua configuração (médicos especialistas, exames mais complexos, medicamentos mais caros, tratamento mais complexo), até as problemáticas de sua efetivação (valor elevado para os entes federativos e para o paciente). Esse componente é o reflexo do modelo biomédico.

O componente especializado, anteriormente denominados de “medicamentos excepcionais”, tem seu surgimento datado a partir da Portaria Interministerial nº3 MPAS/MS/MEC, de 15 de dezembro de 1982 (BRASIL, 1982) em que regulamentava que os prestadores de assistência médica e farmacêutica poderia usar medicamentos que não constassem na relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME), desde que esses medicamentos não pudessem ser substituídos por outros que tivessem o mesmo efeito.

O conceito de medicamentos excepcionais não estava claro, não existia uma classificação de como eles se configuravam o que proporcionava desorganização na solicitação, tendo em vista que qualquer medicamento independentemente do valor poderia ser solicitado pelos prestadores de assistência médica, apenas com a constituição de 1988 e com a Lei Orgânica de Saúde de 1990 que foi discutido a necessidade de estipular uma lista de medicamentos tidos como excepcionais e em 1993 com a Portaria SAS/MS nº 142, essa lista foi elaborada, constando de dois medicamentos, Ciclosporina 25, 50 e 100mg cápsula,

Ciclosporina 100mg solução oral - frasco e Eritropoetina Humana 2.000 e 4.000 UI injetável – ampola (BRASIL, 1993), para tratamento de pacientes portadores de doenças renais e transplantados. (BRASIL, 2010).

Depois da estipulação da lista de medicamentos seguiram-se várias modificações: Portaria GM/MS nº 1.318 foi incluído uma maior quantidade de medicamentos a lista dos excepcionais, Portaria GM/MS nº 2.577, em que ratificou o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional – CMDE (BRASIL, 2010). Os medicamentos excepcionais passaram a ter uma nova classificação, porém ainda existia inúmeras limitações e fragilidades no que dizia respeito a conceituação, ao financiamento, gestão e coordenação federativa que impossibilitava a efetivação dos princípios de universalidade e integralidade do SUS. Para que esses impasses fossem solucionados foi realizado um trabalho cooperativo de revisão do CMDE entre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS que resultou na promulgação, em 26 de novembro de 2009, da Portaria GM/MS 2.981 que normatizava os Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF e mais tarde a Portaria Nº 1.554 de 2013 que dispunha sobre suas regras de execução, financiamento, o dividia em grupos<sup>13</sup> que estabelece os requisitos necessários para considerar se um tratamento é de alto custo.(BRASIL, 2014).

A Portaria GM/MS 2.981 também estabeleceu os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT sendo este documento o responsável por estabelecer o tratamento para os agravos que se enquadram no grupo de doenças que necessitam de uma atenção com custo mais

---

<sup>13</sup> “Art. 3º Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas:

I – Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em: a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e

b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Alterado pela PRT nº 1996/GM/MS de 11.09.2013)

II – Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e

III – Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.”

elevado, pela coleta dados acerca dos resultados terapêuticos obtidos, a supervisão dos efeitos adversos e a criação de meios que garantam a prescrição segura.(BRASIL, 2010).

Com a Portaria GM/MS 2.981 os problemas relacionados a conceituação e gestão do componente especializado estavam solucionados, tendo em vista que, o CEAF passava a não se tratar apenas de medicamentos, e sim, de um processo de cuidados que demandava do SUS um atendimento especializado, com médicos, medicamentos, exames e tratamentos “especiais”, que, de certa forma, iriam proporcionar um custo mais elevado para o Ministério da Saúde, o que tem resultado em diversos problemas para a gestão do SUS, pois a própria configuração do CEAF é o que contribui para a sua não efetivação. Por se tratar de medicamentos, tecnologia e recursos humanos com alto valor, a efetivação desse direito de forma universal é dificultosa acarretado em processos judiciais, contribuindo para a gama de processos relacionados a judicialização da saúde.

A judicialização da saúde é uma expressão que “tem sido utilizada em referência à intervenção do Poder Judiciário na determinação do fornecimento, pelo Estado, de serviços e produtos destinados à saúde, para indivíduos, independentemente das políticas públicas com esse fim” (SANTOS e SOARES, 2015 p. 81), o ato de recorrer à justiça para efetivar direitos relacionados a saúde surgiu no Brasil na década de 1990, sendo limitado as demandas que envolviam o fornecimento de anti-retrovirais, para tratamento de AIDS, que, devido as grandes pressões dos usuários, acabou por contribuir para que o SUS incorporassem os medicamentos em questão (LEITÃO, 2018; LAFFIN, 2017). A judicialização da saúde tomou proporções bem maiores em detrimento do subfinanciamento da saúde e as dificuldades da gestão do SUS em garantir o acesso universal e com atendimento integral à população, como determina a Constituição Federal, chegando a alcançar, de acordo com Relatório Justiça em Números de 2017, o exorbitante número de 1.346.931 processos no ano de 2016.

