UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO

Avaliação da judicialização da saúde no município de Ribeirão Preto/SP

Lauro César da Silva Maduro

Ribeirão Preto

2016

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO

Avaliação da judicialização da saúde no município de Ribeirão Preto/SP

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Medicamentos e Cosméticos.

Orientado: Lauro César da Silva Maduro

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Regis Leira Pereira

Versão corrigida da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas em 04/03/2016. A versão original encontra-se disponível na Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto/USP.

Ribeirão Preto

2016

MADURO, L. C. S.	**Avaliação da judicialização da saúde no município de Ribeirão Preto/SP**	Espaço de **2,5 cm** reservado para etiqueta de localização da biblioteca	MESTRADO FCFRPUSP 2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Maduro, Lauro César da Silva

Avaliação da judicialização da saúde no município de Ribeirão Preto/SP. 2016

99 p.; 30cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Medicamentos e Cosméticos.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Regis Leira Pereira

1. Judicialização da Saúde. 2. Assistência Farmacêutica. 3. Ribeirão Preto.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lauro César da Silva Maduro
Avaliação da judicialização da saúde no município de Ribeirão Preto/SP

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas para obtenção do Título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Medicamentos e Cosméticos

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Regis Leira Pereira

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição:_____

Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura:_____

Dedicatória

Dedico esse trabalho aos meus pais, Júlio e Lauricea, que sempre foram base sólida durante toda a minha jornada, por terem acreditado e apostado em mim mesmo quando outros diziam o contrário e terem sempre estado ao meu lado em todos os momentos da minha vida, bons e ruins, deixando que eu caminhasse sozinho, mas sempre dispostos a estender a mão de apoio a qualquer momento que eu precisasse.

Aos meus irmãos, Caio César e Icaro, por todo o companheirismo e torcida, por terem entendido e aceitado as minhas falhas como irmão mais velho e estarem em constante torcida para o meu sucesso.

Ao vô Pedro e vó Borina que mesmo debilitados por problemas de saúde estiveram ao meu lado em oração e torcida.

Aos meus avós Jair e Marlene que caminham comigo desde o dia em que nasci, que estiveram, estão e estarão presentes em todos grandes momentos da minha vida e que com seu amor sempre foram um ponto de conforto nos momentos de turbulência.

A todos da Equipe Núcleo de Lutas e Neto Fight Team pelos ensinamentos dentro do tatame, propiciando momentos de descontração onde podia recarregar as energias para começar um novo dia de trabalho.

A toda galera da Vibinha que estiveram ao meu lado em torcida e em grandes e memoráveis momentos durante essa minha estádia em Ribeirão Preto.

A todos os meus amigos pela torcida e força durante a caminhada.

A minha namorada Camila Ruy e sua família, que se tornaram peça fundamental de apoio na fase final do meu trabalho.

A toda equipe CPAFF pelo carinho, apoio, ajuda, confiança e parceria desde o primeiro dia que pisei em Ribeirão Preto.

Dedico especialmente a todos os profissionais farmacêuticos que não se curvam aos problemas e lutam, dia após dia, pelo bem estar de seus pacientes e pelo maior reconhecimento da nossa profissão.

E acima de tudo a Deus que permitiu que tudo isso fosse possível.

Agradecimento

Ao meu orientador, Professor Leonardo pelo ensinamento, paciência e presteza que desmontou comigo durante o desenvolvimento do trabalho.

A toda equipe da Divisão de Farmácia, em especial a Giuliene e Joseane que me auxiliaram durante a coleta de dados.

Aos colegas do CPAFF que de forma direta ou indireta contribuíram com a realização desse trabalho.

Á Marília Silveira de Almeida Campos que contribuiu com as análises estatísticas desenvolvidas no trabalho.

Aos colegas Samir e Lucas que na fase final da escrita dessa dissertação me socorreram corrigindo algumas partes para mim.

A FCFRP por permitir que eu desenvolvesse o trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro disponibilizado para a realização deste trabalho.

Epígrafe

“O que consome sua mente controla a sua vida”

Autor desconhecido

RESUMO

MADURO, L. C. S. **Avaliação da judicialização da saúde em Ribeirão Preto/SP**. 2016. 99f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A Constituição Federal Brasileira institucionalizou o direito a saúde no Brasil, o artigo 196 que diz: A saúde é um direito de todos e um dever do Estado apresenta esse direito. Ao regulamentar a criação do Sistema Único de Saúde a lei 8.080 reafirma a obrigação do Estado com a Saúde da população. Dentro desse contexto a Assistência Farmacêutica (AF) tem importante papel de garantir medicamentos seguros, eficácias, em tempo e quantidade necessária para atender a demanda dos cidadãos, porém apesar das constantes atualizações em prol de promover maior eficiência dos processos da AF, ainda acontecem situações em que o paciente não tem o medicamento requerido, seja por falta nas unidades dispensadoras ou a não presença nas listas de medicamentos padronizados. Essa situação faz com que o cidadão recorra à via judicial na tentativa de garantir o acesso ao medicamento pleiteado, fenômeno conhecido como judicialização da saúde, que traz grandes implicações sobre a gestão da assistência farmacêutica. Diante disso o objetivo do trabalho foi descrever o panorama geral das ações judiciais pleiteando medicamentos e insumos para insulina que foram assumidos pela prefeitura de Ribeirão Preto. Para alcançar esses objetivos, foi realizado um estudo do tipo descritivo. Foram analisados ao todo 1861 processos judiciais sendo 1083 ainda ativos e 778 que já haviam sido encerrados. Na maioria dos processos o juiz dava como prazo máximo 30 dias (99%) para se cumprir a ação, o que é insuficiente para realizar uma licitação pública obrigando a gestão a utilizar via paralela de compra. O Ministério Público foi o principal representante legal (71,7%) utilizado e a maioria das prescrições foram advindas de hospitais e clínicas particulares (50,1%). Os principais diagnósticos referidos nas ações foram diabetes e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Já os medicamentos mais prevalentes foram as insulinas e o metilfenidato. Dentre os médicos prescritores 3% somam aproximadamente 30% das prescrições. Diante dos resultados expostos, o presente estudo evidenciou o impacto da judicialização da saúde no município de Ribeirão Preto, demandando da gestão pública organização estrutural e financeira para lidar com as demandas judiciais.

Palavras-chave: Judicialização Saúde, Assistência Farmacêutica, Medicamentos.

ABSTRACT

MADURO, L. C. S. **Evaluation of judicialization of health in the municipality of Ribeirao Preto/SP**. 2016. 99f. Dissertation (Master). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Brazilian Federal Constitution institutionalized the right of health in Brazil, the article 196 that says: "Health is a right of everyone and a duty of State" presents this right. The law 8.080, that regulates the foundation of Unit System of Health, reasserts the obligation of State to population's health. In this context, Pharmaceutical Service (PS) has an important role to ensure the request of medicines from population with security, efficacy, on time and in quantity required, but despite of frequently updates in favor to promote better procedures of PS, situations still taking place in which the patient does not have the drug required because of its lack in dispensing units or its absence in standardized list of drugs. This situation makes the citizens call on judicialization way, trying to ensure the access to drug claimed, this phenomenon is known like judicialization of health, and brings great implications about management of PS. As a result of that, the objective from this study was describing the general scenery of lawsuits claiming drugs and insulin inputs that have been assumed by administration of Ribeirão Preto. Thus to attain this objective, a descriptive study was conducted, resulting in 1861 lawsuits analyzed, in which 1083 still active and 778 had been closed. The judge set a term of 30 days for 99% of lawsuits to comply with the decision, which is insufficient to make a public bidding, thus the management feels obliged to buy drugs in a parallel way. Public Ministry was the main legal representative (71,7%) utilized and the most of prescriptions were from private clinical and hospitals (50,1%). The main diagnoses referred to lawsuits were diabetes and adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), whereas the most prevalent drugs prescribed were insulin and methylphenidate. Among physicians, 3% of them prescribe 30% of prescriptions. As a result of that, the present study revealed the impact of health judicialization in Ribeirão Preto, demanding structural and financial organization from public management to labor with lawsuits.

Keywords: Judicialization Health, Pharmaceutical Services, Medications.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde..... 14

Figura 2. Divisão do município de Ribeirão Preto/SP em Distritos de Saúde..... 28

Figura 3. Diagrama de fluxo de inclusão de processos judiciais coletados no setor de processos judiciais da secretaria da saúde de Ribeirão Preto/SP..... 34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de processos judiciais por ano em que foi dada a entrada da ação 35

Tabela 2 – Distribuição dos processos judiciais pelos fóruns especializados .. 35

Tabela 3 – Prazo definido pelo juiz para cumprimento da ação 36

Tabela 4 – Valor da multa estabelecida em caso de atraso no cumprimento da ação 36

Tabela 5 – Assessoria jurídica utilizada para representar o paciente perante as cortes 37

Tabela 6 – Pós-teste de Bonferroni comparando a média do prazo para se cumprir a ação entre os diferentes representantes legais 37

Tabela 7 – Pós-teste de Bonferroni comparando a média do prazo para se cumprir a ação entre os diferentes fóruns 38

Tabela 8 – Pós-teste de Bonferroni comparando a média da multa estabelecida em caso de não cumprimento da ação entre os diferentes representantes legais 38

Tabela 9 – Pós teste de Bonferroni comparando a média da multa estabelecida em caso de não cumprimento da ação entre os diferentes fóruns .. 39

Tabela 10 – Origem das prescrições quanto ao tipo de instituição onde foi realizada 39

Tabela 11 – Diagnósticos referidos nas ações judicial 40

Tabela 12 – Medicamentos e insumos de insulina solicitados nos processos judiciais 40

Tabela 13 – Medicamentos e insumos de insulina solicitados nos processos judiciais por classificação ATC 41

Tabela 14 – Medicamentos e insumos de insulina solicitados nos processos judiciais 41

Tabela 15 – Medicamentos e insumos de insulina solicitados nos processos judiciais ativos 42

Tabela 16 – Medicamentos e insumos de insulina solicitados nos processos judiciais inativos 42

Tabela 17 – Médicos mais prevalentes nas prescrições contidas nos processos judiciais 43

Tabela 18 – Especialidades médicas das prescrições contidas nos processos judiciais 43

Tabela 19 – Valor total gasto com compra de medicamentos e valor gasto com medicamentos judicializados 44

Tabela 20 – Valor total gasto com compra de medicamentos e valor gasto com medicamentos judicializados 44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CLT	Consolidação das leis do trabalho
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
CBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
CNRF	Comissão Nacional para a Reforma Sanitária
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOAS	Normas Operacionais da Assistência a Saúde
CEME	Central de Medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
OMS	Organização Mundial da Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
CNS	Conselho Nacional de Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
ONU	Organização das Nações Unidas

STF	Supremo Tribunal Federal
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
CREME	Conselho Regional de Especialidades Médicas
SER	Sem especialidade Registrada
FCFRP	Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto
ATC	Anatomical therapeutic chemical
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

SÚMARIO.

Resumo i
Abstract ii
Lista de figuras iii
Lista de tabelas iv
Lista de abreviaturas e siglas vi

1. INTRODUÇÃO 1
1.1 A construção do Sistema Único de Saúde: antecedentes históricos..... 2
1.2 SUS – Diretrizes e Princípios 7
1.3 Assistência Farmacêutica 11
1.4 Judicialização do Direito a Saúde 15
1.5 Justificativa 20

2. OBJETIVOS 25
2.1. Objetivo geral..... 26
2.2. Objetivos específico..... 26

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS 27
3.1 Classificação do estudo..... 28
3.2 Local e população do Estudo 28
3.3 Critérios de inclusão..... 29
3.4 Delineamento do estudo 30
3.4.1 Coleta de dados 30
3.4.2 Instrumento de coleta 30
3.4.3 Variáveis relacionadas aos processos..... 30
3.4.4 Variáveis relacionadas ao paciente 31
3.4.5 Variáveis relacionadas a assessoria jurídica..... 31
3.4.6 Variáveis relacionadas a prescrição médica..... 31
3.4.7 Variáveis relacionadas ao aspecto financeiro..... 31
3.4.8 Apresentação dos dados e análise estatística..... 32
3.5 Aspectos éticos..... 32

4. RESULTADOS 33

5. DISCUSSÃO 45
5.1 Considerações finais..... 61

6. CONCLUSÕES 62

7. REFERÊNCIAS 65

ANEXO 77

1. Introdução

1.1. A construção do Sistema Único de Saúde: antecedentes históricos.

No início da colonização brasileira a população recorria a produtos da terra, como ervas e plantas, que pudessem ajudar a solucionar problemas de saúde. A orientação adivinha do conhecimento e experiência dos curandeiros que instruíam as pessoas a respeito do que deveria ser feito, não havia profissionais formados porque Portugal não tinha interesse em prover na nova terra um sistema estruturado de saúde. Essa condição perdurou até a vinda da família real ao Brasil em 1808, quando a chegada da corte criou a necessidade de uma organização sanitária mínima (POLIGNANO, 2001).

Durante o período colonial era de responsabilidade das localidades cuidar da higiene e possíveis problemas de saúde, A população pobre e indigente recebia suporte das instituições filantrópicas e beneficentes, como as Santas Casas de Misericórdia ligadas a igreja Católica (ANDRADE, 2007). Essa condição se manteve até final do século XIX quando o Brasil deixa de ser uma monarquia e passa a ser uma república.

A Saúde Pública surgiu no país nesse momento de transição entre o fim da monarquia e o início da república velha, inicialmente ligada a atribuições sanitárias com as juntas municipais e controle da saúde dos portos (POLIGNANO, 2001), mas não possuía uma política que garantisse serviços de saúde a toda a população brasileira. A disparidade entre aqueles que podiam custear seus tratamentos e aqueles que dependiam da ação de caridade de instituições de classe se manteve.

A maior parte da população brasileira não tinha condição financeira para pagar por tratamentos, aliando-se esse fato a falta de um modelo sanitário nas cidades à brasileiras formou-se um contexto propício a difusão de epidemias. A cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, sofreu com epidemias de varíola, malária, febre amarela e peste que criaram uma situação caótica prejudicando não só a população, como também o comércio exterior já que navios estrangeiros não queriam atracar no porto brasileiro (POLIGNANO, 2001).

Em meio a um ambiente de caos o então presidente da república, Rodrigues Alves, nomeia Oswaldo Cruz, sanitarista formado na escola pasteuriana, como diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública. Oswaldo Cruz introduz no país um modelo de saúde pública denominado de “Sanitarismo Campanhista”, esse modelo que

tinha como prioridade as campanhas coletivas de prevenção e vacinações, sem primazia para expandir o acesso a medicina curativa individual (VERDI, 2002).

A meta estabelecida pelo departamento era erradicar a febre amarela na capital federal e para isso usou de meios repressivos e arbitrários no combate ao mosquito vetor da doença, um exército de quase 1500 pessoas foi mobilizada em uma campanha de desinfecção que chegava ao extremo de queimar colchão e roupas de pessoas doente. (LUZ, 1979).

