

A “Justiça” e o Acesso a Medicamentos em Tempos de Desabastecimento

Lucas Freire¹

¹Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo

O artigo trata de histórias de usuários de uma instituição chamada Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) que acompanhei entre os anos de 2016 e 2017. Por meio da contextualização dos relatos em relação ao que estava acontecendo na rede pública de saúde da cidade do Rio de Janeiro durante o período em que realizei uma etnografia, abordo os caminhos percorridos pelas pessoas para contornar a falta de medicamentos nas Unidades de Saúde, em especial de pacientes acometidos por doenças crônicas que necessitam de remédios de uso contínuo. Discuto também como os funcionários da Câmara tentam resolver administrativamente essas demandas e as soluções propostas por eles. Em diálogo com a bibliografia sobre o controverso tema da *judicialização da saúde*, busco refletir sobre o lugar ocupado pela ‘justiça’ na busca pela assistência farmacêutica em tempos de desabastecimento e seus limites para a promoção do acesso a medicamentos.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Judicialização da Saúde. Direitos. Crise. Escassez.

The ‘Justice’ and the Access to Medicines in Times of Shortage

Abstract

This paper is about stories of users of an institution called the Health Dispute Resolution Chamber (HDRC) that I heard between 2016 and 2017. Through the contextualization of the narratives in relation to what was happening in the public health system of the Rio de Janeiro city during the period in which I carried out an ethnography, I address the ways people overcome the lack of medicines in public hospitals, especially patients who suffer from chronic diseases that require continuous-use medicines. I also discuss how the Chamber staff tries to solve these demands administratively, and the solutions they propose. In dialogue with the bibliography on the controversial topic of *health litigation*, I seek to think about the place occupied by ‘justice’ in the search for pharmaceutical assistance in times of shortage and its limits to the promotion of access to medicines.

Keywords: Pharmaceutical Assistance. Health Litigation. Rights. Crisis. Scarcity.

Recebido em: 25/01/2022

Aceito em: 1º/06/2022



Este trabalho está licenciado sob CC BY-NC-SA 4.0. Para visualizar uma cópia desta licença, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

1 Introdução

A assistência farmacêutica é um importante braço de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito às ações de preservação, promoção e recuperação da saúde tanto individual quanto coletiva. Em 2004, como resultado da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi substituída pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Centrada na distribuição e no chamado ‘uso racional’ dos fármacos, a PNAF tem como instrumento norteador a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e encontra-se dividida em três Componentes: Básico (CBAF), Estratégico (CESAF) e Especializado (CEAF). Tal como o SUS, a gestão desses componentes é tripartite, isto é, o financiamento e a escolha de quais medicamentos serão incluídos em cada um desses componentes são feitos conjunta e articuladamente pela União, os estados e os municípios.

Entre os medicamentos do Componente Básico, estão aqueles utilizados regularmente por uma parcela significativa da população e que fazem parte do cotidiano da rede de atenção primária e Unidades Básicas de Saúde (UBS). O Componente Especializado¹ reúne os fármacos voltados para o que se entende como assistência integral em saúde, isto é, destinados ao tratamento e/ou controle de sintomas de doenças raras e/ou crônicas. Sua utilização segue as linhas do cuidado estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) elaborados pelo Ministério da Saúde (MS). Os medicamentos que fazem parte do Componente Estratégico são aqueles utilizados no tratamento de doenças epidêmicas e endêmicas – agudas ou crônicas – que apresentem riscos e/ou impactos socioeconômicos significativos para a população como um todo ou um grupo específico. Assim, entre os fármacos que considerados ‘estratégicos’ estão os utilizados no tratamento de doenças como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids), diabetes, tuberculose, hanseníase, entre outros agravos.

Ainda que sempre tenha tido que lidar com um certo grau de precariedade, nos últimos anos, a assistência farmacêutica tem enfrentado os efeitos de consecutivas decisões baseadas em uma alegada ‘necessidade incontornável de cortes de gastos’, as quais levaram a uma míngua cada vez mais severa dos insumos e fármacos disponibilizados pela rede pública de saúde. No universo etnográfico de minha pesquisa, a falta de medicamentos nas Clínicas da Família (CF), Centros Municipais de Saúde (CMS), hospitais e na Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais (RIOFARMES) foi uma das principais reclamações/demandas dos meus interlocutores. Soma-se a isso a reformulação de programas como

¹ No caso do município do Rio de Janeiro, a dispensação dos medicamentos do CEAF é realizada pela Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais (RIOFARMES), uma instituição localizada na região central da cidade.

o *Farmácia Popular*, que resultou na interposição de barreiras quase intransponíveis para o acesso aos tratamentos farmacológicos entre a população de menor poder aquisitivo. No caso particular do Rio de Janeiro, o problema do desabastecimento generalizado de medicações distribuídas gratuitamente – ou cujo valor é parcialmente subsidiado pelo poder público – ganhou contornos bastante dramáticos e específicos conforme o avanço de uma disseminada ideia de ‘crise da saúde pública’.

Ao final do ano de 2015, 15 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) estavam fechadas total ou parcialmente no estado do Rio de Janeiro. Além disso, a emergência do maior hospital público da Zona Norte da cidade – o Hospital Getúlio Vargas – foi bloqueada com tapumes e restrita aos sujeitos em risco de morte. No Hospital Federal de Bonsucesso, os médicos atendiam aos pacientes em um setor de emergência improvisado em containers desde 2011. Com meses de salários atrasados e tendo que lidar com o estoque de vários medicamentos zerado, a falta de funcionários terceirizados de limpeza e segurança e a escassez de itens básicos como esparadrapo, papel higiênico, sabonete etc., os médicos da rede estadual de saúde do Rio de Janeiro deliberaram pela entrada em ‘estado de greve’.

Foi nesse contexto que, em 23 de dezembro de 2015, o governador Luiz Fernando Pezão decretou ‘estado de emergência’ no sistema estadual de saúde. Nesse mesmo dia, o presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) declarou em uma entrevista coletiva que essa era a “pior crise de saúde pública vivenciada no estado”. O decreto foi amplamente veiculado nas reportagens sobre a situação das unidades públicas de saúde de diferentes jornais impressos e televisivos. O assunto da ‘crise’ permaneceria em destaque nas manchetes ao longo de toda a segunda metade da década de 2010 (FREIRE, 2019). Em 2016, o ‘estado de emergência’ tornou-se ‘estado de calamidade pública’. No decreto, o governador em exercício Francisco Dornelles afirmou que devido à ‘grave crise econômica’ que assolava o estado, seria preciso tomar ‘medidas duras’ no campo financeiro com o objetivo de cumprir as obrigações pactuadas para realização dos Jogos Olímpicos e impedir um total colapso nos setores de Saúde, Segurança, Educação e Mobilidade. Nesse contexto, o secretário de estado de saúde afirmou que seria difícil manter todas as unidades estaduais de saúde funcionando e que alguns serviços poderiam ser interrompidos.

Em 2017 a ‘crise’ alastrou-se para a rede municipal. A falta de medicamentos e insumos básicos tanto na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) quanto nos hospitais de grande porte foi denunciada semanalmente ao longo do ano. Pouco depois da metade de 2017, a escassez de medicamentos e a redução da cobertura da atenção básica atingiram um ponto particularmente dramático. No início do mês de agosto, a Prefeitura anunciou que fecharia 11 Clínicas da Família na região de Jacarepaguá e Barra da Tijuca. Esse anúncio deu início a uma série de manifestações realizadas por profissionais de saúde em diferentes pontos da cidade. Durante esse período, houve uma forte pressão da imprensa para que o prefeito se pronunciasse sobre a questão. Ao longo de semanas, jornalistas permaneceram nas portas de diversas unidades de saúde e foram publicadas diariamente fotos, vídeos e entrevistas com pacientes e profissionais sobre o ‘caos’ na rede municipal de saúde.