Os processos judiciais são configurados pelos mais diversos (Assistência à Saúde, Ressarcimento ao SUS, Reajuste da tabela do SUS, Convênio médico com o SUS, Repasse de verbas do SUS, Terceirização do SUS, Planos de saúde (direito do consumidor), Serviços hospitalares etc.), tendo como mais corriqueiros a busca de vagas hospitalares para atendimento de emergência (UTI), internações para fins de realização de cirurgias (eletivas ou emergenciais) e fornecimento de medicamentos e insumos. (LEITÃO, 2018)

A busca do poder judiciário para efetivação do direito ao tratamento medicamentoso tem representado a maior demanda, com crescimento anual significativo, passando de 200.090

processos em 2015 para 312.178 em 2016, representando um acréscimo de 56%<sup>14</sup>, isso se dar devindo a “falta de recursos, a escassez de verbas no setor público e a crescente demanda por medicamentos” (BOING, 2008, p.58) em detrimento da apelação constante da indústria farmacêutica e mídia pelo consumo exacerbado de medicamentos e a crescente dependência da sociedade à tecnologia médica, contribuindo para colocar a “população em uma situação em que as definições do executivo ficam aquém das necessidades, e resta como alternativa para conseguir solucionar as suas necessidades recorrer ao poder judiciário”(BOING, 2008, p.58). Os medicamentos do CEAF vem sendo o campeão na judicialização da saúde tendo encontrado as bases de sustentação no seu alto valor de mercado.

A judicialização dos medicamentos do CEAF são ocasionadas por vários motivos, seja pela falta de recursos financeiros dos estados e municípios, pelo o número da demanda em detrimento da oferta ou, segundo Freitas (2017, p.45 ), da “majoração do índice de envelhecimento populacional” que contribui para o aumento da busca por medicamentos contínuos, que acarreta em altos valores difíceis de ser custeado pela população. Outro fator que contribui para a efetivação do direito aos medicamentos de alto custo através da judicialização, é por alguns desses fármacos não estar presente na RENAME (VENTURA, 2010), tendo, essa questão esbarrado em obstáculos dos mais diversos níveis, sendo um dos primordiais a insegurança quanto a resolutividade da doença e efeitos colaterais, considerando-se que a “indicação médica de um novo medicamento cujas evidências científicas ainda não se encontram consolidadas, pode causar efeitos imprevisíveis, o que prejudicaria a saúde do indivíduo” (MENDONÇA, 2015 p. 41 apud PEPE, 2010)

Além dessa questão, diversas outras problemáticas implicam sobre a judicialização dos CEAF, tendo em vista que, “mesmo nos casos de demandas justas, a judicialização traz consequências econômicas para a organização da política. [...], o fluxo das ações judiciais é espontâneo, o que dificulta o controle de estoque da política” (MEDEIROS, DINIZ, e SCHWARTZ, 2013, p. 487), contribuindo para a redução da aquisição de outros fármacos e diminuindo o atendimento à população, que por sua vez, para ter seu direito efetivado, recorrera ao judiciário, constituindo assim um problema de grandes proporções com alargamento constante. Outro atenuante importante é o ferimento a própria ordem de financiamento, uma vez que o “indivíduo, ao arrolar todos os Entes Federativos no polo passivo da ação com o objetivo de adquirir determinado medicamento de alto custo, estaria desmontando a

---

<sup>14</sup> Dados do Relatório Justiça em Números de 2017

organização idealizada pela legislação, especialmente quanto à municipalização” (MENDONÇA, 2015, p.41) em razão de tal fato geraria a obrigação solidária de todos os entes federados em contribuir para o fornecimento do medicamento, acarretado para os municípios (que não são responsáveis pelo financiamento, apenas pela dispensação dos medicamentos do CEAF) um grande desfalque no orçamento.

É necessária destacar, em meio as afirmações, que a judicialização dos medicamentos do CEAF é uma forma democrática de buscar a efetivação do direito “ao passo que se enxerga o fenômeno como ampliação da cidadania e fortalecimento da democracia” (LAFFIN 2017, p. 8) levando em conta o contexto brasileiro, que ao momento que positivou diversos direitos sociais, a sua negação foi eminente com as políticas neoliberais obrigando a população a recorrer ao judiciário para se ter a concretização dos direitos conquistados com a Constituição Federal de 1988 (BORGIANNI, 2010).

Sendo assim, a judicialização dos medicamentos de alto custo se apresenta como consequência do neoliberalismo e do modelo biomédico, tendo em vista que o processo judicial num contexto geral da saúde, de acordo com o Conselho Nacional de Justiça – CNJ em pesquisa realizado no ano de 2015, constatou que as demandas apresentadas nos processos judiciais são em sua maioria “sobre aspectos curativos da saúde (medicamentos, tratamentos, próteses etc.) e menos sobre aspectos preventivos (vacinas, exames etc.)” (CNJ, 2015) evidenciado o poder que o modelo hegemônico tem sobre as formas como a sociedade trata saúde e doença. Ao mesmo tempo que a judicialização é uma consequência do modelo biomédico, também se constitui como fonte de seu fortalecimento e contribui para a sua hegemonia, tendo em vista que o “valor gasto pelo ente público na compra de medicamentos para atender às decisões judiciais, (...) compromete os recursos disponibilizados para ações coletivas básicas” (BOING, 2008, p.87), sendo estas responsáveis pela promoção da saúde e prevenção de doenças que, “num estado mais avançado, necessitam de suporte farmacológico avançado e representam custos ainda maiores ao governo e/ou ao enfermo”. (BOING, 2008, p.87).

Outro questão, ao qual é consequência do modelo hegemônico e do neoliberalismo que contribui para a judicialização dos medicamentos de alto custo, são, o que Leal e Ritt (2015) vem classificar como a “máfia da saúde” e a “máfia dos laboratórios”, configurando-se como um trabalho conjunto entre médicos, advogados e indústria farmacêutica “que se aproveitam da boa-fé, ignorância e desespero dos pacientes, prescrevendo-lhes, desnecessariamente,

medicamentos de alto custo que muitas vezes não estão previstos no cadastro do sistema” (ZAGANELLI, 2017, p.160)

A hegemonia do modelo biomédico tem consequência drásticas a efetivação do CEAF. A busca por altos lucros no setor saúde tem ocasionado grandes investimentos do capital na indústria hospitalar e o desenvolvimento de diversos medicamentos com valores cada vez mais altos, e como consequência a judicialização. Faz-se necessário apontar que buscar meios para combater a judicialização dos medicamentos de alto custo é tratar os problemas relacionado a saúde de forma rasa, tendo em vista que a questão central é a hegemonia do modelo biomédico, e a judicialização se mostra apenas uma das inúmeras consequência desse modelo, por ter como características a centralização em ações curativas e o foco na doença ao invés da saúde, e das políticas neoliberais ao qual configuram-se como focalizadas atendente apenas uma pequena parcela da sociedade, obrigando o restante a recorrer à justiça para se ter direitos efetivados.