Apesar da intenção positiva da campanha, não houve um trabalho de educação e esclarecimento com a população, então, em resposta a brutalidade praticada pelos agentes, eclodiu uma revolta entre os cidadãos que começaram a ficar contra as atividades coordenadas por Oswaldo Cruz. A situação piorou quando foi promulgada a Lei Federal nº 1.261, de 31 de outubro de 1904, que institui a vacinação obrigatória anti-varíola, medida essa que gerou o um movimento popular de revolta conhecido como Revolta da Vacina (DUARTE, 2007).

O modelo campanhista perdurou até meados dos anos de 1960 e mesmo com as arbitrariedades e movimentos contrários, alcançou alguns resultados positivos como a erradicação da febre amarela na cidade do Rio de Janeiro e também criou o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz (LUZ, 2000).

Em 1920 Carlos Chagas promove uma reestruturação do Departamento Nacional de Saúde introduzindo a propaganda e a educação nas atividades sanitárias, cria órgãos especializados no combate a tuberculose, lepra e doenças venéreas, além de promover uma expansão das ações sanitárias para outros estados dando uma nova roupagem ao modelo de saúde pública de Oswaldo Cruz (LUZ, 2000).

A expansão da urbanização das cidades veio com o início da industrialização no país, principalmente no eixo Rio-São Paulo, acompanhado da chegada de imigrantes europeus que introduziram a ideia de leis e garantias trabalhistas já alcançadas em seus países natais. A difusão desses pensamentos iniciou uma mobilização e organização da classe operária no Brasil em uma luta por direitos, resultado desse processo foram duas grandes greves gerais nos anos de 1917 e em 1919 (POLIGNANO, 2001).

Influenciada pelo crescimento do movimento operário, foi criado em 24 de janeiro de 1923 a Lei Eloi Chaves, considerada a mãe da previdência social, essa lei institui as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) (OLIVEIRA; TEXEIRA; FLEURY, 1986). A responsabilidade pela organização das CAP's era das empresas e não das categorias profissionais e o benefício não era estendido aos trabalhadores rurais se concentrando no operariado urbano, essa foi uma condição para satisfazer a oligarquia rural que dominava o congresso (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

A eleição de Getúlio Vargas em 1930 representou ganho para os direitos trabalhistas, ele promoveu mudanças na organização do Estado criando o Ministério do Trabalho e o Ministério da Educação e Saúde, também regulamentou a justiça do trabalho em 1939 além da homologação das Leis Trabalhistas (CLT) em 1943 (LUZ, 2011).

Durante esse período foram expandidos os benefícios da previdência para todas as categorias de trabalhadores urbanos por meio da substituição das CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Diferente das CAPs os IAPs eram organizados por categorias profissionais e não pelas empresas (FINKELMAN, 2002).

Apesar da criação do Ministério da Saúde e educação, pouco foram os investimentos nesse setor, pois a saúde pública foi marginalizada a funções normativas pelo baixo financiamento e a má distribuição de funções com sobreposição de jurisprudência e gestão. Em 1953 acontece o desmembramento entre ministério da saúde e ministério da educação, porém sem grandes mudanças no que diz respeito da postura governamental (POLIGNANO, 2001).

A Previdência Social foi criada em 1960 pela promulgação da lei 3.807, chamada de Lei Orgânica da Previdência Social, que abrangeu todos os trabalhadores com carteira assinada, empregados domésticos e servidores públicos, excluindo os trabalhadores rurais, que tivessem regimes de previdência próprios (LIMA et al., 2009).

Em 31 de Março de 1964 acontece no Brasil um golpe de Estado iniciando o período conhecido como ditadura militar, no ano de 1967 o governo militar unifica todos os IAPs, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) abrangendo todos os trabalhadores urbanos junto com seus dependentes, os atendimentos eram

feitos pela iniciativa privada por meio de convênios e contratos com o INPS o que propiciou crescimento e capitalização do setor (NICZ, 1982).

O governo militar definiu as competências do Ministério da Saúde a partir do Decreto Lei 200, onde passou a ser responsável por atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas, controle de drogas, medicamentos, alimentos e pesquisas médico sanitárias (POLIGNANO, 2001).

A forma de atuação das instituições na saúde pública brasileira foi melhor definida a partir da criação do Sistema Nacional de Saúde em 1975, que definiu que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência Social enquanto o Ministério da saúde assumiria as funções preventivas. A administração pública demonstrou clara preferência pela medicina curativa, mais cara e de recursos advindos da contribuição dos trabalhadores para o INPS, isso pode ser visto pelo subfinanciamento das ações de prevenção que não recebiam os investimentos devidos e necessários para sua atuação (TANAKA et al, 1982).

A segunda metade da década de 70 foi marcada por uma reorganização e mobilização popular em prol do fim da ditadura e democratização da saúde, nesse contexto surge no país à ideia de uma reforma sanitária que foi defendida e difundida pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CBES) e a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), essas instituições aprofundaram as discussões por meio de debates no espaço parlamentear, essas discussões aconteciam durante os Simpósios de Política Nacional de Saúde na câmara dos deputados, marcados pelo confronto entre os que queriam uma saúde gratuita e os que defendiam o livre mercado (POLIGNANO, 2001).

A reforma sanitária foi pensada a partir de princípios defendidos pela Organização Mundial da Saúde e apresentados na conferência internacional sobre Cuidados Primários a Saúde em alma ata 1978, dentre eles pode se citar a hierarquização e descentralização dos serviços de saúde bem como a participação popular (ESCOREL, 1998). Com uma intensa articulação com o principal partido de oposição as propostas do movimento sanitário começam a ganhar espaços e a garantir a nomeação de integrantes a cargos chaves da administração pública federal (LIMA et al., 2009).

Em 1986 acontece a VIII Conferência Nacional da Saúde considerada marco da história da saúde pública brasileira, durante a conferência foi defendido o fim da separação entre medicina preventiva e curativa além de tentar frear o avanço da privatização do setor. A VIII Conferência Nacional de Saúde contou com diversos representantes de diferentes entidades da sociedade cível, profissionais de saúde, usuários do sistema e prestadores de serviço (MENDES, 1999).

A Conferência aprovou o princípio que viria a se tornar o artigo 196 da constituição, "A Saúde é um direito de todos e um dever do Estado", também foi criada a Comissão Nacional para a Reforma Sanitária (CNRF) que tinha como principal objetivo levar adiante as propostas discutidas. As ações da CNRF junto com os movimentos conseguem aprovar o relatório de caráter estatizante da Saúde Pública na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Constituinte e o apresenta como anteprojeto para a Comissão da Ordem Social da Assembleia Constituinte (POLIGNANO, 2001).

O próximo passo foi a comissão de sistematização onde eram recebidas propostas populares de emenda a constituição, nesse processo destacasse o papel importante de Sérgio Arouca, então presidente da Fiocruz, que defendeu emenda popular apresentada pela plenária da saúde, os partidos de centro defendiam os interesses dos setores privados e das cooperativas médicas (POLIGNANO, 2001).

Por fim a nova constituição trouxe em seu texto avanços para a área de Saúde e apesar do texto ter sofrido alterações em relação ao aprovado pela assembléia constituinte, ainda trazia os principais pontos defendidos: o dever do Estado em prover a saúde de forma gratuita e de qualidade para todos, todavia o setor privado conseguiu garantir através do artigo 199 que a assistência médica fosse considerada de livre iniciativa privada podendo esse setor trabalhar de forma complementar ao SUS (BRASIL, 2006a). O SUS nasceu com uma proposta de mudança estrutural através de uma saúde universal fazendo da atenção básica a principal porta de entrada ao sistema que tem por objetivo atender as necessidades da população.

1.2. SUS – Diretrizes e Princípios.

Em 1988 é promulgada a 8º constituição brasileira apelidada de constituição cidadã, a constituição apresenta um novo parâmetro de prioridades para o governo dentro da saúde pública, incorpora a ideia de que para se ter saúde uma série de outros fatores também precisam ser respeitados como: alimentação, moradia, emprego, lazer, educação dentre outros (BRASIL, 1988).

A expansão do conceito de saúde presente na constituição foi influenciado diretamente pelas discussões ocorridas durante a 8º Conferência Nacional de Saúde, evento presidido pelo professor Sérgio Arouca que mostra que para se ter saúde é preciso garantir trabalho em condições dignas; alimentação para toda população; moradia digna e higiênica; educação e informação; qualidade satisfatória do meio ambiente; transporte seguro e acessível; esporte, lazer e segurança; participação da população nas mudanças, gestão e controle das ações em saúde; acesso universal e igualitário (BRASIL, 1986).

A constituição federal é considerada um marco na história da democracia brasileira principalmente no que se refere aos direitos sociais, no que diz respeito a saúde foi um marco legal desenhando o novo sistema público que viria a ser construído a partir de princípios e diretrizes estabelecidas (COHN, 2009).

O SUS engloba todas as atividades e serviços de saúde administrados pelo Estado e é atuante sobre todo o território nacional, sua ação é desenvolvida de forma hierarquizada e regionalizada por meio de uma estrutura que além de garantir os direitos básicos de cidadania também se insere nas políticas públicas de seguridade social (BRASIL, 2011a).

O artigo 198º define o SUS como um conjunto de serviços públicos integrados em uma rede que deve ser hierarquizada e regionalizada sob três diretrizes: descentralização, devendo cada esfera de governo ter uma direção única; atendimento integral priorizando as ações preventivas e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A constituição brasileira deixa clara a nova postura governamental em relação a saúde no seu artigo 196º que diz “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

Esse artigo introduz o princípio da universalidade do sistema expandido a todo e qualquer cidadão brasileiro, sem exclusões por posto profissional ou qualquer outra, sendo o Estado o responsável pela execução de planos que garantam esse direito. Por Estado entende-se as três esferas de governo a saber: união, estado e munícipio.

Todo e qualquer plano que envolva o SUS deve ser guiado pelos seus princípios doutrinários: o primeiro é a universalidade que garante a todo e qualquer cidadão brasileiro acesso aos serviços de saúde seja em caráter curativo ou preventivo; a integralidade garante o atendimento a todos os níveis de necessidades do cidadão, e o terceiro princípio é a equidade que objetiva contemplar os usuários do sistema em cima de suas demandas (BRASIL, 1990b).

Os princípios organizativos são princípios que devem ser obedecidos para que se cumpram os princípios doutrinários. O primeiro princípio organizativo é a descentralização que redistribui as funções administrativas entre as três esferas de poder, o outro princípio é a regionalização que deve ser feitas por articulações desenvolvidas por meio de consórcios e pactos, o terceiro é a hierarquização que organiza o SUS em níveis hierarquizados de complexidade, e por fim o princípio da participação social, essa participação deve ser feita por meio dos conselhos e conferências de saúde traçando objetivos e metas além de fiscalizar as ações do SUS (BRASIL, 1990b).

O SUS foi criado na constituição federal de 1988, mas para seu pleno exercício ainda era preciso uma lei que regulamentasse o novo sistema, a primeira legislação nesse sentido foi a lei 8.080 de 1990 dispondo sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde além da organização e funcionamento dos serviços, esses serviços deveriam sempre estar em concordância com as diretrizes do SUS (BRASIL, 1990a).

A segunda lei de regulamentação do SUS é a lei 8.142 de 1990 dispondo a respeito da participação popular na gestão do SUS e sobre transferências de recursos financeiros entre as esferas governamentais, essa lei também criou os Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 1990c).

A partir do momento em que o SUS é criado e regulamentado iniciou-se o processo de sua implementação, processo desenvolvido a partir da promulgação das Normas Operacionais, essas normas eram portarias ministeriais que definiam critérios para que estados e munícipios se organizassem e recebessem repasses de recursos do fundo da saúde (BRASIL, 2011a).

As primeiras Normas Operacionais foram chamadas de Normas Operacionais Básicas (NOB), eram utilizadas para definir estratégias de reorientação e operação do SUS, essas estratégias deveriam vir acompanhadas da avaliação periódica de desempenho do Sistema (CATENA; TANAKA, 2001).

As NOBs foram substituídas posteriormente pelas Normas Operacionais da Assistência a Saúde (NOAS). A primeira NOAS 01/01 foi pública em 2001 e tinha por objetivo dar forma concreta a operacionalização para se efetivar os preceitos constitucionais da saúde, a segunda NOAS foi publicada em 2002 e se tratava de uma revisão da NOAS 01/01 (CATENA; TANAKA, 2001).

As NOAS reforçavam os princípios constitucionais do SUS, sendo o primeiro deles é a regionalização, onde regionalizar é garantir o direito a saúde por meio da diminuição das desigualdades e promoção da equidade, e otimizar recursos direcionados aos problemas de cada região expandindo com isso, o processo de descentralização e o acesso a serviços de saúde. (CONASS, 2009).

Para a regionalização é preciso fazer uma diferenciação entre território político administrativo e território sanitário, o primeiro é definido por divisões politico-administrativas que nem sempre contemplam as mesmas necessidades sanitárias, enquanto os territórios sanitários se aproximam por necessidades em comum, a atenção básica deve seguir esse modelo de territorização prestando atenção às regiões de acordo com a sua demanda (BRASIL, 2011a).

Outro principio a ser citado é o planejamento no SUS, a Portaria/GM 399, 22 de fevereiro de 2006 apresenta diretrizes a respeito do tema. Essa portaria define o pacto pela saúde dividido em três componentes, são eles o pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e o pacto de gestão, quando aponta o planejamento do SUS, a Portaria apresenta as seguintes diretrizes: deve ser organizado de forma articulada entre as três esferas de gestão; cada esfera deve contemplar as peculiaridades da sua região; pactuação de forma tripartide e incentivo a participação social; levar em consideração

as diversidades existentes em cada esfera de poder na hora de montar o planejamento (BRASIL, 2006b,).

O terceiro princípio é a participação da comunidade, a participação comunitária é uma estratégia de relação Estado e cidadão onde o usuário do sistema é convidado a discutir as respeito dos objetivos e caminhos que o SUS irá seguir, nada melhor que o próprio beneficiário aponte as demandas a serem equacionadas a parti de uma participação efetiva dentro da gestão do sistema (BRASIL, 2011a).

A plena implementação do SUS enfrenta um problema de contraste entre o que está escrito e o que de fato é realizado, isso gera uma descrença no povo brasileiro em relação ao seu sistema de saúde fazendo com que busquem no meio privado, pagando altas taxas e valores, uma segurança de tratamento de saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

Existe uma dificuldade de gestores em integrarem estados e munícipios as redes nacionais de saúde comprometendo o acesso e a integralidade o que priva parte da população do direito constitucional a saúde (VASCONCELOS, 2005). Aliando-se a esse fato a dificuldade do controle social pelo desconhecimento de boa parte da população do seu direto de controle sobre o SUS, difícil acesso as informação do sistema assim como da formação dos conselhos de saúde (LEANDRO; MICHALISZYN, 2006).