No dia 20 de fevereiro de 2018, o prefeito anunciou um corte de R\$ 367 milhões no orçamento da Saúde. Por volta da metade do ano, o corte já havia atingido a marca dos R\$ 800 milhões, o que fez com que o secretário municipal de Saúde pedisse demissão no final do mês de julho. Próximo do fim do ano, o suposto vazamento de um documento intitulado “Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde” gerou uma forte reação das categorias de profissionais de saúde, tornando a gestão de Marcelo Crivella novamente alvo de protestos, críticas e questionamentos. Inicialmente, o plano previa a redução de R\$ 725 milhões do orçamento da pasta, o que acarretaria a demissão de cerca de 1.200 funcionários do *Programa de Saúde da Família*. Foi a partir dessa ocasião que Crivella afirmou explicitamente que a saída para a crise residiria em medidas de austeridade fiscal e reestruturação do modelo de saúde vigente até então, ou, nas palavras do próprio prefeito, no “redimensionamento dos serviços de saúde”².

Diante das dificuldades cotidianas no que diz respeito ao acesso aos bens públicos de saúde, muitas pessoas decidem ‘entrar na justiça’ como forma de contornar os efeitos da escassez e da precarização desses serviços. Para os que não podem arcar por conta própria com os custos de um processo judicial, a solução é procurar o auxílio das Defensorias Públicas do Estado do Rio de Janeiro (DPE-RJ) ou da União (DPU). Contudo, um acordo firmado entre as Defensorias e a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (doravante CRLS ou apenas Câmara) – órgão estatal no qual realizei uma pesquisa etnográfica entre os anos de 2016 e 2017 – estabelece que os defensores só podem ajuizar uma ação na área da saúde após o insucesso das tentativas de ‘resolução administrativa’ dos casos.

De modo resumido, a CRLS é uma instituição responsável por buscar soluções administrativas/extrajudiciais para toda e qualquer demanda de saúde feita em face ao poder público. Como o nome sugere, seu principal objetivo é tentar resolver as solicitações sem que haja a necessidade de judicialização. A CRLS ocupa um imóvel de três andares no Centro da cidade do Rio de Janeiro. Sua criação, em 2012, resulta de um acordo firmado entre as já mencionadas DPE-RJ e DPU, as Procuradorias Geral do Estado e do Município do Rio de Janeiro (PGE e PGM, respectivamente), as Secretarias Municipal e de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio e SES-RJ, respectivamente), o Departamento de Gestão Hospitalar (DGH) do Ministério da Saúde e o Tribunal de Justiça do Estado Rio de Janeiro (TJRJ). A equipe que atua na Câmara é composta a partir de servidores, profissionais contratados e ocupantes de cargos comissionados desses diferentes órgãos estatais. Os funcionários se dividem em quatro setores – triagem, atendimento, análise técnica e retorno da análise – e possuem formações educacionais diversas, havendo pessoas com nível médio e com ensino superior em medicina, enfermagem, farmácia, nutrição, direito e serviço social.

Em um momento de acentuada fragilização do SUS, os trabalhadores da Câmara viram seus expedientes passar por uma série de transformações de caráter quanti e qualitativo. Ao longo do tempo em que permaneci acompanhando o cotidiano da CRLS, ouvi incontáveis relatos e comentários tanto dos funcionários quanto dos usuários que associavam a ‘crise da saúde’ ao que era vivenciado diariamente não só instituição, mas na rede pública de saúde como um todo. De acordo com eles, desde que os serviços de saúde da cidade

² Para uma caracterização mais detalhada da ‘crise da saúde pública’ no Rio de Janeiro nesse período, consultar Freire (2019).

passaram a ter de lidar com uma precariedade constante, mais pessoas e novas demandas se fizeram presentes na rotina do órgão.

Quando a CRLS iniciou seu funcionamento, cerca de 60 pessoas eram atendidas diariamente e os casos de pedidos de medicamentos diziam respeito sobretudo aos fármacos não abrangidos pelas listas oficiais de distribuição. Contudo, desde meados de 2015, tornou-se cada vez mais comum o atendimento de 90 ou até mesmo 100 pessoas por dia, dado que aparece também na pesquisa de Soares (2017). Já as solicitações de medicamentos voltaram-se para aqueles que supostamente deveriam estar disponíveis, mas que se encontravam em falta devido aos cortes orçamentários e/ou atrasos no repasse de verbas. Nesse sentido, fármacos tidos como básicos, como os ‘remédios de pressão’ e itens que fazem parte de políticas de saúde consolidadas, como, por exemplo, insulinas, seringas, agulhas e glicômetros utilizados para o tratamento e monitoramento de pacientes diabéticos, passaram a ser demandados judicialmente e, portanto, atendidos pela equipe da Câmara.

Os dramáticos relatos acompanhados ao longo do trabalho de campo são colocados em diálogo com materiais de outra ordem. Assim, a pesquisa mais ampla a partir da qual esse artigo se origina envolve também as falas, discursos, declarações, documentos, imagens etc. coletados a partir de um levantamento documental, bem como dados estatísticos sobre repasses, orçamentos, prestação de contas, quantitativo de profissionais de saúde, leitos, prestação de serviços etc. disponibilizados no *DataSUS* – portal do departamento de informática do SUS que concentra as mais variadas estatísticas sobre o sistema de saúde nacional – e nas páginas de ‘transparência’ de contas públicas como o *Rio Transparente* (da prefeitura) e o *Portal Transparência* (do governo do estado).

O artigo trata desse cenário de escassez. Por meio da contextualização das narrativas apresentadas pelos usuários da CRLS em relação ao que estava acontecendo na rede pública de saúde da cidade do Rio de Janeiro durante o período em que realizei uma etnografia, abordo os caminhos percorridos pelas pessoas para contornar a falta de medicamentos nas unidades de saúde, em especial de pacientes acometidos por doenças crônicas que necessitam de remédios de uso contínuo. Discuto também como os funcionários da Câmara tentam resolver administrativamente essas demandas e as soluções propostas por eles. Por fim, em diálogo com a bibliografia sobre o controverso tema da ‘judicialização da saúde’, busco refletir sobre o lugar ocupado pela ‘justiça’ na busca pela assistência farmacêutica em tempos de desabastecimento e seus limites para a promoção do acesso a medicamentos.

2 As Rotinas de Trabalho e o Funcionamento da CRLS

Durante 13 meses, frequentei as dependências da CRLS de três a quatro dias por semana tanto no horário de atendimento ao público (das 10h às 15h) quanto no expediente interno (entre 7h e 19h, aproximadamente). Nesse período, circulei por quase todos os espaços da Câmara e convivi com quase todos os funcionários, tendo por exceção a equipe de coordenação, os funcionários do Núcleo de Assessoria Técnica (NAT) e as pessoas que trabalhavam nos gabinetes da DPE-RJ. Optei por não realizar nenhuma entrevista

gravada para a pesquisa e tive acesso tanto aos documentos trazidos pelas pessoas que buscavam atendimento quanto àqueles produzidos pelos próprios funcionários da CRLS. No entanto, não fui autorizado a acessar o banco de dados estatísticos da instituição.

No que se refere à organização do trabalho de campo, duas foram as estratégias acionadas para estruturar minhas observações. Na primeira delas, os *casos* serviram de eixo condutor. Isto é, ao me deparar com situações que me pareciam encerrar pontos chave para as discussões que pretendia desenvolver, acompanhei a circulação dos documentos e o andamento da demanda entre os andares e setores da CRLS. Na segunda, dediquei-me a apreender o fluxo de atividades em um setor durante algumas semanas seguidas, ora tentando compreender o funcionamento deste como um todo, ora sentando ao lado de um único funcionário durante pelo menos um turno inteiro de trabalho.