### **CAPÍTULO III – RESULTADO E DISCUSSÕES ACERCA DA NEGAÇÃO DO DIREITO AOS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.**

#### **3.1. Procedimentos Metodológicos**

Sabendo-se que a metodologia é o “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 2009, p.14), e ainda segundo a autora é a junção da teoria da abordagem, dos instrumentos que operacionalizam o conhecimento e da criatividade do pesquisador que é adquirido com sua vivencia, se configurando como o meio sistemático e claro imprescindível para obter uma conclusão sobre uma determinada investigação.

Para tanto foi utilizado da pesquisa bibliográfica sendo está um “conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório” (LIMA; MIOTO, 2007, p.38) desenvolvido por uma série de etapas, sendo formulada de acordo a natureza do problema e “ feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites” (FONSECA, 2002, p. 32). Foi utilizado desse tipo de pesquisa por ser identificado que melhor respondia os presentes questionamentos, tendo em vista que um outro tipo de pesquisa não responderia a totalidade das questões ou as fariam de forma rasa.



A pesquisa bibliográfica foi realizada com caráter exploratório que “têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses” tendo como objetivo principal “o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado, (GIL, 2002, p. 41), e de caráter explicativo que “são aquelas pesquisas que têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos” (GIL, 2008, p. 28).

Foi utilizado a abordagem qualitativa tende em vista que ela busca responder questões subjetivas se preocupado com um “nível de realidade que não pode ou não poderia ser quantificado” (MINAYO, 2009, p.21) se configurando como a abordagem que mais se adequa aos questionamentos relacionados ao CEAF. Foi utilizado, também do método dialético que considera a “historicidade dos processos sociais e dos conceitos, as condições socioeconômicas de produção dos fenômenos e as contradições sociais” (MINAYO, 2009, p.24) e fornece as bases para a interpretação totalizante da realidade ao considerar que não se pode entender os fatos sociais quando tratados isoladamente. (GIL, 2008).

Utilizando-se de todo esse aparato metodológico construiu os capítulos anteriores e obteve os resultados subsequentes. Para maior compreensão segue dois tópicos que apresentaram as fases da pesquisa e o material utilizado.

### 3.1.1. Fases da construção do trabalho

FASE	PROCEDIMENTO
FASE- I Produção do Projeto	A ideia do estudo surgiu a partir de inquietações do estágio acadêmico I e II, realizado Núcleo de Apoio de Serviço Social da clínica escola do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio - UNILEAO
FASE – II Busca do Acervo	Deu-se a partir da escolha dos autores que tratavam o referido tema, em seguida foi realizado uma leitura rápida de reconhecimento do material bibliográfico com o objetivo de selecionar o que poderia vim a contribuir para a proposta da pesquisa em questão.
FASE – III Separação do Material	Com o material previamente selecionado foi realizado uma leitura seletiva onde foi selecionado o que de fato interessava e escolhido como fonte de pesquisa livros, teses de mestrado e doutorado, artigos científicos, cartilhas e periódicos de revistas.

## 3.1.2. Tipificação do material

CAPITULO I				
TIPO	TÍTULO	AUTOR	ANO	PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES
LIVROS	O Ponto de Mutação	Fritjof Capra	1892	Crítica a visão de mundo mecanicista
	Políticas e Sistema de Saúde no Brasil	Ligia Geovanella, Sarah Scorel, Jairnilson Silva Paim et al.	2012	Medicina social e modelos de atenção à saúde
	Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI	Jairnilson Silva Paim	2006	Políticas públicas e movimentos ideológicos que têm influenciado o campo social da saúde
	Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco.	Nisia Trindade Lima, José Paranaguá de Santana	2006	Contribuições da Abrasco para a constituição da saúde como direito no Brasil
	Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica	Jairnilson Silva Paim	2008	Analisa da emergência e o desenvolvimento de uma Reforma Sanitária numa formação social capitalista
	Políticas de Saúde: implicações e práticas.	Amélia Cohn	2006	Dificuldade da efetivação da política de saúde
	Atenção Gerenciada: Instituinte da Reforma Neoliberal	Celia Beatriz Iriart	1999	As reformas dos sistemas de saúde da América Latina
	Discutindo a Proposta de Apoio Matricial nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Maria Clara de Oliveira Figueiredo	2014	Apoio matricial como estratégia organizacional e assistencial da saúde no contexto ESF/NASF
	O Cebes e o movimento de reforma	Daniela de Carvalho Sophia	2012	Analisa a trajetória do Centro Brasileiro de

