## Caso Aids

**1. Narrativa**

Em 1991, atendendo a reivindicações da sociedade civil, o Brasil iniciou a distribuição gratuita, em rede pública, da *Zidovudina* (AZT) para milhares de portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) com indicação médica de tratamento. Iniciava-se assim uma das mais bem-sucedidas políticas de saúde pública dos países em desenvolvimento. Ao longo da primeira metade da década passada, o Ministério da Saúde, a partir do advento de novos medicamentos, ampliou o número de anti-retrovirais distribuídos.

Em 1996, consolidando o compromisso assumido pelo Estado brasileiro com o tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS, em inglês), a edição da Lei 9.313 tornou obrigatória a distribuição universal e gratuita dos anti- retrovirais, por meio da rede pública de saúde, a todos os portadores da enfermidade. Referida lei exigiu uma reestruturação da política conduzida pelo Ministério da Saúde, cujo principal produto foi a criação do Programa DST/AIDS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a articulação de gestores públicos de saúde de todos os entes federativos e a canalização de receitas de diversas fontes, incluindo vultosos investimentos internacionais.

Para a execução do Programa, foi desenvolvida uma organização

administrativa e logística própria, moldada para a realização de cada uma das propostas estabelecidas em seu plano gerencial. Embora tenha se caracterizado por uma constante evolução, no sentido de ampliar as frentes de combate ao vírus, o Programa desempenha atividades em três frentes básicas: (i) promoção à saúde, a direitos fundamentais de pessoas convivendo com DST e AIDS e prevenção contra a transmissão, desenvolvendo campanhas educativas e contra o preconceito, além da distribuição de preservativos e do sistema de vigilância epidemiológica; (ii) diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas portadoras de DST e AIDS, através da realização de exames gratuitos, da distribuição de anti-retrovirais e outros medicamentos para combater as doenças oportunistas, atendimento psico- social e internações, quando necessário; e, (iii) desenvolvimento institucional e gestão do projeto, atividade que consiste, além da administração dos recursos e pessoal envolvido, nas interlocuções com outros gestores públicos para implementação das ações pretendidas com o Programa.

A gestão e implementação do Programa envolvem diversos atores nacionais, públicos (entes governamentais dos três níveis federativos) e privados (sociedade civil) e, ainda, organismos internacionais, tais como a UNESCO e a OMS. Diante dessa pluralidade de atores, a articulação para a implementação e gestão do Programa é atividade central, realizada pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde vinculada à Secretaria de Políticas de Saúde.

Para o escopo deste trabalho, em que o recorte metodológico determinou a pesquisa empírica no município de São Paulo, importa-nos observar a distribuição de medicamentos e recursos para o tratamento aos portadores do vírus HIV no âmbito do programa - em seu aspecto técnico, logístico ou administrativo. No plano federal essa tarefa é realizada pela Unidade de Assistência, responsável pelas definições de diretrizes técnicas, controle logístico da distribuição de medicamentos, elaboração de estimativas de necessidade e custo de medicamentos, suporte ao surgimento de laboratórios e centros de referência, entre outros.

Muito embora a Constituição Federal (art. 23, II) estabeleça que políticas públicas em saúde sejam de responsabilidade concorrente de todos os entes da federação (União, Estados e Municípios), o fornecimento de medicamentos no âmbito da política pública analisada não se enquadra nesta lógica: em função de um pacto tripartite de responsabilidade, os medicamentos anti-retrovirais são de responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde, tendo sua compra e distribuição controladas pela referida Unidade de Assistência. Evidentemente, diante da necessidade de padronizar a prestação de serviço através de uma política universal de dispensação (termo técnico utilizado pelo Programa DST/AIDS) de medicamentos e da escassez de recursos públicos, nem todos os anti-retrovirais disponíveis no mercado são distribuídos pela rede pública do Programa. A determinação dos medicamentos que serão adquiridos, assim como a indicação de uso, segue recomendações técnicas dos Comitês Assessores para Terapia Anti- Retroviral, que são por seu turno fundamentadas em estudos reconhecidos nacional e internacionalmente. Esses órgãos recebem sugestões dos gestores públicos estaduais e municipais e dos conselhos de saúde. A lista dos anti- retrovirais distribuídos e as recomendações de uso conformam o *Consenso Terapêutico*, documento que define as diretrizes da política pública de dispensação universal e gratuita de medicamentos para portadores de HIV.