A Câmara de Resolução de Litígios de Saúde divide-se em setores que correspondem às quatro etapas do atendimento prestado. Em um primeiro momento, o usuário – ou, como na maioria dos casos, o seu representante – deve apresentar sua solicitação e uma série de documentos às assistentes sociais que compõem a equipe de *triagem*. Entre esses documentos estão a carteira de identidade, o Cadastro de Pessoa Física (CPF), os comprovantes de renda e residência, os laudos, receituários, prescrições e pedidos médicos e, quando se solicita algo em nome de alguém, algum documento que comprove a relação da pessoa com o demandante (certidão de nascimento ou casamento, identidade que aponte a mesma filiação ou outro grau de parentesco).

Após ouvir a narrativa da situação e examinar os documentos, as assistentes sociais registram a passagem da pessoa pelo setor, definem qual das duas Defensorias Públicas ficará a cargo do atendimento do pedido e geram um *número de solicitação*. Todo esse processo é informatizado, sendo feito por meio de um *software* chamado *Sistema Câmara* desenhado exclusivamente para o gerenciamento do fluxo de ‘assistidos’³ da CRLS. O número de solicitação é utilizado para localizar uma demanda nesse sistema. Todas as vezes que uma pessoa vai até a Câmara, é gerado um novo número de solicitação que fica atrelado ao nome e número de CPF do assistido, sendo possível consultar quantas vezes e em quais datas aquele mesmo sujeito – ou um dos seus representantes – compareceu ao órgão.

Depois de passar pela triagem, a pessoa é encaminhada para o setor de *atendimento*, cuja equipe é composta por técnicas de nível médio concursadas, contratadas e também estagiários do curso de Direito das Defensorias. Nesse momento, é preciso relatar novamente a situação que fez com que a pessoa buscasse a ajuda da CRLS e declarar quais são as pretensões do pedido. A história narrada é ‘traduzida’ e resumida em um campo chamado *redução a termo*. Já a solicitação é convertida em *produto*, que pode ser desde um conjunto de medicamentos e insumos até uma consulta com médico especialista ou um procedimento cirúrgico. Após o preenchimento dessas informações, os documentos trazidos pelos assistidos são conferidos, devidamente digitalizados e anexados ao número de solicitação gerado na triagem. No caso dos pedidos de medicamentos, é imprescindível

³ O termo *assistido* é comumente utilizado para designar os usuários das Defensorias Públicas tanto estaduais quanto da União em diferentes partes do Brasil. Na medida em que as pessoas atendidas na Câmara de Resolução de Litígios de Saúde são, em alguma medida, também usuárias das Defensorias, é dessa forma que os funcionários se referem a elas.

registrar ‘no sistema’ durante o atendimento o componente farmacológico (e não o nome com o qual ele é comercializado); a dosagem indicada; a forma de apresentação (comprimido, capsula, pomada, gel, ampola etc.); o período de tratamento (transitório ou contínuo); e a quantidade total requerida, o que em situações de adoecimento crônico implica a necessidade de uma ‘renovação’ periódica da solicitação.

O passo seguinte é a *análise técnica*. Nesse setor, localizado no segundo andar do prédio e onde não circula ninguém que não trabalhe na instituição, estão localizadas as mesas de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e assistentes sociais vinculados às Secretarias Municipal e de Estado de Saúde. Os funcionários responsáveis por analisar os pedidos e propor uma eventual solução administrativa acessam apenas os documentos digitalizados na etapa anterior, de modo que essa é a única parte do fluxo de atendimento em que não há qualquer participação dos assistidos e seus representantes ou contato entre eles e as pessoas que atuam na Câmara. Há diferentes maneiras de dar andamento aos casos que variam tanto em relação ao produto solicitado – já que um pedido de medicamento não obedece ao mesmo protocolo de um pedido de consulta – quanto em função de qual é a instância responsável pela oferta do serviço ou bem de saúde (municipal, estadual ou federal).

Para solicitações de medicamentos, o procedimento comum consiste em verificar se as informações sobre o produto demandado registradas no *Sistema Câmara* são as mesmas que constam nos documentos médicos digitalizados. O segundo passo é conferir se o receituário e o laudo médico apresentados pelo assistido estão válidos (se foram emitidos dentro de um prazo de 90 dias) e se eles são coerentes, ou seja, se a medicação receitada é condizente com a patologia inscrita no laudo. Quando o medicamento faz parte da lista da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) do Rio de Janeiro, o analista entra em contato com o Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) da Unidade Básica de referência do assistido⁴, tendo em vista que a dispensação dos medicamentos básicos deve ser feita por essas unidades. Nesse contato – que pode ser feito por *e-mail* ou por meio de uma ligação telefônica – o funcionário se identifica como alguém vinculado à CRLS, explica resumidamente a situação do assistido e faz uma série de perguntas: se há o medicamento em estoque; se há previsão de compra; se tem como solicitar uma transferência entre unidades; isto é, se existe alguma possibilidade de a pessoa ter acesso ao medicamento sem que haja a necessidade de ‘entrar na justiça’. Nas ocasiões em que a pessoa do outro lado diz que é possível tentar resolver a situação de alguma forma, é determinado um prazo que varia entre sete e 15 dias para que a Unidade de Saúde se pronuncie sobre o caso. Após esse período, se nenhum tipo de ‘resolução administrativa’ é oferecido, o assistido é encaminhado para a Defensoria Pública para que o caso seja judicializado.

Para os casos de medicamentos elencados no Componente Especializado, o procedimento é diferente, já que a sua dispensação é mais rigorosamente controlada. Uma das distinções em relação aos medicamentos básicos é que o fluxo normal de distribuição de remédios do Componente Especializado está diretamente subordinado às

4 A Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Atenção Primária de referência de uma pessoa depende do seu endereço de residência. No site da SMS há uma página chamada “Onde ser atendido?” que indica o território de atuação de cada unidade. Quando é preciso ‘referenciar’ um assistido, os profissionais da CRLS utilizam essa ferramenta.

regras estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde. Assim, a primeira coisa a ser feita pelos analistas é verificar se o número da Classificação Internacional de Doenças (CID) informado no laudo do assistido está contemplado nos critérios de dispensação definidos pelo Ministério. Nos casos em que o código da CID não consta na lista de patologias para os quais o medicamento é indicado, mas que a literatura médica contemporânea tem apontado como um tratamento adequado, o parecer informa que não é possível obter a medicação pela via administrativa e encaminha o caso para a Defensoria Pública para que seja judicializado.

Quando a CID do assistido integra a lista de patologias para as quais a medicação está oficialmente indicada, o passo seguinte é saber se a pessoa já possui cadastro no CEAF do Rio de Janeiro. Quando não, o assistido e/ou representante é mandado para a Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais (RIOFARMES) para cadastrar-se, uma vez que não é possível ter acesso a esse tipo de medicamento sem o devido registro⁵. Caso já seja paciente cadastrado, os analistas verificam o histórico do assistido em busca de informações sobre quando foi a última retirada, há quanto tempo está em tratamento, qual a periodicidade do uso do remédio etc. Como a grande maioria dos casos de solicitação de medicamentos especializados se deu por conta da falta deles na unidade de dispensação, o passo seguinte era olhar uma tabela compartilhada por todos os analistas da CRLS na qual eram registrados todos os medicamentos que estavam com a distribuição irregular e/ou intermitente. Nesse arquivo eram anotados: 1) a data quando a situação começou a ocorrer; 2) se havia previsão de normalização do estoque; e 3) quem foram as pessoas responsáveis tanto por obter (um funcionário da CRLS) quanto por dar tal informação (um funcionário do CEAF).

De todo modo, semanalmente os analistas entravam em contato com os profissionais do CEAF com intenção de saber se houvera alguma mudança no status de uma dada medicação. Para os medicamentos com estoque zerado e sem previsão de nova compra – a maior parte deles –, o procedimento era encaminhar o assistido para a Defensoria Pública com um parecer que informava resumidamente a sua situação: patologia, gravidade/urgência, necessidade do tratamento, há quanto tempo estava sem acesso e outras informações que eventualmente eram consideradas pertinentes.