<b>TESES</b>	sanitária: história, política e saúde pública			Estudos da Saúde (Cebes) no período compreendido entre os anos 1976 e 1986
	A Diretriz de Hierarquização do SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico assistencial privatista.	Luciano Vasconcellos Quinellato	2009	Desafios à efetivação do SUS
	Concepções de Assistência Farmacêutica no Contexto Histórico Brasileiro	Rosana Isabel dos Santos	2011	Análise das diferentes concepções subjacentes ao termo assistência farmacêutica, bem como o contexto histórico no qual cada concepção se insere.
<b>CARTILHAS</b>	Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial	Ministério da Saúde, Brasil	1997	Organização da ESF
	Memórias da Saúde da Família do Brasil	Ministério da Saúde, Brasil	2010	Retrospectiva do PSF
<b>REVISTAS</b>	Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores	Carlos Henrique Assunção Paiva, Luiz Antônio Teixeira	2014	Os principais aspectos institucionais, políticos e sociais que conformaram a reforma sanitária
	Participação Social em Saúde.	MACHADO, F.A.	1987	Participação da sociedade civil na saúde
	Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde	Jairnilson Silva Paim	2001	Novos modelos de atenção à saúde
<b>LEIS</b>	Lei Orgânica da Saúde	Brasil	1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde

CAPÍTULO II				
TIPO	TÍTULO	AUTOR	ANO	PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES
LIVROS	Política Social: fundamentos e história	Elaine Rossetti Behring; Ivanete Boschetti	2011	Introdução teórica e histórica à problemática da política social.
	Política Social no Capitalismo Tardio	Elaine Rossetti Behring	2007	Análise da política social uma vez esgotado o estado de bem-estar social.
	Estado, Política Social e Controle do Capital	Milena Santos	2016	Desvela as determinações ontológicas do Estado a partir de sua gênese histórica.
	Neoliberalismo e Reestruturação produtiva	Francisco J. Soares Teixeira	1998	Reconfiguração das relações de trabalho no contexto neoliberal.
	Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica	Jairnilson Silva Paim	2008	Análise da emergência e o desenvolvimento de uma Reforma Sanitária numa formação social capitalista
	Políticas de Saúde e Acesso aos Medicamentos	Rosana Isabel dos Santos; Luciano Soares	2015	Análise sobre a política de saúde brasileira e a dispensação de medicamentos
	Tópicos especiais em ética, educação em saúde e modelos de seguimento farmacoterapêutico	Fabíola Stolf Brzozowski; Sandra Caponi	2015	A ética e bioética na concepção e dispensação de medicamentos
	Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social	Carlos Montano	2002	Transferência da responsabilidade do Estado para a sociedade civil
	As redes de atenção à saúde	Eugênio Vilaça Mendes	2011	Propõe uma vasta e profunda reflexão sobre a necessidade de superar a fragmentação do sistema de saúde

	Industria Farmacêutica, Estado e Sociedade	Jorge Antônio Zepeda Bermudez	1995	Realiza uma crítica à política de medicamentos do Brasil
	A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo	Vicente de Paula Faleiros; Jacinta de Fátima Senna da Silva; Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos; Rosa Maria Godoy Silveira	2006	Como se deu o processo da RS e a construção do SUS
<b>TESES</b>	Concepções de Assistência Farmacêutica no Contexto Histórico Brasileiro	Rosana Isabel dos Santos	2011	Análise das diferentes concepções subjacentes ao termo assistência farmacêutica, bem como o contexto histórico no qual cada concepção se insere.
	MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO: a judicialização e o papel do Estado	Suzana Maria Fernandes Mendonça	2015	Análise, por meio de doutrina e jurisprudência, o direito à saúde como sustentáculo fundamental ao mínimo existencial, bem como as políticas públicas de medicamentos no Brasil
	Política e Constituição: a judicialização do acesso a medicamentos em Santa Catarina	Alexandra Crispim Boing	2008	Análise variáveis quantitativas referentes aos mandados judiciais deferidos que solicitaram medicamentos
	COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: Inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS	Ministério da Saúde, Brasil	2014	Contextualização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

<b>CARTILHAS</b>	Assistência Farmacêutica no SUS	CONNAS, Brasil	2007	Formulação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde
	Poder judiciário, políticas públicas e o direito à saúde	Rômulo Guilherme Leitão	2018	Examina o papel do Poder Judiciário na efetivação das políticas públicas na área da saúde
	Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	Ministério da Saúde; Brasil	2010	Organização, financiamento, avanços e desafios dos CEAF.
	Política Nacional de Medicamentos	Ministério da Saúde; Brasil	2002	Organização da política de medicamentos
	Justiça em Números	Conselho Nacional de Justiça; Brasil	2017	Gastos do Estado com o poder judiciário
<b>REVISTAS</b>	Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil	Leandra Maria Borlini	2010	Reflete sobre os impactos da reforma neoliberal na política de saúde brasileira a partir dos anos de 1980
	Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores	Carlos Henrique Assunção Paiva, Luiz Antônio Teixeira	2014	Os principais aspectos institucionais, políticos e sociais que conformaram a reforma sanitária
	Custos da saúde: judicialização de medicamentos ofertados pelo SUS	Nathália Helena Fernandes Laffin; Carlos Alberto Grespan Bonacim	2017	Estudo sobre o custo da judicialização da saúde no que tange à solicitação de medicamentos que são fornecidos pelo sistema de saúde do Brasil.
	PENSANDO O PROCESSO SAÚDE DOENÇA: a que responde o modelo biomédico?	José Augusto C. Barros	2002	Efetua uma crítica ao modelo biomédico, mecanicista, hegemônico na doutrina e prática que informa a medicina na atualidade