O SUS precisa ser apresentado à sociedade como uma reforma social que gera como impacto o bem estar e proteção, é preciso defender o SUS como um sistema capaz de melhorar as condições sanitárias de toda a população sendo fundamental que toda a sociedade participe do processo de sua implantação, ajudando dessa forma a equacionar suas limitações (SOUZA; COSTA, 2010).

O SUS está consolidado no país, mas ainda é preciso qualificar sua gestão e controle social, fortalecer a atenção básica e resolver a fragmentação das políticas e programas de saúde, não é fácil e nem prático tonar real os princípios de universalidade, equidade e integralidade, exige esforço e articulação entre gestores, servidores e usuários na busca da boa aplicabilidade das políticas constituindo meios de promoção da qualidade de vida (SOUZA; COSTA, 2010).

1.3. Assistência Farmacêutica.

Dentro desse ambiente de mudanças provocado pela nova constituição, podemos destacar o novo rumo tomado pela Assistência Farmacêutica (AF), uma vez que o Estado passa a ter o dever de garantir o direito à saúde. Assim é importante o desenvolvimento e fortalecimento de um sistema efetivo para garantir o acesso ao medicamento, sendo determinante para resolubilidade de problemas em saúde envolvendo a alocação de grandes recursos públicos (BRASIL, 2001).

O medicamento é parte importante no processo de saúde do paciente, por isso possuir uma política voltada para esse produto farmacêutico é fundamental. A AF como política teve inicio em 1971 com a criação da Central de Medicamentos (CEME) que era responsável por fornecer medicamentos à população com baixo poder aquisitivo (BRASIL, 1971), era também de responsabilidade da CEME o incentivo a pesquisa científica, incentivo a instalações de fábricas e laboratórios (COSENDEY et al, 2000).

A CEME avaliava o perfil epidemiológico das regiões para montar sua lista de medicamentos porém distribuía a mesma quantidade de medicamentos o que fazia com que as regiões tivessem excesso e falta de medicamento ao mesmo tempo (COSENDEY et al, 2000). Os escândalos envolvendo a CEME eram constantes até o ponto que foi desativada em 1997 e suas funções remanejadas entre diferentes setores do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a).

Apesar da sua importância estratégica, no Brasil houve uma lacuna de dez anos entre o estabelecimento do SUS e a promoção de medidas de efetivação da AF, somente em 1998, com a edição da portaria GM/MS n. 3916 que criou a Política Nacional de Medicamentos (PNM), é que a AF entrou na agenda do governo (BRASIL, 2001).

A PNM tem como propósito garantir segurança, eficácia e qualidade aos medicamentos além da promoção do uso racional e o acesso aos medicamentos essenciais. De acordo com a PNM, para o alcance do propósito nela estabelecido, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, devem atuar em estreita parceria e na conformidade das oito diretrizes fixadas, a saber: adoção de relação de medicamentos essenciais; regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico

e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, essas diretrizes buscam aperfeiçoar a capacidade de gestão e melhorar o acesso da população aos medicamentos (VIEIRA, 2008).

Das diretrizes apontadas pela PNM a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), reorganização da AF, promoção do uso racional de medicamentos e atividades de vigilância sanitária são consideradas prioritárias (BRASIL, 2001). A ideia de desenvolver uma lista de medicamentos essenciais é defendida pela OMS que em 1977 criou sua própria lista, do qual o objetivo era, por meio desse modelo, incentivar a criação e o desenvolvimento de listas nacionais e políticas de medicamentos, como consequência, diversos países membros elaboraram suas próprias listas e muitos deles passaram a formular políticas de medicamentos em seu território (OMS, 2008).

No Brasil a formulação de listas oficiais de medicamentos antecedeu a recomendação e publicação da lista modelo desenvolvida pela OMS, onde por meio do decreto 53.612 de 26 de fevereiro de 1964 foi criada a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais de Uso Humano e Veterinário, sendo que as revisões eram de responsabilidade da CEME (BRASIL, 1964). Essa lista oficial passou, por meio da portaria nº 233 do Ministério da Previdência e Assistência social em 1975, a se chamar RENAME, nome ainda utilizado nos dias de hoje. Apesar da criação da RENAME antes do SUS, foi somente com a PNM que houve priorização do seu uso com obrigatoriedade de revisão permanente (BRASIL, 2015a).

Quanto a reorientação da AF, teve como fundamento a descentralização de sua gestão, a promoção do uso racional de medicamentos, otimização de recursos e qualidade no sistema de distribuição para garantir o acesso de toda a população aos medicamentos considerados essenciais além de um sistema organizado de compra para diminuir preço de aquisição, ou seja, garantir a excelência do sistema de gerenciamento (KORNIS, 2008).

Um avanço da AF nesse período foi a aprovação, em 1999 da lei dos genéricos que tinha como objetivo priorizar o uso de medicamentos genéricos por parte do Ministério da Saúde, sempre com garantia de qualidade, segurança e eficácia aliada a um preço acessível, o medicamento genérico deve ser intercambiável com o

medicamento de referência por meio dos testes de bioequivalência e biodisponibilidade (BRASIL, 1999)

Em 2003 aconteceu a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica que formulou propostas pelas quais levaram o Conselho Nacional de Saúde (CNS) a aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) por meio da Resolução n. 338 de 2004 (BRASIL, 2004a). Segundo esta resolução a AF deve ser norteadora de políticas estratégicas visando à manutenção, a qualificação dos serviços e a qualificação dos recursos humanos para atender a rede pública sempre pautada em ações descentralizadas (BRASIL, 2004a).

A PNAF deu a AF uma abordagem mais abrangente definindo como ações intensificar a pesquisa, expandir a produção, reorganizar prescrição e dispensação, garantir qualidade aos produtos e garantir o acesso aos mesmos (KORNIS, 2008). Um objetivo fundamental da AF é a promoção do uso racional de medicamentos que merece atenção por parte dos gestores e demanda mais do que simplesmente distribuir os medicamentos. É preciso combater o excesso de produtos farmacêuticos, bem como a automedicação e problemas de prescrição, além de superar o lobby das indústrias farmacêuticas (BRASIL, 2007a).

O financiamento da AF é de responsabilidade das três esferas de poder e pactuado na Comissão Tripartite, os recursos são repassados pelo governo federal na forma de blocos ao passo que o bloco da AF possui três componentes: componente básico da Assistência Farmacêutica; componente estratégico da Assistência Farmacêutica e componente de medicamentos de dispensação excepcional (BRASIL, 2007b). O componente básico deve aplicar seus recursos aos agravos prioritários da atenção primária mantendo a estrutura das farmácias públicas e medicamentos presentes na REMUME e RENAME (BRASIL, 2010).

O componente estratégico cuida de agravos específicos, agudos e crônicos, presentes em protocolos do Ministério da Saúde, dentre eles podemos citar: tuberculose, malária, hanseníase, esquistossomose, lúpus eritematoso sistêmico, tabagismo, tracoma, antirretrovirais, hemoderivados, meningite, leishmaniose, doença de chagas, oncocercose e peste (CONASS, 2011). Já o componente especializado trabalha com medicamentos para pacientes com doenças crônicas e raras cujo custo do tratamento é elevado (BRASIL, 2009a).

A AF está estruturada de acordo com o ciclo conhecido como Ciclo da Assistência Farmacêutica, que passou por uma mudança em 2014 por meio da publicação do caderno de cuidado farmacêutico na atenção básica pelo Ministério da Saúde (figura 1). A nova rede de etapas apresenta componentes de natureza técnica, de inovação e de atendimento a necessidades da população (BRASIL, 2012).

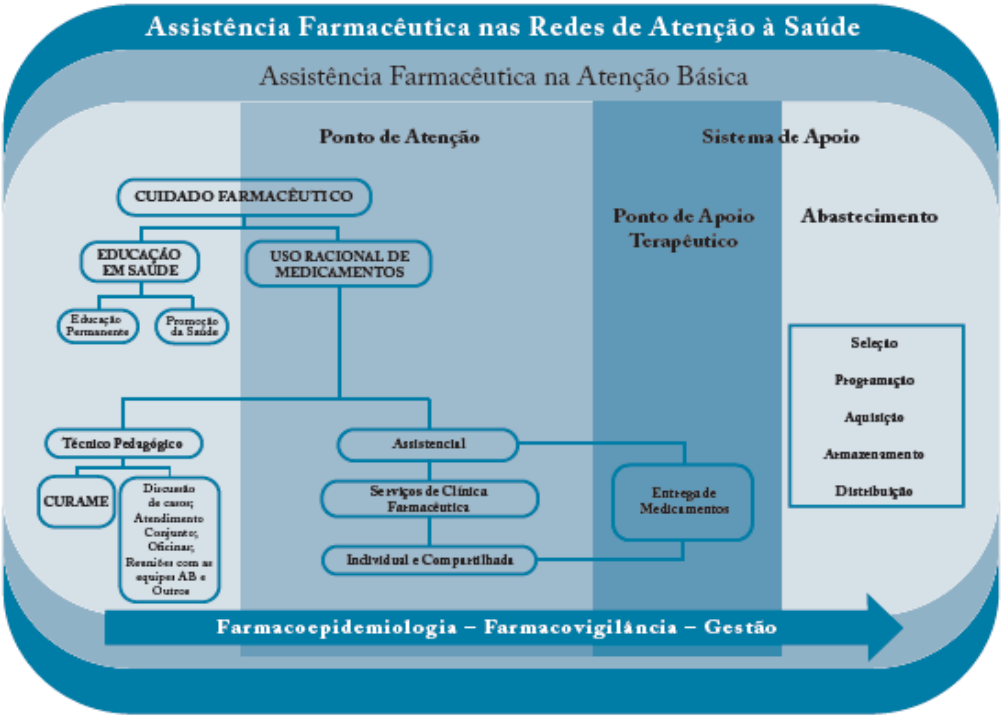


Figura 1: Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014)

O cuidado farmacêutico integra ações de educação e saúde com uso racional de medicamentos, o ciclo passa a contemplar também ações assistências alocadas no eixo de ponto de atenção, a parte de clínica farmacêutica corresponde a atividades voltadas diretamente ao usuário individual enquanto as ações técnico-pedagógicas tem por objetivo a coletividade e a equipe de saúde pela gestão do conhecimento (BRASIL, 2014).

Os pontos clássicos do ciclo da AF são abordados no eixo do abastecimento, são eles a seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição. O objetivo dessa mudança é proporcionar a inserção de práticas de cuidado e aumento a

resolutividade do uso de medicamentos, outro objetivo é conhecer melhor problemas que usuários possam estar tendo com os medicamentos (BRASIL, 2014).

A AF é um dos setores que mais consomem recursos do orçamento da saúde e a tendência é aumentar os gastos e ter menos recurso disponível, assim necessita de uma atenção maior para o gerenciamento adequado deste processo para não acarretar o desperdício de recursos (MSH, 1997). Este ato de gerenciar envolve conhecimento, habilidade e atitude a fim de usar de formar eficiente dos recursos limitados (MARIN et al., 2003).

Desenvolver uma AF de qualidade é uma das principais diretrizes prioritárias da PNM, por meio de uma boa organização, um sistema de planejamento, uma coordenação eficiente e constante avaliação são possíveis atingir esse objetivo, lembrando que as estratégias da AF devem ser pensadas sempre para cada realidade (BRASIL, 2007a).

O Brasil é um país de proporções continentais onde cada estado e município possui suas peculiaridades e necessidades específicas, por isso é preciso o desenvolvimento não só de uma política nacional de medicamentos como também é importante que estados e municípios desenvolvam suas próprias políticas de medicamentos (SANTICH; GALLI, 1995)

As políticas de medicamentos devem ter um objetivo claro definido a parti das necessidades estratégicas da região, obedecendo a um sistema estruturado e organizado com cooperação entre gestores das três esferas de poder com otimização dos recursos disponíveis e garantia de medicamento de qualidade, seguro e em quantidade necessária para a população (BRASIL, 2007a).

1.4. Judicialização e o Direito a Saúde.

A Constituição Federal Brasileira institucionalizou os direitos humanos no Brasil os dividindo em direitos fundamentais, sociais e econômicos. A saúde é apresentada como um direito social inscrito no artigo 6º ao lado de educação, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

O direto a saúde implica dois pontos, o primeiro a defesa da justiça social e o segundo o reconhecimento por parte do Estado da importância estratégica de ter uma

população saudável. A ideia de que uma população saudável poderia fortalecer o Estado surgi e no mercantilismo, entendendo-se que o bem estar da sociedade refletiria no bem estar do Estado (ROSEN, 1994).

A inserção de direitos sociais nas constituições de Estados modernos é inspirada por duas correntes de pensamento, a anglo-saxã, vivido por pensadores liberais e a francesa idealizada por Montesquieu e Rousseau. A primeira linha defende o direito individual, chamado de primeira geração, que estariam à frente dos direitos coletivos, por direitos de primeira geração entende-se aqueles referentes a liberdade e igualdade formal ou, como são conhecidos, direitos civis e políticos, os primeiros a constarem nas constituições ocidentais (GOMES; FREITAS, 2010).

Partindo do pensamento de que garantir liberdade e igualdade em aspectos formais não atendia a todas as classes sociais, passou a se conjecturar o entendimento de que era necessário abrir mão de parte do direito individual em prol de direitos coletivos para que todos pudessem de certa forma compartilhar do bem-estar social (GOMES; FREITAS, 2010).

Foram então esses direitos chamados de direitos de segunda geração que se referiam a algumas intervenções estatais na prestação de serviços sociais como educação e saúde, ao serem introduzidos nas constituições, em soma aos direitos de primeira geração, são então chamados de direitos sociais culturais e econômicos (MACHADO, 2009).

A evolução do conceito de direito a saúde exigiu o abandono do pensamento clássico de que seria o a ausência de doença tendo um caráter meramente curativo, em seu lugar entra uma conceituação moderna que busca em grupos marginais e miseráveis a explicação para o adoecimento que seria condicionado por esses fatores (SILVA; FERREIRA; SILVA, 2010).

Toda essa visão a cerca da saúde e do direito a saúde é corroborado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos proclamada em 10 de dezembro de 1948 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em seu artigo 25 diz:

> Todas as pessoas têm direito a um padrão de vida adequado à saúde e bem estar próprios e de sua família, particularmente alimentação, moradia, vestimenta a assistência médica e necessários serviços sociais, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outra falta de meios de sobrevivência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948).

Por vezes a ideia de direito à saúde se resume a acesso aos bens e serviços de saúde, porém esse pensamento contradiz a história de luta pela a afirmação da saúde como um direito a cidadania defendido pelo movimento pela reforma sanitária, isso se deve ao pensamento histórico de saúde como uma prestação de alguns serviços a população (MACHADO, 2009).