Outra situação relativamente comum aos pedidos de medicamentos é a proposição de um substitutivo e/ou de alteração do esquema terapêutico. Isso ocorre quando a medicação solicitada pelo assistido não faz parte de nenhuma lista oficial do SUS, mas existem outros medicamentos constantes dessas listas que são indicados para o tratamento da patologia segundo os PCDTs. Tal situação é comum quando, por exemplo, o médico do paciente indica como tratamento um determinado medicamento em uma dose de 400mg, mas na REMUME há a opção desse mesmo medicamento na dose de 150mg.

Outros episódios em que se costuma propor uma substituição se dão com os pedidos de insulina para portadores de Diabetes *Melitus* tipo I e II. De acordo com a equipe da

⁵ Para ter acesso gratuito aos medicamentos disponibilizados pelo CEAF, os pacientes precisam primeiramente se cadastrar no órgão. Para realizar tal cadastro, é necessário apresentar uma série de documentos que atestam sua necessidade, tais como o Laudo para Solicitação de Medicamentos (LME), a prescrição médica, o laudo médico detalhado e os documentos que comprovem a identidade e a residência do solicitante. Após o cadastro, a solicitação é avaliada por um parecerista e, quando deferida, a pessoa é inscrita na lista de beneficiários e autorizada a retirar a medicação gratuitamente em um dos postos de dispensação.

CRLS, esses pedidos são recorrentes porque o PCDT para diabetes é antigo e não inclui na lista de medicamentos disponibilizados pelo SUS as tecnologias terapêuticas mais atuais, as quais possuem menos efeitos colaterais e são mais fáceis de aplicar. Nesse sentido, a proposição de um substitutivo é a primeira opção dos analistas quando se deparam com situações desse tipo. Caso o médico do assistido recuse a substituição ou já conste na prescrição médica algo que informe expressamente que não é possível substituir a medicação indicada – histórico de tratamento do paciente dizendo que já fez uso o medicamento disponível, mas não obteve efeito; alergia a algum componente ou qualquer outra razão –, o analista da Câmara encaminha o caso para a Defensoria Pública.

Um ponto que precisa ser destacado sobre os pareceres que sugerem a substituição de um medicamento ou alteração de esquema terapêutico é que estes são os únicos que não são enviados exclusivamente por meio do sistema de gerenciamento interno da CRLS, os quais são assinados apenas eletronicamente. Os *pareceres substitutivos* são feitos somente por médicos ou farmacêuticos, impressos em papel timbrado da Câmara, assinados manualmente e carimbados com o nome completo e número de registro profissional – a inscrição no CRM (Conselho Regional de Medicina) ou no CRF (Conselho Regional de Farmácia) – do responsável pela sua elaboração.

A produção ‘artesanal’ desse documento – que leva o prestigioso título de *ofício* – somada a suas marcas distintivas parecem conferir a ele uma autoridade maior que a dos demais pareceres produzidos diariamente na CRLS. Esses pareceres são acionados diante de outro documento central na produção da demanda judicial por medicamentos: a prescrição médica. Como discutido por autores como Herzfeld (1992) e Ferreira (2009), assinaturas, timbres, chancelas, marcas d’água e carimbos são elementos que atribuem veracidade e poder aos papéis em contextos burocráticos. Nas disputas pelo estabelecimento do ‘melhor tratamento’ travadas por meio dos documentos, tais componentes tornam-se bastante relevantes. Além do próprio uso de uma “linguagem autorizada” (BOURDIEU, 1996) e reconhecida pelos profissionais de saúde, a presença de determinados símbolos reveste esses pareceres de um certo valor e capacidade de mando, o que pode fazer a balança pender para um dos lados do conflito.

A última fase do atendimento é o chamado *retorno da análise*. Com uma equipe composta por nutricionistas e enfermeiras⁶, é nesse momento que os assistidos descobrem o resultado/encaminhamento de seu pedido. Como as próprias funcionárias da Câmara fizeram questão de enfatizar em inúmeras ocasiões, a rotina no setor é muito ‘simples’, estando limitada a imprimir o parecer elaborado pelos analistas e informar aos assistidos o que eles devem fazer em seguida: retornar outro dia com novos documentos, se dirigir a uma Unidade de Saúde portando aquele parecer impresso, aguardar o contato da Defensoria Pública, entre outras possíveis conclusões. Na medida em que muitas vezes essas respostas não atendem aos anseios dos pleiteantes e são consideradas insuficientes,

⁶ É notável o uso alternado do masculino englobante e do feminino demarcado para se referir ao corpo de funcionários da CRLS ao longo do texto. Longe de ser um descuido ou algo não percebido/preendido, essa alternância visa ser fiel ao que acompanhei em minha etnografia. Não é por acaso que os setores de triagem, atendimento e retorno da análise – isto é, aqueles em que há interação com os usuários – possuam equipes formadas exclusiva ou majoritariamente por mulheres (há alguns estagiários do sexo masculino no setor de atendimento). Ainda que não haja espaço aqui para desenvolver esse ponto, gostaria de mencionar que essa forma de organização da instituição deixa explícita uma dimensão profundamente generificada das práticas de governança e administração estatal (VIANNA e LOWENKRON, 2017).

é no retorno da análise que se dão os maiores embates entre os assistidos e o pessoal da CRLS. Em cenas potencialmente conflituosas, o enunciado de que ‘nada pode ser feito’ adquire especial importância, pois isenta as funcionárias de qualquer ligação com o desfecho do caso, já que não são elas que redigem o parecer.

Como mencionado anteriormente, esse processo de atendimento serve para avaliar e buscar as possíveis soluções extrajudiciais/administrativas para os casos. Ainda que seja publicamente veiculada como uma instituição que visa a resolver rápida e eficazmente as solicitações dos usuários, um dos principais objetivos da CRLS é evitar que tais demandas cheguem aos tribunais e, portanto, controlar uma espécie de problema: o ‘excesso de judicialização da saúde’. Em algumas ocasiões, o que é classificado como uma ‘resolução administrativa’ segundo os parâmetros institucionais nada mais é do que um pedido para que a pessoa retorne outro dia trazendo outros documentos ou que aguarde o contato de alguém da Câmara. Nesses casos, as atuações dos funcionários não oferecem respostas conclusivas e/ou satisfatórias aos interesses dos assistidos, deixando-os frustrados. Os modos pelos quais o órgão atua para executar sua missão serão explicitados nas vinhetas etnográficas apresentadas a seguir.

3 A ‘Justiça’ e as Tentativas de Garantir o Acesso aos Medicamentos

Quando a senha 27 foi anunciada na caixa de som, Célia⁷ se dirigiu ao guichê de número 2. A assistida era uma mulher de 43 anos que morava na Vila da Penha com o marido e o filho. Ela apresentou seus laudos e receituários médicos para solicitar o medicamento Azatioprina, que alegou não receber do Estado há cinco meses. Célia estava fazendo acompanhamento no Hospital Federal de Bonsucesso após ter um rim transplantado. Ela pediu que alguém ‘a ajudasse’, pois ela não poderia interromper o tratamento e estava ‘se virando’ para comprar a medicação, a ponto de estar correndo o risco de ser despejada por conta dos três meses de aluguel atrasados. Após ouvir seu relato, a assistente social registrou sua demanda e pediu que ela aguardasse ser chamada para o atendimento e tentou consolá-la dizendo que algo seria feito para que sua situação fosse resolvida. Cerca de 40 minutos depois, o nome de Célia foi chamado nos guichês de atendimento da DPU. No atendimento, ela informou novamente que estava há mais de cinco meses sem receber o medicamento, que estava em falta tanto na farmácia do Estado quanto no hospital onde ela fazia acompanhamento. Após registrar a narrativa e as informações pessoais de Célia, a funcionária solicitou seus documentos e disse que precisaria digitalizá-los. Entre os diversos papéis requeridos, Célia não trazia consigo os comprovantes de renda do seu marido e do filho. Em seguida, a atendente imprimiu os documentos que Célia precisava assinar e informou que se o seu caso fosse encaminhado para a Defensoria para ser judicializado, ela teria de trazer os comprovantes de renda das outras pessoas que compõem o seu núcleo doméstico. Além disso, a funcionária comentou também que seria bom se ela trouxesse uma ‘declaração negativa’ do hospital informando que não havia previsão para a regularização do estoque do medicamento. Célia assinou os documentos, anotou o que a funcionária havia dito e voltou para o subsolo para aguardar ser chamada novamente.