	As redes de atenção à saúde	Eugênio Vilaça Mendes	2008	Os problemas de saúde brasileira e a superação da fragmentação do sistema de saúde através da implantação das RASs.
	MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO NO BRASIL: análise da política nacional de medicamentos e balizas para a adoção de critérios nas decisões do poder judiciário	Daniel Castanha de Freitas	2017	Análise a atual Política Nacional de Medicamentos existente no Brasil, relacionando-a com o fenômeno conhecido por “judicialização da saúde”
	O Serviço Social e o Sistema Sociojuridico (Ética e direitos humanos na sociedade e no Serviço Social)	Elisabete Borgianni	2010	A atuação das assistentes sociais no sociojuridico.
	Judicialização da Saúde, Acesso à Justiça e Efetividade do Direito à Saúde	Miriam Ventura; Luciana Simas; Vera Lucia Edais Pepe; Fermin Roland Schramm	2010	Analisar as ligações entre o acesso à justiça e a eficácia de um aspecto do direito à saúde
	JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A OBTENÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO: à procura de uma contenção saudável	Margareth Vetis Zaganelli; Érica Bianchi Piva	2017	Refletir sobre a universalização do direito à saúde no Brasil se atendo ao fenômeno da judicialização da saúde com enfoque nas demandas por medicamentos de alto custo
	Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados	Volnei Garrafa; Cláudio Lorenzo	2009	Demonstra como as últimas modificações operadas em leis, reduzem a proteção de sujeitos vulneráveis nos países periféricos e maximizam interesses das grandes empresas farmacêuticas internacionais.

	A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose	Marcelo Medeiros, Debora Diniz, Ida Vanessa Doederlein Schwartz	2013	Faz uma avaliação a hipótese de se a judicialização de medicamentos para o tratamento das mucopolissacaridose no Brasil seria uma ação das elites econômicas.
<b>LEIS</b>	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	Brasil	2013	Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do CEAF no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
	Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS.	BRASIL. Ministério da Saúde	2010	Organização das Redes de Atenção à Saúde.
	Central de Medicamentos – CEME	Brasil	1971	Institui a Central de Medicamentos (CEME).
	Política Nacional de Assistência Farmacêutica	Brasil	2004	Aprovação da PNAF

<b>CAPÍTULO III</b>				
<b>TIPO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>ANO</b>	<b>PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES</b>
<b>LIVROS</b>	Como Elaborar Projetos de Pesquisa	Antônio Carlos Gil	2002	Regras para elaborar um projeto de pesquisa
	Métodos e técnicas de pesquisa social	Antônio Carlos Gil	2008	Apresenta as bases conceituais e os instrumentos técnicos necessários para o desenvolvimento de pesquisas nos diferentes campos das ciências humanas e sociais
	Pesquisa social: teoria, método e criatividade	Maria Cecília de Souza Minayo; Suely Ferreira Deslandes; Romeu Gomes	2009	Subsídios para a pesquisa social



<b>REVISTA</b>	Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica	Telma Cristiane Sasso de Lima; Regina Célia Tamasso Miotto	2007	Procedimentos metodológicos para a realização de pesquisa bibliográfica
<b>CARTILHA</b>	Metodologia da pesquisa social	João José Saraiva da Fonseca	2002	Elaboração da pesquisa social

### 3.2. Resultados e Discursões

Para estabelecer os resultados da pesquisa será analisado alguns eixos descritos no capítulo I e II e suas principais tendências, que contribuem para responder aos questionamentos relacionados a não efetivação do direito aos medicamentos do CEAF como está descrito no quadro abaixo.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>TENDÊNCIAS</b>	<b>AUTORES</b>
Modelo biomédico	Analisa o corpo humano por partes, estimula o consumismo médico, tem a saúde e doença como meios de arrecadação de lucros, prática médica ahistórica, a medicalização como única forma de tratar a doença, foco nas ações curativas, crescente especialização médica e valorização da alta tecnologia médica.	Capra, 1982; Paim, 2012
Movimento de Reforma Sanitária	Surge como uma proposta de superação do modelo biomédico, tendo como características a participação social, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, sistema unificado e universal, reforma que ia além dos aspectos saúde/doença, valorização da promoção e proteção da saúde.	Faleiros, 2006; Paiva, Teixeira, 2014; Paim, 2008. Lima, 2006; Sophia, 2012
Neoliberalismo	Catalisador do modelo biomédico no Brasil, diminuições dos gastos federais com saúde, redução do financiamento, repasse das ações à sociedade civil, a construção de um cidadão consumidor e não detentor de direitos, empasse para o SUS.	Paim, 2008; Borline, 2010; Behring; Boschetti, 2011
Busca de altos lucros pela indústria farmacêutica	Medicamento como mercadoria de valor de troca, medicalização da vida humana, medicamentalização, uso excessivo de	Barros, 2002; Caponi e Brzozowski, 2015;

	medicamentos, desenvolvimentos de fármacos com efeitos duvidosos, multiplicidade de medicamentos com mesmo efeito, substituição constante de medicamentos, desenvolvimento de medicamentos com alto valor.	Santos e Soares, 2015;
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF	Medicamentos de alto custo, altos lucros para a indústria farmacêutica e complexo médico industrial, atendimento especializado, com médicos, medicamentos, exames e tratamentos “especiais”.	Brasil, 2010
Judicialização dos medicamentos do CEAF	judicialização dos medicamentos como expressão do modelo biomédico e neoliberalismo, compromete os recursos disponibilizados para ações responsáveis pela promoção da saúde e prevenção de doenças, proporciona consequências econômicas para a organização da política, diminuindo o atendimento à população, contribui para o fortalecimento do modelo biomédico.	Boing, 2008; Medeiros, Diniz, e Schwartz, 2013; Mendonça, 2015.

As categorias relacionadas acima podem ser caracterizadas como uma sequência de fatores que, por ter sido ou não fortalecidos, contribuem direto ou indiretamente para a não efetivação do direito aos medicamentos do CEAF.