Porém a constituição brasileira trata a temática de outra forma ao colocar a saúde como um direito de todos, ela não se limita a prestação de serviços, mas sim ao entendimento do cidadão saudável, a lei 8.080 corrobora essa afirmação ao definir outros fatores como essenciais a promoção da saúde, fatores esses que não estão ligados a prestação de serviços de saúde (BRASIL, 1990ª; MACHADO, 2009).

O próprio artigo 196º da constituição que trata a saúde como um dever do Estado, coloca que esse deve fazê-lo mediante políticas públicas e econômicas por meio de ações de promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988), deixando claro que nossa lei maior coloca um conceito de saúde dentro de toda a complexidade da necessidade do ser humano, não o resume a cura de doenças.

Enquadrar o direito a saúde inerente a todo cidadão brasileiro como um dever do Estado exige intervenção governamental no setor, apesar dessa intervenção já ocorrer desde o período colonial ela se torna mais proeminente na era republicana, como exemplo podemos citar as campanhas de erradicação da febre amarela de Oswaldo Cruz e a lei Elói Chaves (ELIAS, 2004).

O projeto transformador da constituição federal de 1988 indica um novo modelo de intervenção do Estado na saúde assim como reconfigura o papel das três esferas de poder (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009). No campo jurídico a constituição diz que o Estado tem por obrigação a garantia dos direitos individuais como a propriedade privada, igualdade jurídica, liberdade, mas é obrigado também a cumprir com os direitos coletivos criando uma condição de saúde, educação trabalho dentre outras (MACHADO, 2009).

Quando nossa lei maior apoia ações de cunho social dando destaque aos direitos sociais que possibilitam ao cidadão a busca por instrumentos que garantem a exigência de uma justiça social. Esse fato está ligado à própria participação da sociedade na gestão do SUS (DALLARI et al., 1996).

O Estado Democrático moderno tem no judiciário um pilar estrutural de extrema importância para sua manutenção, a partir da criação das leis, é a forma jurídica que garante o cumprimento das decisões políticas, ao analisar normas ela aponta a conformidade da aplicação dos códigos legais (WEBER 2004).

O direito a saúde é algo do nosso tempo e deve ser determinado a partir do ponto de vista que é extensivo a todos, em um complexo entendimento de direito a saúde como apresentado por nossa constituição se faz necessário um órgão que interprete as normas. É preciso garantir o bom cumprimento dos processos democráticos que instituem ao mesmo tempo, direitos individuais e coletivos (DALLARI, 2010).

No Brasil a constituinte é criada em um momento de abertura política e entrada do país em um contexto neoliberal, sob influência de muitos grupos sociais a constituição abriga diversos direitos sociais escritos muitas vezes de forma indeterminada, uma forma sujeita a diferentes interpretações, esses fatos impulsionaram uma maior participação do judiciário na definição de políticas públicas (MACHADO, 2012).

Outro imbróglio gerado pela constituição é a determinação da responsabilidade de cada esfera do poder na formulação das políticas públicas, a um rompimento abrupto entre o modelo centralizado de ações e o novo modelo, muitas vezes foi preciso que o Supremo Tribunal Federal precisasse intervir como árbitro nesses conflitos (OLIVEIRA, 2009).

Dentro das discussões do direito a saúde é possível especificar o direito ao acesso ao medicamento, esse que é um produto de características hibridas, e ao mesmo tempo que é mercadoria é também produto sanitário, portanto, dessa forma seu acesso transita entre o direito civil e o direito social, ou diretos de primeira geração e de segunda geração (DALLARI, 2010).

Conforme descrito anteriormente a AF é a responsável por garantir o acesso a medicamentos no Brasil, sua atuação precisa contornar problemas de diferentes ordens, principalmente financeira e de gestão, a fim de atender as demandas da população na garantia do direito a saúde.

Mesmo com todo o trabalho desenvolvido pela AF, aqui em destaque as constantes readequações das listas de medicamentos essenciais, ocorrem situações em

que o usuário se sente lesado pela não garantia do acesso a medicamentos, seja por falta desse nas farmácias públicas ou a não contemplação de especifico medicamento nas listas padronizadas (VIEIRA; ZUCCI, 2007).

Diante desse cenário tornou-se comum que usuários do sistema de saúde entendessem que seu direito constitucional a saúde estava sendo violado, a consequência desse descontentamento foi à busca de vias paralelas de garantia de acesso, com isso começaram a utilizar o meio jurídico para exigir o fornecimento do tratamento (PEPE et al, 2010; PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012).

Esse fenômeno ao buscar a tutela jurisdicional para o acesso a medicamentos passa a ser chamado de judicialização da saúde, é entendido como o envolvimento da justiça na esfera executiva, respondendo ao reclame de insumos, medicamentos, serviços de assistência, dentre outras demandas referentes à saúde (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014).

Organizar políticas de saúde é uma função do poder judiciário, porém destaca-se que o judiciário tem como função primacial resguardar e garantir o bom cumprimento da constituição federal brasileira, dessa forma se justifica a interferência em outros poderes sempre que, ao seu entender, uma determinada conduta fere o texto constitucional (CHIEFFI; BARATA, 2009; GOMES et al., 2014).

No Brasil os primeiros casos de ações judiciais contra o Estado exigindo acesso a tratamento ocorreram no início dos anos 1990, na ocasião pacientes buscavam medicamentos para HIV/Aids, nessa época aqueles que eram matriculados no SUS recebiam do ministério da saúde tratamento com AZT em monoterapia, entretanto o estudo CONCORDE realizado na Europa em 1993 comprovou a ineficácia desse tratamento, dessa forma os usuários começaram a reivindicar na justiça a obrigação do Estado em fornecer o tratamento mais efetivo existente na época com um acesso universal (BRASIL, 2005; CONCORDE, 1994).

A busca excessiva da via judicial por esses pacientes gerou um grande número de processos deferidos (ações em que houve ganho de causa para o paciente), essa situação criou jurisprudência (conjunto de decisões, aplicações e interpretações da lei), o que auxiliou para que outros pacientes também buscassem os tribunais para o reclame de diversos medicamentos, serviços e tecnologias de saúde (VENTURA et al., 2010).

Casos de judicialização da saúde podem ser encontrados na literatura científica e na mídia geral, ocorrendo em diferentes cidades e estados, mas mantendo as particularidades inerentes às características e necessidades específicas de suas populações, destacando que os estudos apontam que na maioria dos casos as ações tendem a ser deferidas pelos magistrados (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014; DINIZ; MEDEIROS; SCHWARTZ, 2012; BORGES; UGÁ, 2005; CARVALHO; LEITE, 2014; JUNIOR et al., 2012; WANG et al., 2014; MACHADO et al., 2011; TRAVASSOS et al, 2013; NETO et al., 2012).

O aumento no número de ações judiciais e a intensidade dos debates a cerca do assunto fez com que o ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Gilmar Mendes, convocasse audiência pública em 2009 para ouvir a sociedade sobre o tema. A relevância da matéria foi defendida pelo ministro em seu pronunciamento de abertura onde este destaca a importância do assunto e a influência que o mesmo tem na sociedade como um todo (MACHADO; DAIN, 2012):

> Por estar relacionada aos vários pedidos de suspensão que tratam da matéria, esta Audiência Pública distingue-se das demais pela amplitude do tema em debate. Todos nós, em certa medida, somos afetados pelas decisões judiciais que buscam a efetivação do direito à saúde. O fato é que a judicialização do direito à saúde ganhou tamanha importância teórica e prática que envolve não apenas os operadores do direito, mas também os gestores públicos, os profissionais da área de saúde e a sociedade civil como um todo (ministro Gilmar Mendes).

Diante desse contexto, pode-se entender a judicialização da saúde sob dois pontos principais, a saber: trata-se do exercício legal da cidadania por meio da busca pela garantia do direito a saúde quando ocorrem falhas políticas e de operacionalização do SUS; em relação às dificuldades geradas para a administração pública quando ocorrem interferências indevidas do poder judiciário na política de saúde (PAULA et al., 2011; DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014).

1.5. Justificativa

O contexto da judicialização da saúde apresentado acima mostra que o poder judiciário deixou de ser coadjuvante nas políticas públicas e passou a ter papel de destaque, por conseguinte a via judicial tornou-se parte importante do itinerário terapêutico, com a judicialização se apresentando como uma realidade em todo o território nacional.

Existem muitos elementos que propiciam a existência dessas ações além das questões legais apontadas anteriormente, um deles é a grande oferta de recursos científicos e tecnológicos. É consenso que o acesso a essas alternativas é fundamental na promoção e prevenção da saúde, porém, dentre um universo de possibilidades, racionalizar a escolha garante não só a integridade individual como a expansão do acesso em nível coletivo, em um contexto onde o mercado de saúde muitas vezes cria necessidades para vender soluções e o Estado em todas as suas esferas deve criar meios para proteger o cidadão (VENTURA et al., 2010).

Garantir acesso racional a medicamentos é um dos objetivos da gestão da AF, onde o bom planejamento permite a melhor alocação de recursos e a garantia de medicamentos essenciais em tempo e quantidade necessária com um arsenal terapêutico constantemente atualizado. Planejar exige a capacidade de atender as necessidades da população sem extrapolar o orçamento disponível, entretanto pouco resolveria optar pelo mais caro se sua eficiência não se justificasse e ainda se não pudesse ter seu acesso estendido a toda a população, dessa forma é preciso priorizar medicamentos e pactuar programas que sejam capazes de cobrir as demandas essenciais da sociedade (WANG et al., 2014).

Quando um medicamento é requerido por via judicial ocorre uma perturbação no planejamento o que prejudica ações previstas inicialmente, com a obrigatoriedade de se cumprir o processo os administradores públicos precisam recorrer a uma estrutura paralela de compras, como exemplo, a compra direta em varejo, entretanto essa condição tem como consequências o aumento de gastos e a necessidade de deslocar recursos de outras ações previamente determinadas, além da possibilidade de corrupção (MARIN et al., 2003; PEPE et al, 2010).

Para enfrentar o problema alguns gestores tem levado em consideração a demanda judicial no planejamento do orçamento, como é o caso do munícipio de Ribeirão Preto/SP, onde se realiza esse estudo, que possui dentro da Divisão de Farmácia da Secretaria Municipal de Saúde um setor específico para atender os processos judiciais, porém mesmo prevendo a possibilidade da ação judicial e inclusive destinando orçamento para seu cumprimento, é difícil identificar quando e o que será pleiteado.

Dessa forma, pode-se afirmar que a dificuldade de previsão orçamentária é uma das principais críticas realizadas por gestores à judicialização da saúde, mas não a única, existem possíveis situações de inequidades geradas pelos processos judiciais que são constantemente apresentadas no intuito de defender que a judicialização fere princípios constitucionais do SUS (SILVA et al., 2013; BORGES; UGÁ, 2005;).

O conceito de equidade na saúde foi formulado por Margaret Whitehead, onde o objetivo é acrescentar o parâmetro de justiça ao conceito de igualdade, assim as distribuições de medicamentos levariam em consideração as necessidades próprias de cada um, essas diferenças necessárias culminariam numa distribuição realmente igualitária que ao final todos seriam atendidos dentro de sua demanda, ou seja, a equidade é oferecer mais a quem precisa mais (WHITEHEAD, 1991).

A inequidade ocorre no momento em que são promovidas diferenças desnecessárias e evitáveis, por exemplo, um paciente tem acesso privilegiado a um medicamento por judicialização, esse tratamento diferenciado não foi fornecido devido a necessidade específica do indivíduo, mas sim porque este teve acesso a uma via paralela de aquisição de medicamentos sendo beneficiado ao atrelar sua demanda a uma ação judicial (VENTURA et al., 2010).

Trabalhar com equidade em saúde é uma tarefa complexa devido a dificuldade em se definir o que são necessidades e priorizar as que devem ser atendidas, somando a isso os contínuos avanços das tecnologias em saúde, é de se esperar que sempre haverá indivíduos com demandas à margem dos programas ministeriais (LEITÃO et al., 2014).

Essa dificuldade em acompanhar as tecnologias de saúde tem relação com o papel desempenhado pela indústria farmacêutica que é a detentora dessas tecnologias e a principal responsável por avanços nos tratamentos, dessa maneira estão presentes também na judicialização da saúde.

É inegável a importância da indústria no desenvolvimento e avanço da medicina, com destaque para a produção de medicamentos, é importante considerar que ao se tratar de uma empresa privada com fins lucrativos, a mesma é envolta em um aspecto comercial em busca do lucro. Através do *lobby* e marketing a indústria consegue influenciar a prescrição médica e incentivar o consumo dos usuários, para isso há uma transformação do medicamento onde ele deixa de ser auxiliar no

tratamento para se tornar bem de consumo desejável capaz de resolver todos os problemas (LEITÃO et al., 2014).

Quando a justiça obriga a compra de um determinado medicamento, a indústria farmacêutica é beneficiada em vários aspectos, o primeiro é o consumo do produto e consequentemente aumento nas vendas, aliado a isso o aumento da demanda também pode acelerar o processo de registro na ANVISA e facilitar a inclusão dos medicamentos em listas padronizadas o que difere do objetivo da AF de promover um mecanismo de incorporação racional de novas tecnologias (VIDOTILL et al., 2008).

Uma vez que a judicialização beneficia a indústria, passa então a ser incentivada pela mesma, essa situação cria dificuldade ao trabalho de gestão que tem que enfrentar o poder econômico e a influência negativa da propaganda junto aos setores sociais e governamentais (VENTURA et al., 2010; LEITÃO et al., 2014).

As situações discutidas anteriormente levam críticas a esse processo, entretanto existem pontos favoráveis que são apontados para justificar essa via de acesso, o primeiro é o próprio entendimento da constituição brasileira, uma vez que a saúde no Brasil alcançou o status de direito social, a judicialização é entendida como a confirmação da obrigatoriedade do Estado em garantir procedimentos e bens terapêuticos à população, além disso, ela se apresenta como uma valiosa arma do cidadão no combate às ineficiências do Estado e é sabido que a incorporação de tecnologias de saúde é falha e que tratamentos importantes ficam deficitários (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009).

No caso dos pacientes com HIV/Aids os estudos mostram que quando houve atualização nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas que incorporaram novos medicamentos, esse tornou-se um programa de tratamento mais efetivo e eficiente, com a redução de 90% para 5% de processos, assim a judicialização pode ser vista como uma ferramenta para equacionar o déficit entre demanda e incorporação de novas tecnologias e alcançar uma distribuição mais justa (VENTURA et al., 2010; BRASIL, 2015a).

Como descrito anteriormente, toda a evolução da saúde pública brasileira culminando a construção do SUS, a forma como o SUS é organizado, a forma como a AF se desenha dentro do sistema de saúde, a introdução dos direitos sociais, em destaque o direito a saúde, mostra que se almejou ampliar o entendimento a saúde e a

forma como deveria ser tratado pelo Estado, nesse sentido a judicialização se configura como uma consequência do processo histórico da saúde pública no país.