No setor de análise técnica, Célia era a única pessoa na fila no momento em que uma médica atualizou sua página no Sistema Câmara. Ela abriu o registro da assistida, os documentos anexados e então verificou qual era sua demanda. Por se tratar de um medicamento incluído na lista do Componente Especializado, a primeira coisa que ela fez foi verificar se a assistida

⁷ Como de praxe em pesquisas antropológicas, todos os nomes citados são pseudônimos utilizados para proteger a privacidade e a identidade dos interlocutores.

possuía cadastro na plataforma da RIOFARMES e seu histórico de dispensação. Por meio do CPF de Célia, a analista confirmou a informação de que ela estava sem retirar o medicamento há mais de cinco meses. A médica então verificou uma planilha compartilhada entre os funcionários da CRLS na qual são registrados todos os medicamentos que estão em falta no Rio de Janeiro e percebeu que a última consulta acerca da disponibilidade daquele medicamento havia sido feita há cerca de uma semana. Ela então enviou um e-mail para a RIOFARMES questionando se a medicação já havia chegado ou se havia alguma previsão de quando o estoque seria repostado. Enquanto esperava a resposta, a funcionária se levantou, pegou um café e foi ao banheiro. Cerca de 10 minutos depois ela voltou para sua mesa de trabalho, mas ainda não havia recebido nenhum retorno. A resposta, que chegou quase 20 minutos depois, não era animadora: o medicamento ainda estava com estoque zerado e não havia previsão de quando seria normalizado. Diante disso, a analista acessou o modelo de parecer para o medicamento solicitado e começou a preencher as lacunas com dados relativos ao caso de Célia, ou seja, sua patologia, sua atual condição médica, o tempo que estava sem receber a medicação etc. No modelo havia também informações técnicas sobre o medicamento e suas indicações, as quais permaneceram exatamente da mesma forma. Sem a possibilidade de oferecer uma solução administrativa, a médica da análise técnica enviou seu parecer para o setor de retorno, encaminhando o caso da assistida para judicialização com apoio da DPU.

Célia foi chamada no guichê 26 por volta das 14h, mais de duas horas depois de sua chegada na CRLS. A funcionária imprimiu o parecer e leu as informações ali contidas. O atendimento no setor de retorno da análise de Célia não durou muito. Quando a assistida se sentou na cadeira em frente à funcionária, a profissional disse que a equipe da análise técnica havia entrado em contato com a RIOFARMES e foi informada de que não havia um prazo para normalização do estoque do medicamento e que, diante disso, o caso seria encaminhado para a Defensoria. Ela continuou sua explicação afirmando que a própria DPU entraria com uma ação na justiça contra o Estado para que o medicamento fosse fornecido. Em seguida, ela perguntou se Célia havia entregado todos os documentos no atendimento, pois seu caso só seria judicializado depois que toda a documentação estivesse com a Defensoria. Após explicar tudo, ela questionou se a assistida tinha alguma dúvida. Célia perguntou quanto tempo levaria para que ela conseguisse sua medicação, pois como ela não podia interromper o tratamento, ela e família estavam arcando com os custos do medicamento por conta própria e com isso estavam se endividando cada vez mais. A enfermeira disse que não era possível estabelecer um prazo, pois a partir daquele momento a situação seria ‘resolvida na justiça’, mas que em menos de uma semana alguém da DPU entraria em contato com ela para informar sobre o andamento do processo e que ela poderia comparecer ao setor de atendimento sempre que quisesse alguma informação específica. Por fim, Célia perguntou se ela teria que fazer algo ou ir a algum lugar para ‘abrir o processo’. A funcionária respondeu que não, pois isso seria feito pela própria equipe de atendimento da DPU. A única ressalva da funcionária do retorno foi a mesma feita pela do atendimento: Célia precisaria retornar à Câmara pelo menos mais uma vez para trazer os comprovantes de renda de seu marido e filho, já que esses documentos eram fundamentais para a comprovação da hipossuficiência que garantiria a ela tanto o direito de ser atendida pela Defensoria Pública quanto o de receber a medicação gratuitamente.

Um médico do setor de análise técnica vinculado a equipe da Secretaria Municipal de Saúde clicou no nome de João Ferreira dos Santos para atender, cuja demanda era um medicamento em falta. Ao verificar o registro do assistido, reagiu com surpresa diante do produto solicitado, uma vez que o medicamento era considerado um dos mais básicos para o controle dos sintomas da hipertensão. Ao entrar em contato com a Clínica da Família (CF) de referência de João por meio de uma ligação telefônica, o médico foi informado que o estoque do medicamento de fato estava zerado há cerca de uma semana, mas que no dia anterior havia chegado uma nova remessa. O médico então respondeu que encaminharia o assistido para retirar o medicamento no local e que a quantidade necessitada por ele deveria permanecer reservada na unidade por um período de 24h. O funcionário da CRLS começou a elaborar o seu parecer ao mesmo tempo em que redigia um e-mail para a CF que ele havia entrado em contato informando que

paciente esteve lá e que foi orientado a retornar à Clínica para retirar a medicação e, caso não conseguisse, deveria voltar à Câmara para que a situação fosse judicializada. Em seu parecer, o analista escreveu que telefonou para a Unidade de Saúde e que a informação a ele prestada era a de que o estoque do medicamento havia sido normalizado e que, portanto, o assistido deveria ir até lá com seus documentos médicos para receber seu remédio.

O representante de Jaime foi até a CRLS no início do mês de julho de 2017 solicitar imunoglobulina humana para controlar os sintomas da polineuropatia inflamatória desmielinizante crônica (PIDC) que acomete o assistido, uma doença que causa a perda ou diminuição progressiva dos reflexos, da sensibilidade tátil e da força muscular. Na ocasião, a documentação do assistido estava incompleta, de modo que foi solicitado que ele retornasse portando todos os documentos necessários para que o caso fosse analisado. No início de agosto, ele retornou à CRLS com os documentos faltantes. Durante a análise, foi constatado que o paciente faz acompanhamento em um hospital federal na Zona Sul da cidade. Ao consultar a planilha de medicamentos disponibilizados pelo CEAF, a profissional da Câmara constatou que o medicamento é passível de disponibilização pelo SUS, mas que o código da Classificação Internacional de Doenças (CID) constante no laudo do paciente não é contemplado para dispensação na RIOFARMES. Segundo a funcionária, apesar de não ser abrangido pela política de assistência farmacêutica, o medicamento receitado é considerado pela literatura médica como o tratamento adequado para o quadro clínico do paciente. Para ela, o fato do remédio não constar na lista de tratamentos para a PIDC se deve à lentidão com que os Protocolos Clínicos são atualizados. Diante disso, um dos caminhos possíveis seria encaminhar o caso diretamente para a Defensoria Pública. Contudo, a analista tentou buscar uma solução administrativa para a situação. Ela entrou em contato com o hospital no qual o assistido é acompanhado. Na ligação, ela foi informada que a unidade possui o medicamento, mas que seu uso é restrito aos pacientes internados na instituição. A funcionária da Câmara pediu para falar com chefe do setor de farmácia, argumentando que caso o paciente judicializasse, quem seria processado seria o hospital que o acompanha. Durante a conversa, o chefe da farmácia afirmou não estar ciente do caso. Ao elaborar seu parecer, a analista solicitou um prazo de 15 dias para que a situação fosse resolvida e pediu que o assistido ou seu representante comparecesse na direção do hospital na parte da manhã para explicar sua situação e tentar solucioná-la sem que seja preciso judicializar.