Lima (2006) e Sophia (2012) vem dizer que o Movimento de Reforma Sanitária proponha uma reformulação totalizante da saúde, seja no aspecto ideológico ou na prática como meio de superação a abordagem superficial que o modelo biomédico trata saúde e doença, tendo como principais bandeira de luta a concretização de um sistema unificado e universal que contasse com a participação social, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida com foco nas ações de promoção e proteção da saúde, contado com a participação da sociedade civil, profissionais e sindicatos como mostra a imagem:



15

Paim (2008) em concordância com Lima e Sophia ressalta que grande parte das propostas do MRS, que teve desfecho na VIII Conferência Nacional de Saúde, foram consolidadas na CF/88 e mais tarde na Lei 8.080, porém a transformação totalitária da saúde que fora proposto pelo movimento não se deu devido a política neoliberal implantada no Brasil na década de 1990. Borline (2010), Paiva (2014) e Faleiros (2006) concordam que o neoliberalismo se apresentou como uma pedra a efetivação do SUS. As políticas neoliberais proporcionaram diminuição nos gastos públicos com saúde contribuindo para o subfinanciamento do SUS e seu sucateamento.

Paim (2001) afirma que o modelo de atenção à saúde implantado no Brasil é configurado por diversas limitações e fragilidades e não responde a algumas das principais reivindicações do MRS: a promoção e proteção da saúde. Ao responder em parte os princípios de integralidade composto do corpo doutrinário da Medicina Preventiva (prevenção primária, secundária e terciária) o modelo biomédico encontra as bases para a sua hegemonia.

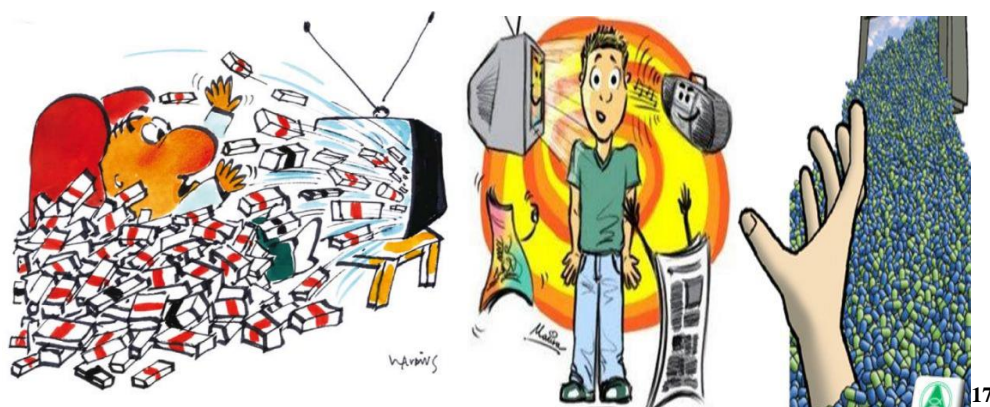
O modelo biomédico é descrito por Capra (1982) e afirmado por Paim (2012) como um modelo de atenção à saúde que analisa o corpo humano por partes, que estimula o consumismo médico com foco na doença como meio de arrecadação de lucros e tem a medicação como única forma de tratar a doença, valoriza a alta tecnologia e crescente especialização médica, tendo a saúde centrada na figura do médico como o único “detentor da saúde” como é exemplificado na charge abaixo:

<sup>15</sup> <http://laticsfucg.blogspot.com/2016/02/reforma-sanitaria-conquistas-e-desafios.html>



Esse modelo de atenção à saúde, que encontra sua hegemonia nas configurações do sistema capitalista, ao supervaloriza as ações de cunho curativa e ter como foco a doença, não incita a prevenção e a promoção da saúde e contribui para a constituição de uma sociedade que não terá preocupações em buscar uma vida mais saudável como forma de prevenir possíveis doenças.

Barros (2002), em concordância com Caponi e Brzozowski (2015) vem dizer que ao passo que essa realidade é reafirmada a valorização da medicação (medicamentação da vida e auto medicação) pela sociedade é eminente, abrindo espaço para os desmandos da indústria farmacêutica, que passa a trata os fármacos como mercadoria de valor de troca e estimula de todas as formas o consumo sem se preocupar com os efeitos para a população:



<sup>16</sup> <http://trabalhando-a-mente.blogspot.com/2013/09/programa-mais-medicos.html>.

<sup>17</sup> <https://cemedmg.wordpress.com/2014/08/20/propaganda-e-uso-racional-de-medicamentos-uma-pratica-possivel-https://marcioantoniassi.wordpress.com/2015/06/03/crf-sp-orienta-sobre-as-regras-para-a-propaganda-de-medicamentos-sujeitos-a-prescricao-medica/>

A busca por altos lucros da indústria farmacêutica acarreta a produção de medicamentos dos mais variados tipos e estipulação de variados valores obrigando a sociedade, que está inserida em um contexto de extrema dependência a ideologia de exaltação das ações curativas do modelo biomédico e o Estado, o executor das demandas do capital, a “curvarem-se” a indústria.



Porem os custos dessa obediência não são pequenos, acarretado o consumo de medicamentos de alto custo em várias consequências, sendo uma delas a judicialização como vem ressaltar Boing (2008) e Freitas (2017). A judicialização dos CEAF, como bem destaca Laffin (2017) é um meio de ampliação da cidadania e fortalecimento da democracia e muitas das vezes o único meio de obter um medicamento de alto valor, porém é preciso salientar que esse fenômeno se apresenta como causa e consequência do modelo biomédico tendo em vista, como mostra pesquisa do CNJ (2016), que a judicialização do CEAF se dar devido sua própria configuração (medicamentos caros que são impossíveis de ser financiado por parte da sociedade e demandam, muitas vezes do Estado, um valor enorme para efetivar o direito de apenas um cidadão).