Independente dos aspectos positivos e negativos a realidade inspira atenção e cautela do poder público, jurídico e da sociedade, a judicialização precisa ser entendida e trabalhada de forma a minimizar o seu impacto negativo sem deixar de garantir o direito constitucional a saúde, para isso o primeiro passo é conhecer seus mecanismos de funcionamento, consequências e implicações, descobrir as características de ocorrência na região, quem são as pessoas que estão entrando com processos, bem como suas necessidades, quais são os medicamentos que estão sendo solicitados dentre outras inúmeras informações.

A partir de um levantamento situacional e do conhecimento do contexto geral da judicialização da saúde é possível pensar e desenvolver estratégias e ações para diminuir o número de processos, tornar a AF mais administrável e evitar que os direitos civis prejudiquem o bom funcionamento dos direitos sociais.

Uma revisão sistemática realizada em 2014 por Leitão e colaboradores aponta para a necessidade de aprofundamento da temática nos estados federados, e também mostra uma heterogeneidade do fenômeno onde a proporção de variáveis é diversificada nas diferentes regiões brasileiras de acordo com suas características, dessa forma é preciso inicialmente pensar a judicialização como um fenômeno regional antes de trabalhá-la de forma generalizada (FRANCO; PASSOS, 2005)

2. Objetivo

2.1. Objetivo Geral:

- Descrever o panorama geral das ações judiciais pleiteando medicamentos além dos insumos para insulina que foram assumidas pela prefeitura de Ribeirão Preto/SP.

2.2. Objetivos Específicos:

- Analisar a evolução no número de processos judiciais do ano de 1995 a junho de 2014.
- Levantar os prazos para cumprimento de liminares, multas estabelecidas em casos de atrasos.
- Analisar qual o meio de acesso a justiça mais utilizado nas ações judiciais.
- Verificar quais as principais doenças referidas nos processos
- Analisar a procedência da prescrição médica do medicamento requerido.
- Verificar quais os medicamentos mais requeridos nas ações em Ribeirão Preto/SP.
- Conhecer os custos gerados pelos processos judiciais para aquisição de medicamentos do ano de 1995 a junho de 2014.

3. Casuística e métodos

3.1. Classificação do estudo:

Como não existem informações prévias na literatura, optou-se por usar uma metodologia do tipo descritiva que é capaz de descrever o padrão de ocorrência de um evento e o conjunto de fatores que o influenciam, além disso, é um tipo de estudo que permite o conhecimento de elementos importantes e também é uma fonte geradora de hipóteses (MEDRONHO; 2009).

3.2. Campo e população de Estudo:

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto localizado na região nordeste do estado de São Paulo, cidade com população aproximada de 604.682 habitantes sendo 99,7% residente na zona urbana (IBGE, 2010).

A rede básica de saúde municipal é dividida sanitariamente em cinco regiões denominadas distritos de saúde (Figura 2) sendo eles: Norte - Distrito do Simioni, Sul - Distrito de Vila Virgínia, Leste - Distrito de Castelo Branco, Oeste - Distrito de Sumarezinho e Região Central - Distrito Central. Cada distrito possuí uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) e algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (RIBEIRÃO PRETO, 2013a). Um distrito de saúde é uma unidade organizacional mínima do sistema de saúde em uma região e tem como objetivo otimizar o acesso dos habitantes aos serviços de saúde garantindo atendimento básico próximo as residências dos munícipes (RIBEIRÃO PRETO, 2013a).

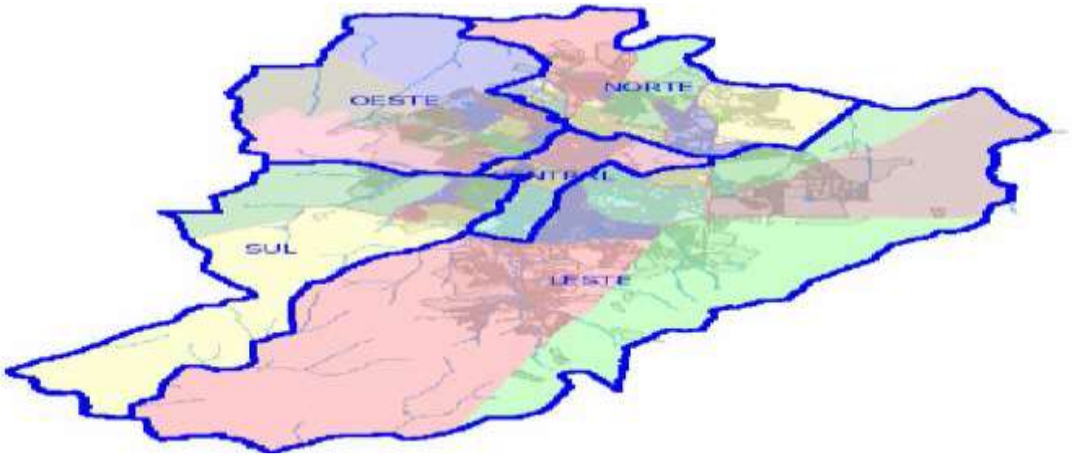


Figura 2 - Divisão do município de Ribeirão Preto/SP em Distritos de Saúde.
Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2013a

O cuidado em saúde no âmbito do SUS está organizado em três níveis de complexidade: básica, média e alta sendo a Atenção Básica ponto principal de acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2004b). Em Ribeirão Preto/SP a Atenção Básica de cada distrito está organizada por uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) que é referência de algumas especialidades além de fornecer atendimento básico, possui também várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) que tem por finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem para a região de sua abrangência.

Em relação à Assistência Farmacêutica, existem 30 farmácias vinculadas às unidades de saúde onde são dispensados os medicamentos do componente básico da Assistência Farmacêutica contidos na REMUME (RIBEIRÃO PRETO, 2013b). O componente especializado da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde e atende a linhas de cuidados definidas por protocolos e diretrizes publicados pelo Ministério da Saúde, ele atende aos pacientes dos municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto/SP (DRS XIII) com exceção dos Transplantados (no período em que estão residindo em Ribeirão Preto, com comprovante de residência), fibrose cística, hepatite-C, deficiência do Hormônio de crescimento , imunoglobulina Humana (paciente deve ser acompanhado no Hospital das clínicas de Ribeirão Preto), espasticidade e Distonias Focais (Centro de Referência: acompanhado no Hospital das clínicas de Ribeirão Preto) (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

A Assistência Farmacêutica em Ribeirão Preto/SP é gerida pela Divisão de Farmácia da Secretaria Municipal de Saúde, dentro da Divisão de Farmácia existe um setor próprio para atender os processos judiciais, local esse que foi onde se realizou a coleta de dados do estudo, nesse setor são armazenadas todas as informações a respeito das peças dos processos judiciais requerendo medicamentos e insumos para insulina impetrados contra o município de Ribeirão Preto-SP em solidariedade ou não com o estado de São Paulo.

3.3. Critérios de inclusão:

Foram incluídos todos os processos judiciais que tinham como bem requerido medicamentos além de insumos para insulina (bomba de infusão, conjuntos de

cateteres, reservatórios, sensores e tiras de glicosimetria para uso em bomba de insulina, agulhas descartáveis para uso em canetas de insulinas), que tivessem ganho de causa ou concessão de liminar para o paciente em pelo menos uma das instâncias, impetrados contra o munícipio de Ribeirão Preto/SP até a data de 1º de julho de 2014.

3.4. Protocolo experimental:

3.4.1. Coleta de dados:

A coleta de dados durou oito meses sendo realizada no período de 01/07/2014 até 25/02/2015, foi feita por meio de levantamento a partir dos arquivos físicos que continham informações sobre os processos judiciais contra o município de Ribeirão Preto/SP requerendo medicamentos e insumos para insulina. Para evitar viés a coleta foi inteiramente realizada por único pesquisador, foi feita durante o período de funcionamento do estabelecimento e sempre acompanhada pela farmacêutica responsável pelo setor.

3.4.2. Instrumento de coleta:

Para a coleta de dados foi desenvolvido um instrumento que consistiu em uma planilha eletrônica construída por meio do programa Microsoft Office Excel™ 2007. Cada variável foi coletada em uma coluna da tabela enquanto cada processo era coletado em uma linha separada.

Nas situações em que havia pedido de inclusão de medicamento em um processo já existente, o mesmo era incluído na mesma linha do processo, quando o mesmo paciente entrava com um segundo processo esse era coletado em linhas separadas e contabilizado como ações distintas (Anexo A).

Incialmente os processos ativos e os processos inativos foram coletados em planilhas separadas e depois agrupados em uma única.

3.4.3. Variáveis relacionadas aos processos:

Os dados coletados junto a cada ação judicial foram o número do processo, o ano em que foi dada a entrada na ação, se estava ativo ou já havia sido encerrado, se foi pedido concessão de tutela antecipada (liminar), em qual fórum foi julgado, prazo para cumprimento da ação, valor estipulado para multa em caso de atraso,

medicamentos que foram deferidos e indeferidos e se a ação era contra prefeitura, estado ou ambos.

3.4.4. Variáveis relacionadas ao paciente:

Além dos dados relacionados a ação, também foram coletados o nome do paciente, número Hygia, sexo, idade, endereço e diagnósticos clínicos apresentados.

3.4.5. Variáveis relacionadas à assessoria jurídica:

Acerca da assessoria jurídica foi coletado o tipo de representante legal utilizado: advogado particular, ministério público, defensoria pública ou escritório de advocacia universitária.

3.4.6. Variáveis relacionadas a prescrição médica:

Em relação a prescrição médica foram coletados os medicamentos e insumos prescritos, nome e CRM do médico assim como sua especialidade. Para a coleta da especialidade médica foram usadas informações provenientes do site do CRM, CREMESP e das sociedades de classe, para os casos em que não foi possível encontrar a especialidade foi registrado com a sigla SER (sem especialidade registrada).

Foram levantados quais medicamentos eram constavam na REMUME 2013 e na lista de medicamentos padronizados do componente especializado da assistência farmacêutica (BRASIL, 2015b).

3.4.7. Variáveis relacionadas ao aspecto financeiro:

Foi coletado o valor gasto com a aquisição de medicamentos e insumos judicializados assim como o valor total gasto com esses mesmo produtos pela Secretaria Municipal de Saúde, essa informação foi fornecida por funcionários da divisão de farmácia por meio de relatórios de gestão.

Os valores foram corrigidos de acordo com a inflação usando a formula de ajuste de custo: Custo*(1+taxa do ano)*(1+taxa do ano seguinte)..até o ano de 2014, sendo a taxa do ano o índice INPC.

3.4.8. Apresentação dos dados e análise estatística:

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa StatisticalPackageforSocialSciences® (SPSS Inc., versão 17.1.0), fixando o nível de significância em α =0,05 e intervalo de confiança em 95%.

Para a análise de associação entre as variáveis prazo para se cumprir ação e representante legal; prazo para se cumprir a ação e fórum; multa estabelecida e representante legal; multa estabelecida e fórum foi utilizado o teste de análise de variância (ANOVA), quando esse teste aponta evidências de que as médias entre os níveis diferem significativamente, foi realizado o pós-teste de Bonferroni que é um teste de comparação múltipla que consiste na realização de um teste *t* para cada par de médias.

Para análise de associação entre medicamento e prescritor e medicamento e origem da prescrição foi realizado uma regressão logística multinominal.

3.5. Aspectos éticos:

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FCFRP-USP), cujo protocolo é CEP/FCFRP n^0. 332, obteve autorização da instituição coparticipante, a Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto/SP conforme processo administrativo 0220130573350, para sua realização.

O nome do paciente, endereço, nome do médico com seu CRM foram coletados durante o estudo, mas não serão citados em nenhum momento durante o trabalho.

4. Resultados

No presente estudo foram identificados 3417 processos judiciais que tinham como réu o município de Ribeirão Preto/SP e desses 1861 atenderam aos critérios de inclusão, dos processos incluídos 58,2% ainda estavam ativos no período de obtenção dos dados (Figura 3), os processos tornavam-se inativos quando o prazo ou a quantidade do medicamento a ser fornecido acabava, quando o paciente ia a óbito ou quando o impetrante parava de buscar o medicamento por conta própria. Vale ressaltar que todas essas ações incluídas nesse estudo continham pedido de tutela antecipada (liminar).

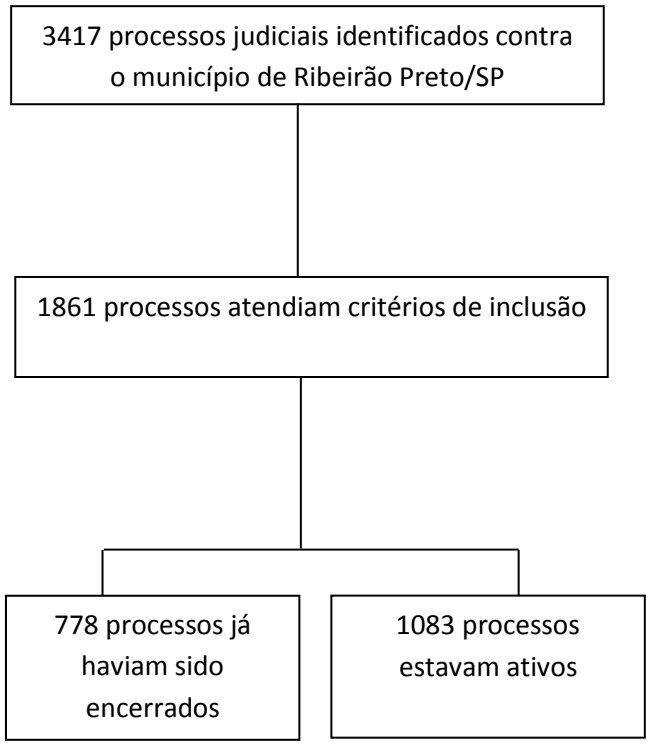


Figura 3**:** Diagrama de fluxo de inclusão de processos judiciais coletados no setor de processos judiciais da secretaria da saúde de Ribeirão Preto/SP.

Dos pacientes contemplados pelas ações judiciais 50,3% eram do sexo feminino (n= 936) e 48,7% (n=903) do sexo masculino, entretanto em 1% (n=20) dos processos não foi possível identificar o sexo do paciente.

O primeiro processo judicial encontrado arquivado na divisão de farmácia do munícipio de Ribeirão Preto/SP é datado do ano de 1995, porém ressalta-se que 95% das ações foram impetradas nos últimos 10 anos (tabela 1).

Tabela 1. Quantidade de processos judiciais por ano em que foi dada a entrada da ação.