Francisco se dirigiu à CRLS no início de setembro de 2017. Afetado por uma condição crônica de saúde, ele necessitava de um medicamento de uso contínuo cujo estoque estava zerado e a reposição irregular. Por volta do meio dia, um dos profissionais da análise técnica começou a realizar os procedimentos para decidir qual seria o encaminhamento dado ao caso. Ao consultar a tabela com a situação dos medicamentos do CEAF, o analista observou que a última checagem de disponibilidade da medicação solicitada por Francisco havia sido feita há cerca de dez dias. Assim, ele ligou para a RIOFARMES e explicou a situação. A pessoa do outro lado da linha respondeu que o medicamento em questão havia chegado naquela manhã e que no final do dia eles iriam conferir a remessa para dar início à dispensação no dia seguinte. O funcionário da Câmara afirmou que Francisco relatou ter ido três vezes até a RIOFARMES nas últimas semanas e que em nenhuma delas havia conseguido retirar a medicação, o que fez com que ele procurasse a ajuda da CRLS. Pouco depois ele encerrou a ligação e me disse que quem o atendeu havia dito que deixaria o medicamento de Francisco ‘reservado’. O profissional comentou também que o assistido deveria ir na primeira hora do dia para garantir que conseguiria retirar os remédios, que certamente acabariam no mesmo em dia que comesçassem a ser distribuídos. Em seu parecer, o funcionário escreveu que entrou em contato com a RIOFARMES, cujo representante informou que o estoque do medicamento havia sido recentemente regularizado. Ele também reforçou que era imprescindível que Francisco fosse retirar a medicação no dia seguinte o mais cedo possível e que caso não conseguisse, deveria retornar à CRLS.

Fernanda era uma mulher de 37 anos, desempregada, mãe de três filhos menores de idade e moradora de um bairro periférico situado na fronteira entre as Zonas Norte e Oeste da cidade. Diagnosticada com osteoporose após fraturar um osso da perna direita, ela fazia uso contínuo de uma série de vitaminas e do medicamento Alendronato de Sódio. Até 2016, Fernanda obtinha esse medicamento com desconto por meio do programa Farmácia Popular. Com as modificações nas regras de acesso aos benefícios do programa efetuadas pelo Ministério da Saúde no início de 2017, a idade mínima para a aquisição do medicamento para osteoporose passou a ser 40 anos. Assim, Fernanda perdeu o direito de comprar a medicação com o valor reduzido. Em junho de 2017 ela foi até a CRLS após várias tentativas frustradas de incluir seu CPF novamente no programa. Em sua busca por soluções, uma pessoa conhecida sugeriu que ela procurasse a Câmara, pois ali ela poderia obter seu tratamento de forma gratuita. Durante o atendimento, Fernanda enfatizou que mesmo que o medicamento seja relativamente barato sem o desconto do Farmácia Popular, seu valor somado aos custos das vitaminas fazia com que seu tratamento ficasse muito caro para uma pessoa desempregada. A atendente disse que compreendia a situação, mas fez uma ressalva de que nem todo mundo pode obter o tratamento gratuito apenas indo na CRLS, já que para isso era preciso cumprir um conjunto de requisitos. A princípio, Fernanda pensou em solicitar apenas o retorno do acesso ao medicamento com desconto. Contudo, a funcionária da Câmara explicou que a CRLS não tinha o poder de incluir ela novamente no programa, mas que, devido as suas condições de hipossuficiência, ela poderia demandar o fornecimento gratuito de todo os itens que fazem parte do seu tratamento, o que pareceu animar a assistida. Para isso, era necessário que ela apresentasse os formulários e documentos médicos atualizados. No entanto, Fernanda portava apenas um receituário de Alendronato de Sódio datado de novembro de 2016 e, portanto, fora da validade de 90 dias definida nos protocolos da Câmara. Para encerrar o atendimento, a funcionária entregou a lista de documentos que precisam ser levados para dar entrada no procedimento de resolução administrativa e pediu que Fernanda retornasse apenas quando estivesse com todos eles. Desapontada, a assistida agradeceu e se retirou.

Como é possível perceber, as vinhetas etnográficas possuem certas semelhanças e distinções. Tomadas em conjunto, elas falam de um contexto de acentuada precarização das políticas de saúde, de escassez de medicamentos na rede pública nos três níveis de gestão e das dificuldades de articulação entre os entes no que diz respeito à organização do sistema de saúde. Também indicam a procura da ‘justiça’ – e, conseqüentemente, da CRLS – como forma de tentar contornar essa situação. No plano das diferenças, elas refletem as variadas formas de operar do órgão quando o produto solicitado é um medicamento, descritas sumariamente no tópico anterior. Contrastadas com outras pesquisas que abordam por diferentes caminhos e perspectivas o complexo e bastante controverso fenômeno da *judicialização da saúde*, em especial os processos que visam a obtenção de medicamentos, elas revelam também algumas particularidades da busca pela assistência farmacêutica em tempos de desabastecimento.

Não há um posicionamento hegemônico entre os diferentes especialistas que discutem o tema. Alguns autores das áreas do direito, da saúde coletiva e da gestão pública, como Ferraz (2009; 2017; 2021), Pepe *et al.* (2010) e Wang (2015), focam suas atenções nos potenciais efeitos negativos e problemáticos da litigância em saúde. No que diz respeito aos medicamentos, a discussão gira em torno da ideia de que o acesso a produtos financiados com dinheiro público via processos judiciais pode causar desequilíbrios nas políticas de assistência farmacêutica do SUS ao fazer com que a alocação de recursos se dê de forma distinta do planejamento orçamentário original. Nesse sentido, a crescente judicialização poderia acirrar ainda mais as desigualdades na prestação de serviços de saúde na medida

em que pessoas menos necessitadas seriam capazes mobilizar a máquina do Judiciário em proveito próprio, demandando tratamentos não necessariamente indispensáveis e muito custosos. Em última instância, isso levaria a uma diminuição dos recursos disponíveis para ações de saúde em prol da coletividade.

Já os pesquisadores do campo das ciências sociais e saúde têm se empenhado em matizar tais proposições e evidenciar as diferentes facetas e contextos nos quais as pessoas buscam o auxílio do sistema de justiça para concretizar o que compreendem como o ‘direito à saúde’. Assim, autores como Biehl (2013; 2016), Biehl e Petryna (2013) e Aureliano e Gibbon (2020) discutem como o apelo aos tribunais consiste em um caminho possível para acessar medicamentos, serviços e tecnologias de testagem e monitoramento de sintomas para o tratamento de doenças raras. Outros estudos etnográficos mostram também como a judicialização pode converter a participação em um ensaio clínico e a utilização de fármacos sem aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em ‘promoção do acesso’ e ‘direito à saúde’ (CASTRO; ALMEIDA, 2017; CASTRO, 2020); como um discurso sobre direito à saúde é traduzido enquanto direito à vida (FLORES, 2016); e como pessoas com enfermidades crônicas incapacitantes lidam com a necessidade de recorrer periodicamente ao expediente judicial para garantir assistência em saúde a longo prazo (PEDRETE, 2019).

Com intenção de contribuir com o que vem sendo discutido no campo da antropologia da saúde a partir dos achados de minha empreitada etnográfica na Câmara, sugiro que o recurso aos mecanismos judiciais ou extrajudiciais seja encarado não somente como uma estratégia acionada por sujeitos em casos excepcionais ou críticos, mas como algo que vai se integrando cada vez mais ao ‘fluxo normal do SUS’ na medida em que a ‘crise da saúde’ e o desabastecimento atingem pontos particularmente alarmantes. Afirmo isso porque ao longo dos meses em que acompanhei o cotidiano da CRLS não me deparei com nenhum pedido de tratamento de doenças raras cuja medicação não possuísse registro e autorização para comercialização da Anvisa – ainda que os funcionários tenham dito que esses eram relativamente comuns quando a Câmara começou a funcionar.