A judicialização, como destaca Boing (2008), se mostra como causa ao modelo hegemônico, pois ao passo que o poder público compra medicamentos para atender às decisões judiciais, compromete os recursos disponibilizados para ações responsáveis pela promoção da saúde e prevenção de doenças que num estado mais avançado, necessitam de suporte farmacológico avançado e representam custos ainda maiores ao governo e enfermo.

<sup>18</sup> <http://ronyuchoa.blogspot.com/2016/04/charge-do-dia-e-mais-facil-o-satanas.html->

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise acerca do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no contexto de hegemonia do modelo biomédico e desenvolvimento das políticas neoliberais e os impactos da judicialização e mercantilização de medicamentos para a efetivação do direito ao CEAF utilizando-se de pesquisa bibliográfica de natureza exploratório e explicativa de caráter qualitativo desenvolvido por uma série de etapas, sendo formulada de acordo a natureza do problema.

A pesquisa no geral mostrou-se difícil devido os empecilhos de encontrar a contextualização do tema de forma sucinta em conjunto com os tópicos tratados, o que demandou uma maior destinação de tempo para que se pudesse obter um acervo adequado que de fato respondesse aos questionamentos da pesquisa.

O tema torna-se de inegável importância para toda a sociedade devido a crescente busca da população aos medicamentos do CEAF tendo em vista o aumento dos casos das doenças crônicas, e tendo ciência que o uso dos medicamentos de alto valor é fruto de causas, e envolve consequências econômicas, éticas e culturais.

Através da pesquisa em livros, revistas, artigos científicos, teses de mestrado e doutorado identificou que os problemas relacionados a não efetivação do CEAF são ocasionados, em sua grande maioria, devido a hegemonia do modelo biomédico por ter como características um grupo de fatores que contribuem de forma decisória para a mercantilização da saúde/doença e a valorização nas ações de cunho curativo em detrimento das ações preventivas ao qual ocasionando um agravamento das doenças em especial as crônicas. E também devido a crescente afirmação das políticas neoliberais que no rol da saúde, além dos empecilhos já tão conhecidos, estimulam a busca incessante da indústria farmacêutica por altos lucros que por sua vez passa a desenvolver fármacos com valor de mercado cada vez mais elevados ocasionando um grande dispêndio para a população que deixa de ser, nesse contexto, cidadão de direito e passa a ser cidadão consumidor.

Contudo se percebe que os questionamentos inicialmente propostos foram parcialmente respondidos levando em conta a grandiosidade do tema ao qual não poderia se esgotar em apenas uma pesquisa fazendo-se necessário uma busca mais aprofundada sobre o tema pelos diversos profissionais envolvidos nas áreas em questão.



## REFERÊNCIAS

- ANDERSON, P. **Balanço do neoliberalismo**. In: SADER, E.; GENTILI, P. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- AROUCA, S. A história natural das doenças. **Rev. Saúde em Debate**, São Paulo, n.1, p.15-19. 1976.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67 - 84, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902002000100008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902002000100008&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 02 out 2008.
- BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.
- BEHRING, E. R. **Política Social no Capitalismo tardio**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.
- BERMUDEZ, J. A.Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade**. São Paulo: Hucitec, 1995.
- BOING, A. C. **Política e Constituição: a judicialização do acesso a medicamentos em Santa Catarina**. 2008. 127p. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas) - Programa de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí, 2008.
- BORGIANI, E. Ética e direitos humanos na sociedade e no Serviço Social. In: CRESS/7ª Região (Org.). Em foco: **O Serviço Social e o sistema sociojurídico**. Rio de Janeiro: CRESS/7ª Região; PPGSS/UERJ, n. 2, 2010.
- BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS: os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Rev. Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321 - 333, ago./dez. 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Justiça em Números 2017: ano-base 2016**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2017. 190p. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2017/12/b60a659e5d5cb79337945c1dd137496c.pdf>>. Acesso em: 24 out 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 06 mai. 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. 186 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 7).

BRASIL. Decreto n. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (Ceme). **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 mai. 1971.

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. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Brasília, 19 set. 1990.

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. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**. Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília. Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em: 07 set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 145 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em: <  
[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro\\_15.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_15.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 163p. Disponível em: <  
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/06/Livro-2-completo-para-site-com-ISBN.pdf>>. Acesso em: 24 set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 262 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos (1999)**. 6ª Reimpressão. 40p. Il - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.25). Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. PORTARIA Nº 1.554, DE 30 DE JULHO DE 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no



âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Brasília, 30 jul. 2013.

BRASIL. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, 2010. p. 10.

BRESSER PEREIRA, L. C. **State reform in the 1990s: logic and control mechanisms**. In: BURLAMAQUI, Leonardo; CASTRO, Ana Célia; CHANG, Ha-Joon (Org.). *Institutions and the Role of the State*. Cheltenham: Edward Elgar, 2000. p. 175-219.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. **Tópicos especiais em ética, educação em saúde e modelos de seguimento farmacoterapêutico**. Santa Catarina: UFSC, 2015. Disponível em: <[www.unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica](http://www.unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica)>. Acesso em: 24 out. 2018.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cutriz, 1982.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

COHN, A. **Políticas de Saúde: implicações e práticas**. In: CAMPOS, G. W. S.; et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006, p. 232- 295.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da saúde, 2006.