Ano	Total de processos	%
1995-2004	90	4,90
2005	89	4,80
2006	157	8,50
2007	213	11,50
2008	282	15,20
2009	268	14,40
2010	232	12,50
2011	211	11,30
2012	121	7,10
2013	116	6,30
2014	65[a]	3,50
Total	**1854[b]**	100

[a]Esse valor corresponde ao total de processos impetrados e julgados até a data de 1º de julho de 2014.
[b] Esse valor equivale ao total de processos inclusos no estudo que possuíam dados sobre o ano, os processos que não continham essa informação não foram considerados.

Os processos foram julgados por 39 magistrados diferentes em ações distribuídas nos distintos fóruns sendo que a maioria tramitava na vara da fazenda pública (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos processos judiciais pelos fóruns especializados.

Fórum	Total	%
Vara da fazenda pública	1294	71,30
Vara da infância, juventude e idoso	391	21,60
Vara cível	128	7,00
Juizado especial federal	2	0,10
Total	**1815[a]**	**100**

[a]Esse total equivale ao total de processos que possuíam dados sobre o local em que a ação foi julgada, os processos que não continham essa informação não foram considerados.

Em 99% dos casos o juiz definiu como prazo de cumprimento da ação até 30 dias, onde destaque-se que o prazo mais prevalente é 15 dias (66%) para que seja fornecido o medicamento e/ou insumo (tabela 3).

Tabela 3. Prazo definido pelo juiz para cumprimento da ação.

Prazo	Total de processos	%
Até 4 dias	59	4
De 5 a 10 dias	38	2
De 11 a 20 dias	1109	67
De 21 a 30 dias	436	26
Acima de 30 dias	23	1
Total	**1665[a]**	**100**

[a]Esse total equivale ao total de processos que possuíam dados sobre multa a serem aplicadas em caso de atraso, os processos que não continham essa informação não foram considerados.

A maior parte das multas estabelecidas (99%) em caso de atraso possuía valor máximo de 600 reais (tabela 4) por dia onde deveria ser revertido para instituições filantrópicas pré-determinadas pelo juiz do caso. Em contato feito com o setor jurídico da prefeitura municipal de Ribeirão Preto/SP foi informado que nunca houve aplicação de multa contra a prefeitura.

Tabela 4. Valor da multa estabelecida em caso de atraso no cumprimento da ação.

Valor por dia de atraso (R$)	Total de processos	Percentual
Até 200	21	1,20
De 201 a 300	822	47,70
De 301 a 600	864	50,10
Acima de 600	17	1,00
Total	**1724[a]**	**100**

[a]Esse total equivale ao total de processos que possuíam dados sobre o valor estipulado para multa em caso de atraso, os processos que não continham essa informação não foram considerados.

As opções de assistência jurídica que os pacientes utilizavam para representa-los perante a corte eram: ministério público, defensoria pública, escritórios universitários de advocacia e advogados particulares, nota-se que 81,9% dos pacientes utilizam a justiça gratuita (tabela 5).

Tabela5. Assessoria jurídica utilizada para representar o paciente perante as cortes.

Representante legal	Total	Percentual
Ministério público	1189	71,70
Defensoria pública	171	10,20
Escritório universitário	21	1,70
Advogado particular	274	16,40
Total	**1655[a]**	**100**

[a]Esse total de processos que possuíam dados sobre o representante legal, os processos que não continham essa informação não foram considerados.

Em uma análise associativa entre o prazo para se cumprir a ação e o tipo de representante legal utilizado é possível perceber indicio de associação entre o tipo de assessoria jurídica e o tempo para se cumprir a ação (tabela 6). Fazendo um teste de ANOVA foi encontrado o valor de F= 88,786 e de p=0,003.

Tabela 6.Pós-teste de Bonferroni comparando a média do prazo para se cumprir a ação entre os diferentes representantes legais.

Representante legal	Média; DP	Limites	Mín-Max
Ministério público (a)	18,99; 7,433	18,61-19,37	1-60
Particular (b)	18,11; 9,212	17,39-18,84	1-60
Defensoria (c)	18,62; 7,956	17,71-19,53	2-60
Escritório universitário (d)	13,06; 6,216	9,96-16,15	5-30
Total	18,68; 8,004	18,36-19,00	1-60
Representante legal (i)	**Média da diferença (i-j)**	**p**	**Limites**
a-b	0,881	0,127	-0,13;1,89
a-c	0,371	1,000	-0,97;1,71
a-d	5,938	*0,010	0,94;10,94
b-c	-0,510	1,000	-2,00;0,98
b-d	5,057	0,049	0,02;10,10
c-d	5,567	*0,025	0,45;10,69

DP= Desvio padrão
* existe associação estatística.

Realizando o mesmo tipo de análise para o fórum onde a ação foi julgada e o prazo para seu cumprimento também foi possível perceber o indicio de associação (tabela 7), no teste de ANOVA foi encontrado um valor F=88,780 e p=0,000.

Tabela 7. Pós-teste de Bonferroni comparando a média do prazo para se cumprir a ação entre os diferentes fóruns.

Fórum	Média; DP	Limites	Mín-Max
Fazenda pública (a)	19,92; 8,768	19,55-20,30	1-60
Juventude e idoso (b)	15,21; 3,116	14,91-15,50	2-30
Vara cível (c)	11,69; 11,003	9,14-14,24	1-60
Total	18,90; 8,456	18,57-19,23	1-60
Fórum (i)	**Média da diferença (i-j)**	**p**	**Limites**
a-b	4,717*	*0,000	3,68; 5,76
a-c	8,235*	*0,000	5,92; 10,55
b-c	3,518*	*0,002	1,05- 5,98

DP= Desvio padrão
* existe associação estatística.

Associando as multas estabelecidas e o tipo de assessoria jurídica utilizada (tabela 8) o teste de ANOVA apontou um valor de F= 13,793 e p=0,000.

Tabela 8.Pós-teste de Bonferroni comparando a média da multa estabelecida em caso de não cumprimento da ação entre os diferentes representantes legais.

Representante legal	Média; DP	Limites	Mín-Max
Ministério público (a)	416,28; 105,953	410,96-421,61	100-1000
Particular (b)	363,81; 316,847	338,61-389,00	100-3000
Defensoria (c)	376,61; 286,241	343,81-409,41	300-3000
Escritório universitário (d)	518,52; 190,217	443,27-593,77	300-1000
Total	399,60; 206,849	391,42-407,79	100-3000
Representante legal (i)	**Média da diferença (i-j)**	**p**	**Limites**
a-b	52,477*	*0,000	26,51; 78,44
a-c	39,673*	*0,014	5,20; 74,15
a-d	-102,235	*0,062	-207,45; 2,98
b-c	-12,804	1,000	-51,24; 25,63
b-d	-154,712*	*0,001	-261,29; -48,13
c-d	-141,908*	*0,004	-250,87; -32,94

DP= Desvio padrão
* existe associação estatística.

Em análise feita entre multa estabelecida e fórum onde foi julgado o processo (tabela 9) encontrou-se no teste de ANOVA um valor de F=34,414 e p=0,000 indicando possível associação.

Tabela 9. Pós teste de Bonferroni comparando a média da multa estabelecida em caso de não cumprimento da ação entre os diferentes fóruns.

Fórum	Média; DP	Limites	Mín-Max
Fazenda pública (a)	381,45; 397,744	368,61 - 394,29	100 - 5000
Juventude e idoso (b)	489,93; 49,420	485,39 - 494,48	100 - 500
Vara cível (c)	473,66; 229,268	430,73 - 516,59	100 - 1000
Total	404,16; 272,107	393,77 -414,55	100 - 5000
Fórum (i)	**Média da diferença (i-j)**	**p**	**Limites**
a-b	-108,483*	*0,000	-141,76; -75,21
a-c	-92,210*	*0,001	-154,66; -29,76
b-c	16,274	1,000	-51,60; 84,15

DP= Desvio padrão
* existe associação estatística.

As prescrições tinham como origem as instituições públicas, hospitais universitários e particulares sendo que esse último concentra mais da metade dos processos (tabela 10).

Tabela 10. Origem das prescrições quanto ao tipo de instituição onde foi realizada.

Origem da prescrição	Total de processos	%
Particular	927	50,10
Público	451	24,50
Hospital Universitário	470	25,40
Total	**1848[a]**	**100**

[a]Esse total equivale ao total de processos que possuíam dados sobre a origem da prescrição, os processos que não continham esse informação não foram considerados.

Os diagnósticos dos pacientes eram apresentados como forma de justificar o medicamento pedido, na análise dos processos foram encontrados 437 diagnósticos diferentes, onde 3,7% concentravam mais de 50% do total de processos (tabela 11).

Tabela11. Diagnósticos referidos nas ações judicial.

Diagnóstico	Total	%
Distúrbios da atividade e atenção	283	13.25
Diabetes tipo 1	208	9.74
Hipertensão arterial sistêmica	101	4.73
Diabetes não definida	90	4.21
Diabetes tipo 2	87	4.07
Depressão	56	2.62
Acidente vascular cerebral	50	2.34
Doença de Alzheimer	47	2.20
Epilepsia	43	2.01
Degeneração da macula	38	1.78
Dislipidemia	38	1.79
AIDS	27	1.26
Outros	1068	50
Total	**2136**	**100**

[a]Esse total equivale ao total de processos que possuíam dados sobre o diagnóstico dos pacientes, os processos que não continham essa informação não foram considerados.

Para o tratamento desses pacientes foram solicitados 708 medicamentos distintos, além dos insumos de insulina, totalizando 3093 pedidos, sendo que 2948 (95,3%) foram deferidos pelo juiz da ação (tabela 12).

Tabela 12. Medicamentos e insumos de insulina solicitados nos processos judiciais.

Medicamento	Total de processos	%
Metilfenidato	302	9,90
Insulina Glargina	213	7,00
Clopidogrel	102	3,40
Insulina Aspart	102	3,40
Insulina Humalog	67	2,30
Insulina Determir	49	1,70
Baclofeno	44	1,40
Diosmina + Hesperidina	43	1,30
Insumos para insulina	39	1,20
Cilostazol	37	1,10
Memantina	27	0,90
Kaletra	23	0,80
Coenzima q 10	21	0,70
Tansulosina	21	0,70
Losartana	20	0,60
Ranitidina	20	0,60
Risperidona	20	0,60
Outros	1943	62,40
Total	[a]**3093**	**100**

[a]Esse total equivale ao total de processos que possuíam dados sobre o medicamento solicitado, os processos que não continham essainformação não foram considerados.

Separando os medicamentos por sua classificação ATC considerando o seu local de ação, aparelho digestivo e metabolismo, sistema nervoso e aparelho cardiovascular concentram 67,3% das ações (tabela 13).

Tabela 13. Medicamentos e insumos de insulina solicitados nos processos judiciais por classificação ATC.

Tipo de medicamento	Total	%
Aparelho digestivo e metabolismo	763	27.06
Sistema nervoso	729	25.85
Aparelho cardiovascular	406	14.4
Sangue e órgãos hematopoiéticos	246	8.72
Agentes antineoplásicos e imonuladores	152	5.39
Aparelho génito-urinário e hormonas sexuais	126	4.47
Sistema musculoesquelético	91	3.23
Anti-infecciosos gerais para uso sistémico	87	3.08
Aparelho respiratório	69	2.45
Órgãos dos sentidos	68	2.41
Preparados hormonais sistémicos, excluindo hormonas sexuais	44	1.56
Medicamentos dermatológicos	32	1.13
Vários	4	0.14
Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	3	0.11
Total	[a]**2820**	**100**

[a]Esse total equivale ao total de processos que possuíam dados sobre o medicamento solicitado, os processos que não continham essainformação não foram considerados.

Dos medicamentos solicitados 19.75% (585) estão presentes na REMUME de 2013 ou na lista do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) de 2015 enquanto 80.23% não estão contemplados nas listas (tabela 14).

Tabela 14. Medicamentos e insumos de insulina solicitados nos processos judiciais.

Lista	total	%
Não padronizado	2374	80.23
REMUME	380	12.84
CEAF	205	6.93
Total	2959	100

Em análise feita só com medicamentos que estavam ativos no momento da coleta foi visto que 12.97% (236) estão presentes na REMUME e CEAF (tabela 15).

Tabela 15. Medicamentos e insumos de insulina solicitados nos processos judiciais ativos.

Lista	Total	%
Não padronizado	1583	87.03
REMUME	187	10.28
CEAF	49	2.69
Total	1819	100

A mesma análise anterior levando em consideração somente os processos inativos, 35.12% (400) estão presentes nas listas REMUME e CEAF (tabela 16).

Tabela 16. Medicamentos e insumos de insulina solicitados nos processos judiciais inativos.

Lista	Total	%
Não padronizado	739	64.88
REMUME	193	16.95
CEAF	207	18.17
Total	1139	100

Uma análise de regressão logística multinominal foi feita para verificar associação entre origem da prescrição e o medicamento prescrito (p=0,874), não foi encontrado evidências de que exista essa associação e também não encontrou evidências de associação entre o medicamento prescrito e o médico prescritor (1,000).

Foram encontrados 764 médicos distintos sendo que 7,6% (58) não tinham o CRM disponível no processo ou o número não confere com o registrado no site do conselho de medicina (http://portal.cfm.org.br/) (tabela 17). Vale destaque que 3% dos médicos que tiveram seu CRM conferido no site do conselho concentravam quase 30% do total de prescrições.

Tabela 17. Médicos mais prevalentes nas prescrições contidas nos processos judiciais.

Médico	Total	%
Médico 1	108	6.27
Médico 2	50	2.9
Médico 3	49	2.85
Médico 4	44	2.56
Médico 5	36	2.09
Médico 6	20	1.16
Médico 7	17	0.99
Outros	1397	81.18
Total	[a]**1721**	**100**

[a]Esse total equivale ao total de processos que possuíam dados sobre o medicamento solicitado, os processos que não continham essa informação não foram considerados.

Os médicos encontrados estavam divididos em 37 especialidades diferentes (tabela 18).

Tabela 18. Especialidades médicas dos prescritores contidas nos processos judiciais.

Especialidade	Processos	%
Neurologia	387	24.97
Endocrinologia e metabologia	334	21.54
Cardiologia	168	10.84
Pisiquiatra	104	6.71
Outras	557	35.94
Total	[a]1550	100

[a]Esse total equivale ao total de processos que possuíam dados sobre o medicamento solicitado, os processos que não continham essa informação não foram considerados.

Quanto ao gasto com a aquisição de medicamentos é possível ver que 2013 foi o ano com maior gasto total absoluto com medicamentos enquanto 2009 representa o ano com o maior gasto absoluto e percentual com medicamentos judicializados. Os valores referentes ao total gasto com medicamentos são os valores gastos pela prefeitura, não entrando a parte investida pelo Estado (tabela 19).

Tabela 19. Valor total gasto com compra de medicamentos e valor gasto com medicamentos judicializados.