Como visto nas vinhetas etnográficas e também em outras pesquisas realizadas com assistidos da CRLS (VENTURA; SIMAS, 2021; VENTURA; SIMAS; BASTOS, 2021), a quase totalidade dos pedidos atendidos pelo órgão entre meados dos anos de 2015 e 2018 diziam respeito a medicamentos, insumos e outros itens que estavam em falta nos hospitais, UPAs, Clínicas da Família etc. De acordo tanto com funcionários quanto com usuários dos serviços, a crise nas unidades públicas de saúde agravou uma situação de penúria e exiguidade que já se fazia presente nesses espaços há anos, senão décadas. Diante disso, a ideia que circulava entre os profissionais era de que naquele momento ‘tudo precisava ser judicializado’, desde medicamentos e itens básicos até os procedimentos mais complexos.

Nos cenários em que os recursos são parcos e sua utilização restrita, os ‘direitos’ também o são. Por meio dessa lógica, direitos são imaginados como uma espécie de bem escasso que necessita de uma constante supervisão e avaliação dos sujeitos que os acessam, os quais precisam provar que são merecedores de determinados ‘benefícios’ (VIANNA, 2013). Assim, em contextos em que a carência grassa e o ‘entrar na justiça’ é tornado procedimento padrão para a aquisição de medicamentos custeados pelo poder

público, o significado e a efetividade do que se entende por ‘direito à saúde’ encontram-se profundamente comprometidos.

Na ausência de uma indagação acerca dos critérios de prioridade para a definição das dotações orçamentárias e do empenho do dinheiro público, espaços como os tribunais e o setor de análise técnica da CRLS não passam de instâncias em que as “alternativas infernais” (PIGNARRE; STENGERS, 2011) e as “escolhas patéticas” (FASSIN, 2012) são sopesadas, produzindo decisões sobre quem, quando e sob quais condições alguém pode demandar assistência farmacêutica do Estado. Um exemplo brasileiro dessa questão pode ser visto no livro de Gustavo Amaral (2001) cujo título é *Direito, escassez e escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas*. Ao analisar decisões judiciais acerca do fornecimento de medicamentos para pacientes com HIV, o autor indaga como os operadores do Direito estabelecem (ou não) um equilíbrio entre a necessidade individual de um paciente – o que ele chama de *microjustiça* – e o planejamento de políticas coletivas de saúde – a *macrojustiça*. Uma das perguntas que orienta suas discussões diz respeito aos critérios adotados por juízes e desembargadores para definir quais pedidos serão atendidos e quais serão negados, uma vez que “[...] a escassez de recursos, a escassez de meios para satisfazer direitos, mesmo fundamentais, não pode ser descartada” (AMARAL, 2001, p. 185).

A partir do que foi exposto até aqui, creio ser possível afirmar que a via judicial se configura não apenas como uma “infraestrutura paralela” (BIEHL, 2013; 2016) que visa realizar operações de resgate caso a caso, mas também como uma etapa a mais no itinerário terapêutico (AUGÉ, 1986) percorrido pelos pacientes em busca de tratamento. Tal inclusão representa uma espécie de ‘deformação’ desses itinerários, já que os usuários se veem obrigados a navegar entre instituições de saúde diversas, assim como circular por órgãos burocráticos e de gestão que obedecem a lógicas que não são conhecidas e que, na maioria das vezes, parecem não fazer qualquer sentido, provocando uma verdadeira desorientação entre aqueles que necessitam dos medicamentos disponibilizados pelo SUS.

Em suma, quando o desabastecimento se encontra em um estado generalizado e a falta atinge praticamente todos os níveis da gestão e componentes da assistência farmacêutica, a judicialização não se restringe aos casos atípicos ou imprevistos nas políticas de saúde e nos Protocolos Clínicos. Isto é, longe de ser extraordinária, a procura pela ‘justiça’ é incorporada às rotinas dos pacientes na medida em que o acesso aos serviços e o direito à saúde são recorrentemente negados, negligenciados ou incompletamente prestados aos usuários. Conforme observou um dos funcionários da Câmara após um longo e exaustivo dia de trabalho em que ele se deparou com dezenas de pedidos de *produtos* como insulina, seringa, fralda geriátrica, atadura, esparadrapo, antidepressivo, anti-hipertensivo, diurético e outros itens banais das farmácias de unidades de saúde: “com essa crise de agora, parece que o SUS só está funcionando mediante judicialização”.

Logo, mais do que promover uma ampliação ou uma maior democratização do direito à saúde, os mecanismos judiciais e extrajudiciais de solução dos conflitos sanitários são cooptados por aparatos mais amplos de gestão – como a própria CRLS – e transformados em gargalos e catracas que vão produzindo e selecionando quais sujeitos e demandas são prioritários ou mais legítimos de serem atendidos em meio ao desalento, à precariedade

e a uma ‘incontornável limitação de recursos materiais’. Os casos de Francisco e João descritos nas vinhetas etnográficas ilustram esse ponto.

Em vez de gerar pressão por mudanças substanciais e pela promoção do acesso igualitário à assistência farmacêutica, os modos de atuação da CRLS promovem ‘reservas’ e outros arranjos que garantem o direito à saúde de uns – os que ‘ameaçam’ mobilizar a máquina do Judiciário – em detrimento de inúmeros outros, que permanecem à deriva buscando soluções particulares para um problema público. Isto é, o que a Câmara faz é produzir respostas personalizadas para problemas estruturais potencializados pela precarização dos serviços de saúde. Nessa conjuntura, os dilemas e contradições entre demandas individuais e necessidades coletivas no acesso a medicamentos pela via judicial discutidos por autores como Pepe *et al.* (2010) e Ferraz (2021) tornam-se ainda mais críticos e evidentes.

4 Considerações Finais

Conforme discutido ao longo do texto, a judicialização da saúde é um fenômeno cercado por controvérsias e divide aqueles que discutem o assunto entre os que apontam para seus aspectos disruptivos e questionáveis em relação ao planejamento da política de assistência farmacêutica e os que ressaltam seu potencial para corrigir assimetrias de longa duração, redirecionando recursos para o atendimento de uma parcela mais pobre e carente da população. Apesar dos diferentes posicionamentos, há uma concordância em torno da ideia de que os litígios de saúde denunciam e lançam luz sobre os problemas de infraestrutura e a ineficiência dos programas de distribuição de medicamentos, ou seja, que os processos judiciais expõem as falhas e os erros do Estado no que se refere à gestão do SUS. Para encerrar esse artigo, gostaria de sublinhar alguns aspectos que observei durante minha pesquisa etnográfica que deslocam essas premissas, os quais são um desdobramento do argumento de incorporação da via judicial ao fluxo normal do SUS.

Por um lado, é problemático – senão insustentável – encarar a judicialização das demandas de saúde apenas por um viés quantitativo e pensá-la como um problema de maior urgência, enfatizando somente os efeitos e distorções orçamentárias provocados por um alegado número ‘excessivo’ de processos judiciais nessa área. Essa é uma visão englobante e toma a judicialização como um fenômeno monolítico e não nuançado. Assim, seus defensores parecem desconhecer ou não levar em consideração os casos concretos em que a via judicial se apresenta como o único caminho possível para tentar garantir o direito à saúde. Como narrado nas vinhetas etnográficas, essas situações se tornam ainda mais dramáticas e complexas em momentos de escassez severa de medicamentos, insumos e profissionais de saúde.

Por outro, também não é possível olhar para as questões realçadas pela judicialização da saúde como meros equívocos, descuidos ou defeitos do Estado, nem considerar a via judicial como a panaceia que irá corrigir essas falhas de modo definitivo e democrático. Os problemas desvelados pela judicialização não são sinais de ‘lacunas’ na legislação; frutos dos ‘erros’ no desenho das políticas; ou consequências de uma suposta ‘ausência do Estado’ que deixa desassistidos certos territórios e populações. A conjuntura de

desabastecimento das unidades públicas de saúde durante o período de trabalho de campo não pode ser creditada unicamente à ‘crise da saúde’ em seus mais distintos níveis administrativos.