Atualmente são distribuídos 15 medicamentos anti-retrovirais a cerca de 115 mil soropositivos no Brasil, 20% da população total de pacientes, segundo estimativa aproximada. Em 2001, o Ministério da Saúde dispendeu, com esses medicamentos, US$ 232 milhões, ou 1,6% do orçamento do Ministério da Saúde. Adquiridos pelo próprio ministério, esses medicamentos devem ser distribuídos para os portadores do vírus,

sejam eles oriundos da rede pública ou da rede particular. A distribuição é de responsabilidade das unidades dispensadoras estaduais e municipais, pois são entidades mais próximas dos pacientes. De maneira exemplificativa, podemos citar o caso do município de São Paulo, que conta com 15 unidades dispensadoras e dois hospitais que atendem à política de saúde, distribuídos pela cidade, atendendo aos requisitos como, critérios de necessidade, índices epidemiológicos, capacidade técnica e estrutural. Disponíveis nas unidades estatais ou municipais, os medicamentos são dispensados aos pacientes cadastrados portadores de prescrição médica, condizente com os consensos de tratamento. Logo, para obter-se um medicamento, o mesmo deve estar incluído na lista do Programa, ser aplicável ao tratamento e estar de acordo com as etapas e combinações previstas para o caso do paciente.

O pacto tripartite de responsabilidade dos gestores de saúde definiu, também, que em contrapartida ao fornecimento dos medicamentos da Unidade de Assistência do Ministério da Saúde às coordenações estatais e, subsidiariamente, às municipais, essas devem prestar informações àquela, incluindo dados epidemiológicos, dados de distribuição, estoque de medicamentos, demanda prevista e demanda realizada. Tal obrigação representa uma efetiva prestação de contas. Atualmente, quase a totalidade das coordenações e suas respectivas unidades dispensadoras já estão interligadas ao SICLOM (Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos), visando maior racionalidade de custos, melhoria no controle de estoques, abastecimento e gerenciamento de atividades.

Quanto aos medicamentos associados a infecções oportunistas, o pacto definiu que seriam de responsabilidade dos Estados e Municípios, cabendo aos mesmos, em cada unidade da federação, estabelecerem o que será responsabilidade de cada, através dos Comitês Intergestores Bipartite. Este plano logístico tem funcionado de forma bastante eficaz, garantindo ao Brasil o *status* de centro de referência mundial em tratamento de AIDS. A dispensação de medicamentos contidos nas listas do Programa tem ocorrido de maneira suficientemente eficaz, de modo que os pacientes têm logrado obter referidos medicamentos, com raras hipóteses de escassez. O mesmo não se pode dizer, entretanto, com relação a medicamentos não previstos no *Consenso de Terapêutico*, ou seja, quando medicamentos ainda não aprovados pelos gestores para distribuição pelo programa são solicitados nas unidades dispensadoras. A necessidade de padronização de tratamento e as impossibilidades da administração de fornecer todos os medicamentos necessários fazem com que tais demandas sejam raramente atendidas pelo Estado. Ante a negativa da administração em fornecer outras drogas, resta aos pacientes ir ao Judiciário para obter o necessário tratamento para sua moléstia.

## 2. Análise do material empírico

O material analisado compreende 144 acórdãos (gráfico abaixo). Esta análise foi realizada com base nos critérios estabelecidos no questionário descrito na nota metodológica (acima).

Em relação ao critério (*i*), identificação da classe processual e número do acórdão, observamos que a maioria dos acórdãos pertencia à classe processual definida como agravos de instrumento, interpostos contra a decisão de primeira instância que concedeu a tutela antecipada.

O critério (*ii*), identificação das partes, demonstrou que a maioria das ações foi proposta contra a Fazenda Pública do Estado de São Paulo e que o pólo ativo era composto por mais de um autor em 80% dos casos.