Ano	Total gasto	Judicializados	%
2003	6.350.498,523	1.279.564,514	20.15
2004	6.832.744,492	1.340.759,586	19.62
2005	6.326.020,068	1.344.604,069	21.25
2006	5937232.579	1.350.895,891	22.76
2007	5.774.956,307	1.313.973,243	22.75
2008	11.421.686,73	2.366.519,856	20.7
2009	9.402.860,102	3.124.386,508	33.23
2010	10.214.943,11	2.154.407,646	21.09
2011	9.059.563,607	1.310.159,708	14.61
2012	10.199.875,43	1.441.110,698	14.13
2013	15.237.992,86	1.494.778,052	9.81
2014	8.666.911,587	1.405.278,427	16.21
Total	105425285.4	19.926.438,2	18.9

Dividindo o valor gasto com medicamentos judicializados por ano pelo número de processos ativos no ano, nota-se que 2009 foi ano que teve o maior valor médio gasto por processo (tabela 20).

Tabela 20. Média gasta por processo por ano de entrada da ação.

Ano	Processos ativos	Valor gasto	%	Média
2008	158	2.366.519,856	20.7	14.977,973
2009	156	3.124.386,508	33.23	20.028,118
2010	215	2.154.407,646	21.09	10.020,501
2011	233	1.310.159,708	14.61	5.623,003
2012	149	1.441.110,698	14.13	9.671,8834
2013	138	1.494.778,052	9.81	10.831,725
2014	133	1.405.278,427	16.21	10.566,003

5. Discussão

O tema judicialização da saúde está cada vez mais presente nas discussões científicas, Oliveira e colaboradores (2015) mostram em seu estudo, sobre as produções científicas acerca do assunto, o crescimento de monografias, dissertações, teses e artigos científicos voltados a analisar e discutir aspectos da judicialização da saúde, demonstrando a relevância que o tema tem adquirido no meio dos profissionais da área de saúde pública.

Segundo o IBGE (2004), as despesas com medicamentos representam o maior gasto dos brasileiros no item saúde, na literatura, em duas revisões encontradas com o descritor judicialização da saúde, essas revisões apontam que a maioria das ações judiciais são impetradas para requerer aquisição de medicamentos (OLIVEIRA, 2015; LEITÃO,2014).

Em relação a coleta de dados, a principal dificuldade consistia em encontrar todas as informações desejadas, os arquivos de processos judiciais inativos dividiam espaço com outros materiais de escritório e documentos inutilizados, não existe uma condição favorável de preservação, com isso muitos processos foram encontrados em estágio avançado de deterioração, o que dificultou a leitura e coleta de dados.

Além da deterioração dos processos, o arquivamento incompleto das ações dificultou a coleta de informações, muitos processos, principalmente os mais antigos, não eram guardados na sua íntegra, mas sim, apenas com partes resumidas. A falta de informação e legibilidade de algumas ações também dificultou a pesquisa de dados complementares no sistema Hygia, por muitos processos não possuírem o número de cadastrado do paciente, ficou comprometida principalmente a coleta de informação sobre idade do paciente.

O instrumento de coleta utilizado consistia em uma planilha eletrônica no programa Excel, conforme descrito na seção de casuística e métodos, esse instrumento se mostrou adequado e viável reduzindo o tempo de coleta que foi em média de três minutos por processo.

O primeiro processo judicial contra o município de Ribeirão Preto/SP solicitando medicamento foi arquivado na divisão de farmácia no ano de 1995, porém o segundo processo mais antigo arquivado datava do ano de 2002, depois desse ano começou a entrada sistemática de ações contra a prefeitura requerendo medicamentos.

Foram encontrado 1861 processos assumidos pela prefeitura em um total de 3417 em que ela é citada como réu da ação, um estudo realizado no distrito federal (DINIZ, 2014) encontrou, no período de 2005 a 2010, 443 processos, no mesmo período em Ribeirão Preto, mesmo tendo uma população cerca de 4 vezes menor, apresentou 1241 processos judiciais.

A tabela 1 mostra a quantidade de novos processos impetrados por ano, por meio dela é possível perceber um crescimento no número de ações até o ano de 2010, depois desse ano há um decréscimo que é mais acentuado do ano de 2011 para 2012.

Até o ano de 2010 havia um acordo para cumprimento das ações que tivessem estado e munícipio como réus do processo, esse acordo funcionava em um esquema de revezamento, dessa forma, durante seis meses uma secretaria assumia a ação, nos outros seis meses a outra secretaria ficava responsável. Esse sistema acarreta dificuldades tanto no planejamento de aquisição de medicamentos por parte dos gestores, quanto para o paciente, que de tempos em tempos deve mudar o local de retirada dos medicamentos.

Em 2010 um novo acordo foi firmado entre as partes, no novo sistema, cada secretaria assumiria sozinha uma parte das ações, se responsabilizando por elas até o final de sua validade. A secretaria municipal assumiu a maioria dos processos enquanto a secretaria estadual ficou responsável por ações que requeriam medicamentos mais caros.

Esse é um modelo de pactuação interessante, segundo Pepe e colaboradores (2010), a principal reclamação de gestores em relação a judicialização da saúde é a dificuldade de planejamento, essa dificuldade se acentua na hora da aquisição do medicamento, o cumprimento conjunto da ação em que as duas secretarias pagariam ao mesmo tempo pelo medicamento, ou mesmo o sistema antigo de revezamento, burocratiza o processo, no modelo atual, é mais fácil estabelecer um planejamento a longo prazo.

Em dezembro de 2011 foi promulgada a lei n^0 12.401, essa lei altera a lei 8.080 de 19 de setembro de1990, dispondo sobre a assistência farmacêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Uma das mudanças provocadas pela lei é que o SUS passa a dispensar apenas medicamentos cuja prescrição esteja em

conformidade com os protocolos e diretrizes para a doença em tratamento (BRASIL, 2011b).

A lei 12.401 também regulamenta a incorporação de novas tecnologias, definindo critérios de efetividade, eficácia e custo-efetividade para incorporação, o objetivo é dar mais transparência e representatividade no procedimento de incorporação de tecnologias e servi de subsídio para que magistrados profiram suas decisões.

A entrada em vigor dessa lei pode ser uma possível explicação para a queda mais acentuada de novas ações, houve uma redução de 42% em 2012 com relação a 2011, enquanto de 2011 em relação a 2010 foi de 9% e de 2010 em relação a 2009 foi de 13,5%.

A proporção entre homens e mulheres que entraram com ações na justiça é próxima, esse dado corrobora com o que outros estudos apontam (NETO et al., 2012; DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014; GOMES et al., 2014; MACHADO et al., 2011), aqueles trabalhos que apresentaram uma diferença significativa entre os sexos, discutiam judicialização de doenças especificas, dessa forma essa, distribuição era reflexo do perfil epidemiológico da doença.

A literatura diverge quanto a proporcionalidade homem e mulher como impetrantes de ações, dependendo do lugar onde é realizado o estudo, processos acionados por homens são maiores (GOMES et al., 2014; DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014) enquanto em outros lugares ações impetradas por mulheres são a maioria (NETO et al., 2012; MACHADO et al., 2011), isso mostra que não existe um padrão.

A tabela 2 mostra que mais de 70% das ações foram julgadas na vara da fazenda pública, isso se deve a competência desse fórum em analisar ações que envolvam obrigações financeiras. Mais de 21% das ações foram julgadas pela vara da infância e do idoso, vara que tem como competência analisar processos que envolvam direitos dessa parcela da população, por isso muito procurada quando o requerente se enquadra nessa faixa etária.

Não foi possível verificar quantos processos foram indeferidos pelos magistrados, o motivo é que os arquivos armazenados na divisão de farmácia só

continham informações sobre processos deferidos e que deveriam ser cumpridos pela esfera pública.

Os magistrados que deferiam as ações tinham como características em comum a repetição do texto de deferimento, a argumentação para dar ganho de causa era a mesma para todos os processos julgados pelo mesmo juiz, mudando apenas nome do requerente e medicamento requerido.

Os argumentos dos magistrados tendem a se ater a legislação que confere o direito a saúde. Artigo 196º da constituição federal é sempre citado. Ainda dentro da constituição é corriqueiramente citado o artigo quinto e o artigo sexto, o primeiro diz que todos são iguais perante a lei, esse artigo é normalmente usado junto a citação de jurisprudência, ou seja, casos semelhantes onde houve ganho de causa, o artigo sexto apresenta a saúde como um direito social.

O artigo segundo da lei 8.080 de 90, está presente na maioria dos deferimentos de juízes, ele diz que a saúde é um direito fundamental do ser humano e o Estado deve prover quaisquer condições que sejam necessárias ao seu pleno exercício.

A constituição paulista também aparece com frequência na argumentação dos magistrados, seu artigo mais citado é o 219º que diz, em seu parágrafo único, que o poder público e municipal deve garantir o direito a saúde. Ainda dentro da constituição paulista são usados os artigos segundo e terceiro, que dizem respeito a procedimentos judiciários para salvaguarda de direitos fundamentais, também são comumente utilizados.

É possível perceber que os juízes direcionam sua argumentação ao direito do cidadão a saúde e o dever do Estado de prover tal condição, não é comumente feita uma análise específica, caso a caso no objetivo de verificar se o requerente precisa que o estado lhe forneça determinado medicamento, tendo o laudo médico apontado a necessidade do cidadão, o poder público é obrigado a fornecer.

Essa interpretação é corroborada pelo estudo de Medeiros e colaboradores (MEDEIROS; DINIZ; SCHWARTZ, 2013), em seu estudo ele analisou a tese de que a judicialização seria um fenômeno das elites sociais, em seu trabalho o autor concluiu que as ações, assim como políticas públicas, não se baseiam em características individuais da população, dessa forma o deferimento de ações de judicialização por

parte de juízes é um questão de direito a saúde na sua forma expandida, como é definida na constituição brasileira.

A tabela três mostra que 67% das ações tem prazo de cumprimento na faixa de 11 a 20 dias, cumprir essas ações requer a compra do medicamento requerido, por usa vez, o processo de compra ou aquisição de medicamentos deve seguir legislação específica demandando uma engenharia de gestão (MARIN et al, 2003).

As compras de medicamentos devem ser feitas, sempre que possível, por meio de licitação conforme prever o artigo 37º da constituição brasileira, esse artigo foi regulamentado pela lei 8.666/93 e atualizado pelas leis 8.883/94 e 10.520/2002 (BRASIL, 1993; BRASIL, 1994; BRASIL, 2002). O objetivo de se licitar é garantir a isonomia e que se selecionem propostas vantajosas para a administração pública (BRASIL, 2006c).

Licitar demanda um planejamento, que por sua vez, exige conhecimento prévio das necessidades a serem equacionadas. O Ministério da Saúde aponta como possíveis causa de compras ruins: falta de organização dos serviços; demora do processo de aquisição; compras frequentes e em pequenas quantidades; falta constante de medicamentos, ineficiência do sistema de informação e falta de planejamento e avaliação (BRASIL, 2006c).

O processo de licitação começa por uma fase interna que é o planejamento da aquisição em si, é nessa fase que é confeccionado o edital da licitação e é feito um levantamento de preço esperado, conferindo se existe recurso para a compra.

A fase externa corresponde adivulgação do edital e o processo de compra em si, nessa fase ocorre a habilitação das empresas interessadas, é feito o julgamento das propostas por meio de critérios de boas práticas de fabricação, preço compatível com o praticado no mercado, e boas condições de entrega, no final é feito a classificação ou descarte das propostas (MARIN et al, 2003).

O próximo passo da fase externa é a adjudicação, que é a parte em que o contrato é selado, após todas essas etapas é feita a homologação do contrato, o que encerra a licitação apresentando o licitante vencedor (BRASIL, 2006c). Uma licitação pode ser feita de várias maneiras: concorrência, tomada de preços, convite, concurso e leilão, pregão (MARIN et al, 2003).

Como é possível perceber, o processo de aquisição de medicamentos é complexo e para sua completa execução demanda dispêndio de certo tempo. Além das fases processuais de uma licitação, as ações de gestão estão atreladas a lei 101 de 4 de maio de 2000, ou como é conhecida, lei de responsabilidade fiscal, a referida lei estabelece normas gerais de finanças públicas a serem observadas pelos governos federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2000).

É plausível concluir que um tempo de 30 dias para cumprimento das ações, proferido em 99% dos processos, é insuficiente para executar adequado processo licitatório de compra, a consequência é o uso de vias paralelas de aquisição de medicamentos.

Pepe e colaboradores dizem que as ações judiciais forçam o gestor a utilizar de medidas não usuais para a aquisição de medicamentos, entre elas a compra direto em varejo (PEPE et al., 2010). Esse fato prejudica o planejamento público e o orçamento estabelecido, uma vez que o atendimento as ações passa a ser uma prioridade, outras atividades previamente pactuadas ficam prejudicadas, além de favorecer corrupção ou simplesmente não ter a ação cumprida, como ocorre em com muitos casos em Ribeirão Preto/SP.

A literatura mostra o problema de prazo para se cumprir a ação como uma das maiores reclamações por parte dos gestores, a causa desse tempo reduzido é a concessão de liminar em praticamente todas as ações pleiteando medicamentos, nesse estudo, todos os processos apresentavam liminar proferida por parte dos juízes.

Borges e Ugá mostram que, em estudo feito no Rio de Janeiro, mais de 95% das ações deferidas tiveram concessão de liminar (BORGES; UGÁ, 2005), em estudo feito no Rio Grande do Sul, todos os processos pleiteando medicamentos analisados continham deferimento de liminar (JUNIOR et al., 2012), estudo em Minas Gerais também aponta o grande número de liminares proferidas pelo judiciário (MACHADO et al, 2011).

Diante do exposto, uma possibilidade para amenizar o problema, é melhorar a interlocução entre administração pública e judiciária. Uma comunicação direta ou por meio de oficinas, mostrando para o poder o judicial como é feito uma licitação, a importância para a saúde pública da compra adequada de medicamentos, dessa forma

formando um acordo para que, nos casos em que não há risco de morte, o magistrado profira sua decisão com tempo estendido para que se cumpra a ação.

Não foi encontrado na literatura dados sobre multas a serem aplicadas em caso de atraso no cumprimento da ação em outros estudos, em Ribeirão Preto/SP ocorrem corriqueiramente situações de não cumprimento de ações no prazo estabelecido, ou mesmo paralização no fornecimento do medicamento durante um tempo, a principal alegação é o pouco tempo para comprar o medicamento e a falta de orçamento para atender demanda judicial.

Apesar desses casos de não cumprimento ou interrupção indevida da ação, o setor judiciário da prefeitura informou que nunca ouve aplicação de multa contra o município, seja porque o paciente optou por não recorrer ao judiciário, ou o próprio entendimento do magistrado que não caberia aplicação de multas.

Um tema recorrente em análises de judicialização da saúde, é que as ações judiciais para aquisição de medicamentos estariam atreladas ao poder financeiro das pessoas, um dos indicadores comumente usados para esse tipo de análise é o tipo de representação jurídica utilizada pelos requerentes.