FIGUEIREDO, M. C. O. **Discutindo a Proposta de Apoio Matricial nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. 2014. 113f. Dissertação (Mestre em Serviço Social) Programa de pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FREITAS, D. C. Medicamentos de alto custo no Brasil: análise da política nacional de medicamentos e balizas para a adoção de critérios nas decisões do poder judiciário. **Revista da AJURIS**, Porto Alegre, v. 44, n.142, p.43-71, 2017. Disponível em: <[http://www.ajuris.org.br/OJS2/index.php/REVAJURIS/article/viewFile/630/Ajuris\\_142\\_DT\\_2.pdf](http://www.ajuris.org.br/OJS2/index.php/REVAJURIS/article/viewFile/630/Ajuris_142_DT_2.pdf)>. Acesso em: 09 out 2018.

GARRAFA, V.; LORENZO, C. Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S.; HELLMANN, F. (Org.). **Medicalização da vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. Palhoça: Unisul, 2010. p. 21-35.

Gil, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

Gil, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS – Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, Editora Objetiva Ltda., 2001.

IRIART, C. B. **Atenção gerenciada**: instituinte da reforma neoliberal. 1999. 242f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

LAFFIN, N. H. F.; BONACIM, C. A. G. Custos da saúde: judicialização de medicamentos ofertados pelo SUS. In: Congresso Brasileiro de Custos, 2017. Florianópolis. **XXIV Congresso Brasileiro de Custos** – Florianópolis, SC: Associação Brasileira de Custos, 2017. P.1-14.

LEAL, R. G.; RITT, C. F. A judicialização da Saúde e as práticas corruptivas. In.: **II Colóquio de Ética, Filosofia Política e Direito**. Santa Cruz do Sul, RS: Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, 2015. P. 01-19. Disponível em:< <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/efpd/article/view/13241> >. Acesso em: 15 out. 2018.

LEITÃO, R. G. **Poder judiciário, políticas públicas e o direito à saúde**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha/Universidade Aberta do Nordeste, 2018. 192 p.

LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. **Saúde coletiva como compromisso**: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006.

MACHADO, F.A. Participação social em saúde. in: **Conferência Nacional De Saúde**, 8., Brasília. Anais... Brasília: Centro de documentação do Ministério da saúde, 1987. p.299-305.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; SCHWARTZ, I. V. D. A. Tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1079-1088, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, MG: ESP, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Rev. Med Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 18, supl. 4, p. S3-S11, 2008. Disponível em:< <file:///C:/Users/WALBER/Downloads/v18n4s4a02.pdf>>. Acesso em:14 out. 2018.

MENDONÇA, A.C.O. et al. Políticas de saúde do governo lula: avaliação dos primeiros meses de gestão. **Rev. Saúde Debate**, v. 29, n. 70, p. 109-124, 2005.

MENDONÇA, S. M. F. **Medicamentos de alto custo**: a judicialização e o papel do Estado. 2015. 83f. Monografia (de bacharel em Direito) - Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS. Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2015.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MIOTO, R. C. T.; LIMA, T. C. S. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katálisis**, Florianópolis, v. 10 n. esp. p. 37-45, 2007.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

OLIVEIRA, E. X. et al. – Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, 20: 386-402, 2004.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: Seminários Temáticos Permanentes, 2001, Brasília. **Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes**. Brasília: ANVISA/ISCUFBA, 2001. P. 1-16.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.

PAIM, J. S. **Desafios Para a Saúde Coletiva No Século XXI**. Bahia: Edufba, 2006.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Rev. História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2018.

QUINELLATO, L. V. **A DIRETRIZ DE HIERARQUIZAÇÃO DO SUS**: mudando a antiga perspectiva do modelo médicoassistencial privatista. 2009. 73f. Dissertação (Mestre em International Management) - curso Master in International Management da Fundação Getúlio, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, M. **Estado, Política Social e Controle do Capital**. Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

SANTOS, R. I. **Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro**. 2011. 173f. Tese (Doutor em Farmácia) Área de Concentração Fármaco-Medicamento - da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SANTOS, R. I.; SOARES, L. **Políticas de Saúde e Acesso aos Medicamentos**. Santa Catarina: UFSC, 2015. Disponível em: <[www.unasus.ufsc.br/gestaofarmacutica](http://www.unasus.ufsc.br/gestaofarmacutica)>. Acesso em: 20 out. 2018.

SANTOS, R.C.N. a história do projeto Montes Claros. in: FLEURY, s. (org.). **Projeto Montes Claros**: a utopia revisitada. rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 21-60.

SINGER, P. Saúde In: LAMOUNIER, B.; FIGUEIREDO, R. (Orgs). **A Era FHC**: um balanço. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002.

SOPHIA, D. C. **O CEBES e o movimento de reforma sanitária: história, política e saúde pública** (Rio de Janeiro, 1970-1980). 2012. 216f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2012.

TEIXEIRA, F. J. S. **O neoliberalismo em debate**. In: TEIXEIRA, F. J. S.; Oliveira, M. A. **Neoliberalismo e Reestruturação produtiva**. 2. Ed. São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade do Ceará, 1998. p. 254- 320.

VENTURA, M.; SIMAS, L.; PEPE, V. L.; SCHRAMM, F. Judicialização da Saúde, Acesso à Justiça e Efetividade do Direito à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. v. 20, nº 1, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006) > Acesso em: 8 out 2017.

ZAGANELLI, M. V.; PIVA, E. B. Judicialização da saúde e a obtenção de medicamentos de alto custo: à procura de uma contenção saudável. **Rev. Eletrônica de Direito do Centro Universitário Newton Paiva**, Belo Horizonte, n.33, p.156-172, set./dez. 2017. Disponível em:< <http://blog.newtonpaiva.br/direito/wp-content/uploads/2018/03/DIR33-10.pdf>>. Acesso em:14 out. 2018.