O pedido formulado na ação ordinária (*iii*) referiu-se à concessão de medicamentos não compreendidos inicialmente na lista do Ministério da Saúde e à necessidade da realização de exames de genotipagem e de fenotipagem. O fato dos medicamentos pedidos não fazerem parte da lista, e, portanto não serem disponibilizados pela rede pública de saúde, demonstra que, ao conceder o medicamento, o Judiciário não está propriamente efetivando uma política pública já definida pelo Executivo, mas sim realocando recursos públicos.

Quanto à antecipação de tutela e seu fundamento (*iv*) verificamos que em todos os casos ela foi concedida, sendo eventualmente cassada pelo tribunal, nos casos de acórdãos denegatórios (não concessão). O principal fundamento utilizado nessas decisões foi a possibilidade do paciente vir a falecer (fundado receio de dano irreparável) e a comprovação, por prescrição medica, do estado do paciente e da necessidade do remédio (verossimilhança da alegação), o que, segundo os julgadores, corresponderia à negação do direito à vida garantido pela Constituição Federal. Interessante ressaltarmos que o principal argumento utilizado pela Fazenda Pública para a não concessão da tutela antecipada foi a irreversibilidade da decisão, pois uma vez alocados os recursos não haveria a possibilidade de devolução desses aos cofres públicos, considerando que o medicamento consumido não pode ser devolvido, o custo dele dificilmente será ressarcido e, por fim, a impossibilidade de interrupção do fornecimento diante do risco à saúde do paciente.

A avaliação pelo julgador da necessidade de uma política pública prévia ao reconhecimento do direito à saúde (*v*) foi feita tanto nos casos de concessão quanto nos casos de não concessão. Em 66,7% das decisões de não concessão, os julgadores reconheceram que a efetivação do direito à saúde se dá a partir da implementação de políticas públicas. Já nos casos de concessão, apenas 28,5% fizeram esta consideração. A despeito de alguns acórdãos reconhecerem a existência de políticas públicas específicas para DST/AIDS, nenhum deles trata pormenorizadamente do desenho institucional da política pública praticada pelo Estado.

Na classificação do direito à saúde como coletivo ou individual (*vi*) pudemos observar que nos casos de concessão, em 93% das decisões os julgadores consideraram o direito à saúde como individual e apenas em 5% como coletivo. Os 2% restantes não fizeram considerações dessa ordem.

Já nos casos de não concessão, em 53% das decisões o direito foi definido como coletivo, contra 33% de individuais. A motivação processual, neste caso, correspondeu a 14%.

Somando-se concedidos e não concedidos, o conflito foi classificado entre individual ou coletivo em 96,5% dos casos, sendo os 3,5% restantes fundados em motivação processual. Do total de decisões, em 84,7% os juízes consideraram o direito a saúde como individual, 11,8% como coletivo e 3,5% não fizeram esta consideração, se atendo a questões meramente processuais.

Quanto à utilização de critérios econômicos na decisão (*vii*), constatamos que nos casos de não concessão, em 76,2% considerou-se que os recursos públicos são escassos e que a administração está vinculada à previsão orçamentária. Nos casos de concessão, este percentual caiu para 8,9%.

Em relação à consideração de possíveis impactos sociais da decisão (*viii*) verificamos que, nos casos de não concessão, os prejuízos para a coletividade, decorrentes da alocação de recursos de forma esporádica foram argüidos em 66,7% dos casos, enquanto que nos casos de concessão em apenas 4,1%.





   

Dentre as decisões, as considerações de cunho extra-processual analisadas (o impacto social, a política pública e os critérios econômicos) foram verificadas, simultaneamente, em 62% dos não concedidos e em 4% dos concedidos. Resta demonstrada a desconsideração, por parte dos julgadores, quando da concessão do medicamento, dos efeitos irradiados além da simples relação processual Estado- cidadão autor da demanda.

As tabelas 1 e 2 nos anexos demonstram quais argumentos foram utilizados em cada decisão.

FERREIRA, Camila Duran, O JUDICIÁRIO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL:

# O CASO AIDS (as notas de rodapé foram excluídas), p. 16-26.

## Perguntas:

1. Caracterize a forma de intervenção do Judiciário no caso em estudo;
2. Aponte vantagens e desvantagens da atuação judicial no Caso Aids;
3. Proponha mecanismos para o aprimoramento da eficiência dessa intervenção.