Como discuti mais detidamente em outro lugar, a crise no setor de saúde não é necessariamente um projeto político inédito e elaborado para fins específicos, como muitos dos seus críticos apontam. Trata-se, sobretudo, de um momento de agudização da precariedade que se dá em múltiplos planos e de longa duração na história das instituições e políticas públicas de saúde brasileiras (FREIRE, 2019). Nesse sentido, compreendo o desabastecimento menos como um ‘contexto’ ou uma situação que precisa ser gerenciada e mais como o próprio instrumento de gestão por meio do qual se administra determinadas populações. Assim, o apelo aos Tribunais de Justiça que ora é apresentado como um caminho alternativo e potencialmente capaz de remediar as desigualdades em saúde, ora é descrito como um fator disruptivo das políticas públicas de saúde, pode ser analisado a partir de um ângulo que o toma como parte constitutiva de um modo de governo que tem na escassez o seu pressuposto, uma vez que o projeto original do SUS não foi plenamente implementado porque nunca houve disponibilidade de recursos para tal.

Em outras palavras, na medida em que a precariedade e a exiguidade funcionam como elementos a partir dos quais são produzidas as condições e práticas de governo, a intervenção judicial é colocada por alguns como uma maneira de corrigir o clientelismo e patrimonialismo que influenciam a distribuição de recursos públicos no Brasil (PEREIRA, 2015). No entanto, o que essa forma de ‘combater as injustiças e as desigualdades’ parece não notar é que nunca haverá uma partilha igualitária dos bens e serviços públicos até que o discurso de que não há meios de atender a todas as necessidades de saúde da população seja questionado. Consequentemente, enquanto a insuficiência orçamentária crônica e fundante do sistema de saúde não for colocada em xeque, a judicialização – tanto de casos individuais quanto de ações coletivas – não fará muito mais do que ‘enxugar gelo’ e operar como um mecanismo na engrenagem estatal que define quem tem direito a demandar direitos.

Referências

- AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha**: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.
- AUGÉ, Marc. L’anthropologie de la maladie. **L’Homme**, Paris, EHESS, v. 26, n. 1-2, p. 81-90, 1986.
- AURELIANO, Waleska; GIBBON, Saha. Judicialisation and the politics of rare disease in Brazil: rethinking activism and inequalities. In: GAMLIN, Jennie *et al.* (org.). **Critical Medical Anthropology**: perspectives in and from Latin America. London: UCL Press, 2020. p. 248-269.
- BIEHL, João. The judicialization of biopolitics: claiming the right to pharmaceuticals in Brazilian courts. **American Ethnologist**, Arlington, AAA, v. 40, n. 3, p. 419-436, 2013.
- BIEHL, João. Patient-Citizen-Consumers: judicialization of health and metamorphosis of biopolitics. **Lua Nova**, São Paulo, CEDEC, n. 98, p. 77-105, 2016.

- BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. Legal Remedies: therapeutic markets and the judicialization of the right to health. In: BIEHL, João; PETRYNA, Adriana (ed.). **When people come first: critical studies in global health**. Princeton: Princeton University Press, 2013. p. 325-346.
- BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas linguísticas: o que o falar quer dizer**. São Paulo: EdUSP, 1996.
- CASTRO, Rosana. **Economias políticas da doença e da saúde: uma etnografia da experimentação farmacêutica**. São Paulo, Hucitec, 2020.
- CASTRO, Rosana; ALMEIDA, Rafael Antunes. Testemunho, evidência e risco: reflexões sobre o caso da fosfoetanolamina sintética. **Anuário Antropológico**, Brasília, DF, UnB, v. 42, n. 1, p. 37-60, 2017.
- FASSIN, Didier. **Humanitarian Reason: a moral history of the present**. Berkeley: University of California Press, 2012.
- FERRAZ, Octavio. The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities? **Health and Human Rights**, Boston: Harvard, v. 11, n. 2, p. 33-45, 2009.
- FERRAZ, Octavio. El derecho a la salud en los tribunales de Brasil: ¿agrava más las desigualdades en salud? **Revista del Centro de Estudios Constitucionales**, Ciudad de México, SCJN, n. 5, p. 195-228, 2017.
- FERRAZ, Octavio. **Health as a human right: the politics and judicialisation of health in Brazil**. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.
- FERREIRA, Letícia. **Dos autos da cova rasa: a identificação de corpos não-identificados no Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro, 1942-1960**. Rio de Janeiro: E-papers/Laced, 2009.
- FLORES, Lise Vogt. **“Na minha mão não morre”**: uma etnografia das ações judiciais de medicamentos. 2016. 213p. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.
- FREIRE, Lucas. **A gestão da escassez: uma etnografia da administração de litígios de saúde em tempos de “crise”**. 2019. 388p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.
- HERZFIELD, Michael. **The social production of indifference: exploring the symbolic roots of Western bureaucracy**. Chicago: The University of Chicago Press, 1992.
- PEDRETE, Leonardo do Amaral. **Crônicas invisíveis na “capital brasileira da judicialização da saúde”**. 2019. 302p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.
- PEPE, Vera Lúcia *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 15, n. 5, p. 2.405-2.414, 2010.
- PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. Direitos Sociais, Estado de Direito e desigualdade: reflexões sobre as críticas à judicialização dos direitos prestacionais. **Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro: UERJ, v. 8, n. 3, p. 2.080-2.114, 2015.
- PIGNARRE, Philippe; STENGERS, Isabelle. **Capitalism sorcery: breaking the spell**. Nova York: Palgrave Macmillan 2011.
- SOARES, Flávia Dantas. **A atuação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) na resolução extrajudicial dos conflitos sanitários: um estudo dos anos de 2014 a 2016**. 2017. 98p. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.
- VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana. Uma experiência interinstitucional de resolução de litígios em saúde: percursos dos usuários no acesso ao direito e à justiça. **Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, PPGDir/UERJ, v. 12, n. 3, p. 1.989-2.014, 2021.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; BASTOS, Luiza. Judicialisation, right to health and justice at Rio de Janeiro’s ‘Health Dispute Resolution Chamber’: users’ conceptions. **Global Public Health**, Londres, Taylor and Francis, p. 1-12, 2021.

VIANNA, Adriana. Introdução: fazendo e desfazendo inquietudes no mundo dos direitos. *In*: VIANNA, Adriana (org.). **O fazer e o desfazer dos direitos**: experiências etnográficas sobre política, administração e moralidades. Rio de Janeiro: E-papers, 2013. p. 15-35.

VIANNA, Adriana; LOWENKRON, Laura. O duplo fazer do gênero e do Estado: interconexões, materialidades e linguagens. **Cadernos Pagu**, Campinas, Unicamp, n. 51, p. 1-61, 2017.

WANG, Daniel. Right to health litigation in Brazil: the problem and the institutional responses. **Human Rights Law Review**, Oxford: Oxford University Press, v. 15, n. 4, p. 617-641, 2015.

Lucas Freire

Doutor em Antropologia Social pelo Museu Nacional da UFRJ. Atualmente é bolsista do Programa Nacional de Pós-Doutorado (PNPD) da CAPES no Programa de Pós-Graduação em História, Política e Bens Culturais da Fundação Getulio Vargas (PPHBC/FGV) e um dos coordenadores do Laboratório de Antropologia Contemporânea da instituição.

Endereço profissional: Praia de Botafogo, n. 190, Sala 1.421, Botafogo, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22250-900.

E-mail: lucas.mfreire@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9629-6840>

Como referenciar este artigo:

FREIRE, Lucas. A ‘Justiça’ e o Acesso a Medicamentos em Tempos de Desabastecimento. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e85571, p. 43-61, janeiro de 2023.