Existe uma interpretação de alguns estudos de que o uso de advogado particular seria um sinal de poder aquisitivo elevado do requerente da ação, essa ideia é defendida pelos autores Chieffi e Barata; Vieira e Zucchi que discutem que, quando um paciente impetra uma ação usando advogado particular ele assume o custo do processo, então em tese, teria condições de pagar pelo medicamento requerido.

Porém esses mesmo trabalhos concluem que se trata de uma realidade da localização geográfica em que foi feito o estudo não cabendo extrapolação. A análise e uma possível extrapolação foi feita por Medeiros e colaboradores (MEDEIROS; DINIZ; SCHWARTZ, 2013), nesse estudo os pesquisadores analisaram a judicialização em âmbito nacional e concluíram que o indicador assessoria jurídica é fraco para predizer pode aquisitivo.

Em muitos dos processos os juízes determinam que o réu da ação assuma os custos processuais, como se trata de uma ação em que há deferimento em quase todos os casos, o advogado particular poderia assumir o processo para receber seus honorários após o fim da ação, em outros casos o advogado é amigo ou parente do

requerente e pode estar ajuizando o processo como voluntário (MEDEIROS; DINIZ; SCHWARTZ, 2013).

Vários fatores interferem na escolha do representante legal, em Ribeirão Preto/SP a maioria das ações são impetradas por meio do Ministério Público (mais de 70% das ações). Diferente da defensoria pública, o Ministério Público tem como característica não restringir seus serviços a aqueles que não podem pagar por uma assessoria jurídica privada.

Quando perguntado a respeito de como proceder em relação a ações judiciais, é um costume do município de Ribeirão Preto/SP indicar o Ministério Público, isso se deve ao fato de que o Ministério Público possui boa comunicação com a secretaria de saúde, tem o costume de encaminhar previamente a ação para a administração pública antes dar entrada com o recurso nos tribunais, essa característica pode explicar a presença acentuada do Ministério Público nas ações em Ribeirão Preto/SP.

A literatura mostra que esse predomínio do Ministério Público não é encontrado em outros estudos, alguns apontam uma maior participação da defensoria pública (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014; TREVISAN, 2015) enquanto outros apresentam uma participação majoritária de advogados particulares (NETO et al, 2012; MACHADO et al., 2011), essa heterogeneidade mostra que o protagonismo de um tipo de representante legal frente a outros, possivelmente, tem mais haver com características regionais do que com o pode aquisitivo dos impetrantes.

Diferente de outros trabalhos publicado, esse estudo propôs uma análise estatística utilizando teste de ANOVA e pós-teste de Bonferroni para avaliar possível associação entre a média do prazo para se cumprir a ação e o representante legal utilizado.

No teste de ANOVA foi possível perceber associação ($p=0,003$) e o pós-teste especificou que existe diferença entre Ministério Público e escritório universitário; Defensoria Pública e escritório universitário, nos dois casos o escritório universitário apresentou média do tempo para cumprimento da ação menor. As outras diferenças na média do prazo são atribuídas ao acaso.

A mesma comparação para prazo em se cumprir oprocesso foi feita levando em consideração o fórum em que a ação foi julgada, também nesse caso o teste de

ANOVA apresentou associação (p=0,000).O pós-teste de Bonferroni indica que existe diferença na média do prazo para se cumprir a ação entre todos os fóruns avaliados.

Esses dois testes aplicados indicam que, possivelmente, o tipo de Representante usado e o fórum em que a ação foi julgada influenciam no prazo estabelecido para que a ação seja cumprida. Existe a possibilidade dessa diferença ser atribuída ao magistrado que deferiu a ação, porém como esse é um dado faltante e muitos arquivos não foi possível testar essa hipótese.

Os estudos encontrados na literatura tendem a apresentar os dados apenas de forma descritiva, não foram encontradas associações desse tipo para que pudesse ser feito comparação com os resultados aqui encontrados.

Foi realizado o teste de ANOVA para avaliar possível associação entre o representante legal e as multas estabelecidas a serem pagas em caso de descumprimento da ação. O teste indicou associação entre as variáveis (p=0,000), o pós-teste de Bonferroni mostrou diferença entre Ministério Público, advogado particular e defensoria; escritório universitário, advogado particular e defensoria em relação a média das multas estabelecidas.

Os mesmo testes em relação a média das multas estabelecidas foram feitos levando em consideração o fórum utilizado, foi encontrada uma diferença entre Fazenda Pública e Vara da Juventude e do Idoso e entre Fazenda Pública e Vara Cível.

Os testes indicam que o Representante legal escolhido e o fórum em que a ação foi julgada podem influenciar no valor da multa estabelecida. Também nesse caso vale a consideração sobre a possibilidade dessa diferença ser atribuída ao magistrado da ação, e assim como na análise em relação a média do prazo para se cumprir a ação, não existem estudos associando multas estabelecidas o que impossibilita comparação.

Nas discussões a respeito da judicialização ser um fenômeno das elites, outro indicador bastante utilizado é a origem da prescrição, se ela é advinda de hospitais que prestam serviços públicos ou privados, assim como no caso da assessoria jurídica, é entendido por alguns autores, como Borges e Ugá, que quando o paciente solicita um serviço privado de saúde, ele assume os custos do seu tratamento e dessa forma, em tese, poderia pagar pelo medicamento necessário (BORGES; UGÁ, 2005).

Esse pensamento é refutado por alguns autores sobre argumento de que seria um indicador fraco para predizer poder aquisitivo, em muitas situações o próprio poder

público firma convênio com instituições particulares para prestação de serviço (MEDEIROS; DINIZ; SCHWARTZ, 2013). No caso desse estudo, se fossem considerados tipo de assessoria jurídica e origem da prescrição como indicadores de capacidade financeira, seria formado um impasse.

Ao passo que, a maior parte dos usuários utiliza representação legal gratuita (71,70%), o que indicaria menor capacidade financeira, a maioria das prescrições é oriunda de instituições privadas de saúde (50,10%), o que contrariaria o primeiro indicador dando a entender maior capacidade financeira aos indivíduos das ações. Algumas empresas oferecem plano de saúde a seus funcionários, nesse caso o uso do serviço particular não é indicativo de poder aquisitivo elevado.

Os estudos divergem sobre desse dado, aqueles realizados considerando um tipo especifico de medicamento costumam apresentar maior número de prescrições do serviço privado e de instituições universitárias (JUNIOR et al., 2012), enquanto os estudos que fazem uma análise generalizada apresentam uma heterogeneidade em relação a esse dado, aqueles conduzidos em São Paulo tem maior predomínio de prescrições do SUS (CHIEFFI; BARATA, 2009; VIEIRA; ZUCCI, 2007), já estudos de Santa Catarina e Minas Gerais apresentam maior número de prescrições advindas de instituições particulares (PEREIRA et al., 2010; MACHADO et al., 2011).

É possível perceber pela tabela 11, que os diagnósticos mais prevalentes são de doenças que possuem protocolo de atendimento na atenção básica, isso se deve ao fato do estudo avaliar processos que foram assumidos pela a prefeitura, conforme acordo firmado com o estado, as ações referentes a medicamentos mais caros, geralmente de alta complexidade, são assumidos pela secretaria estadual.

Para efeito de comparação, as três formas de diabetes apresentadas no estudo serão tratadas como sendo a mesma doença, nesse sentido podemos dizer que diabetes é o principal diagnóstico apresentado pelos requerentes dos processos inclusos nesse trabalho. Na literatura foram encontrados três trabalhos que contém diabetes entre as doenças mais referidas. (MACHADO et al., 2011; PEPE et al., 2010; VIEIRA; ZUCCI, 2007)

Para o tratamento de diabetes, o protocolo da secretaria municipal de saúde tem padronizado insulina humana de ação intermediaria e rápida, possui antidiabéticos orais, glibenclamida, glicazida e metformina (RIBEIRÃO PRETO, 2011), que são os

mesmo medicamentos recomendados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006d). As principais solicitações para pacientes diabéticos, conforme mostrado na tabela 12, se trata de análogos de insulina.

O Ministério da Saúde publicou em 2009 um parecer técnico-científico comparando o uso de insulinas análogas basais com insulina humana basal por meio de uma revisão sistemática, em sua conclusão o Ministério da Saúde diz haver apenas uma pequena vantagem das insulinas análogas em relação à hipoglicemia noturna para pacientes diabéticos tipo 1, não sendo possível afirmar que esse modesto benefício justificaria adição de custo com a sua aquisição (BRASIL, 2009b).

Em 2011 a Sociedade Brasileira de Diabetes publicou seu posicionamento oficial favorável a introdução de análogos de insulina no SUS, porém essa inclusão deve seguir alguns critérios e não é estendida a todo paciente diabético, esses critérios dizem respeito, principalmente, a casos de não controle de glicemia e casos de hipoglicemia noturna recorrentes (SBD, 2009).

Sanches e colaboradores publicaram em 2013 uma metanálise comparando análogos de insulina com insulinas humanas para diabetes tipo 1, como resultado demonstraram que não existe diferença significante entre os dois tipos de insulina na média de redução de HbA1c (hemoglobina glicada), as insulinas análogas apresentaram discretas vantagens, principalmente em relação a hipoglicemia noturna, em relação as tradicionais e não apresentaram diferença em relação a eficácia e segurança (SANCHES et al., 2013).

De acordo com a lista de preço de medicamentos divulgados pela CMED, que é a câmara d regulação do mercado de medicamentos, os preços das insulinas análogas são, em média, o dobro do preço das insulinas tradicionais chegando ao triplo dependendo da apresentação, principalmente as ligadas a bomba de infusão.

De acordo com Moraes e colaboradores a prevalência de diabetes na população de Ribeirão Preto/SP em 2006 era de 15,02% em pessoas de 30 a 69 anos (MORAES, 2010), o uso de um medicamento mais caro para uma doença de prevalência elevada representa um custo alto para o orçamento público, dessa forma deve ser feito somente em caso de benefícios que justifiquem o aumento de gasto, o que não tem sido demonstrado pelos estudos até o presente momento.

Outra doença prevalente citada nos processos é o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), essa doença se caracteriza pela presença de três sintomas, desatenção, hiperatividade e impulsividade (SÁNCHEZ; VELARDE; BRITTON, 2011). Não foram encontrados outros trabalhos que mostram o TDAH figurando entre os diagnósticos mais referidos, sugerindo que pode ser uma especificidade de Ribeirão Preto/SP.

O TDAH vem gerando controvérsias devido a falta de marcadores biológicos para seu diagnóstico. Assim sua análise passa a ter apenas caráter clínico envolvendo indicadores subjetivos (CARDO; SERVERA, 2008; JARA, 2009). O metilfenidato é o principal medicamento usado para tratamento dessa doença, o seu uso abusivo é criticado por diversos pesquisadores, devido a falta de critérios para o diagnóstico do TDHA e risco de dependência química, principalmente em crianças e adolescentes (MACHADO et al., 2015).

Mesmo com os riscos associados ao uso de metilfenidato e as dificuldade de um diagnóstico preciso do TDAH, esse medicamento figura como um dos principais solicitados entre as ações judiciais em Ribeirão Preto/SP, principalmente os da marca Concerta, que em média, tem um preço de cinco a seis vezes maior do que a Ritalina que é comumente utilizada.

Em uma revisão sistemática publicada em 2014 com trabalhos a respeito da judicialização a saúde, mostra que o perfil de medicamentos solicitados nas ações judiciais é variável dependendo da região, esse é um resultado previsível uma vez que cada população possui necessidades e demandas diferentes (LEITÃO, 2014)

A presença de metilfenidato e insulina, assim como os diagnósticos de diabetes e TDAH, podem não refletir as principais demandas dos cidadãos de Ribeirão Preto/SP, uma vez que, foram analisados somente os processos assumidos pela prefeitura, não considerandoos processos impetrados por cidadãos Ribeirão Pretanos, mas que foram assumidos pelo estado.

O estudo encontrou que 3,7% das doenças referidas concentram 50% dos processos judiciais, esse dado mostra que a maior parte das ações tem prescrições de número limitado de doenças. É preciso estudos que possam identificar os porquês dessas doenças estarem acarretando tantas ações judiciais, com esse entendimento é possível desenvolver estratégias que diminuam o numero de ações.

Quanto aos medicamentos, a tabela 14 demonstra que a maior parte dos medicamentos solicitados (80,23%) não está presentes em listas de medicamentos padronizados. Esse é um dado que também varia muito dependendo do lugar onde a judicialização ocorre, esse dado se aproxima do encontrado em Minas Geais onde 80,4% dos medicamentos requeridos não eram padronizados (MACHADO, 2011), mas é possível encontrar variações, por exemplo, em estudo realizado em Santa Catarina 40% dos medicamentos pleiteados estavam presentes em listas padronizadas (PEREIRA et all., 2010).

Considerando somente os processos que estavam ativos no momento da coleta, 12,97% estavam presentes em listas de medicamentos padronizados, ou seja, apesar de serem gratuitamente fornecidos pelo SUS ainda constavam em ações judiciais. Esse dado sugere duas possibilidades, a primeira seria uma possível falha da administração pública, o que causaria a falta do medicamento e, por conseguinte, impossibilitando o acesso.

Outra possível razão é o requerimento de diversos medicamentos em um mesmo processo. Em algumas situações o representante legal ajuíza na mesma ação todos os medicamentos a serem utilizados pelo paciente, tanto aqueles que só seriam adquiridos por via judicial quanto os constantes na rede, quando o juiz defere por completo a ação, passa a ser obrigação da divisão de farmácia fornecer os demais medicamentos juntos com os de demanda judicial.

Considerando somente os processos que estavam inativos durante o período de coleta, 35,12% dos medicamentos constavam em listas padronizadas, sendo que esse número é maior do que em processos ativos por que muitos desses medicamentos foram introduzidos em listas ao longo dos anos, como o caso da losartana e do clopidogrel.

Não foi possível verificar qual a porcentagem de medicamentos foi adicionada nas listas de medicamento padronizados após ações judiciais e quais já constavam nessas listas quando houve o processo, isso devido ao fato de ter sido comparado com a última atualização da REMUME e do CEAF, para fazer tal análise seria preciso estratificar os dados por ano e comparar com a atualização anual das listas, o que não seria viável para esse estudo.

Na tentativa de investigar se haveria alguma diferença entre as instituições de saúde (público, privado e universitário) e os medicamentos prescritos, foi feita uma regressão logística multinominal que não indicou haver tal associação (p=0,874), dessa forma não é possível dizer que a origem da prescrição influencie o tipo de medicamento prescrito.

Essa análise não considerou as especialidades dos institutos, aqueles específicos para tratamento de doenças prescreviam mais medicamentos de classes terapêuticas condicentes com a doença tratada, porém não foi constatada associação com um medicamento especifico.

A mesma análise de regressão logística foi feita associando medicamento ao médico prescritor, a estatística não encontrou evidência de que exista associação (p= 1,000). Também nesse caso foi considerada para análise uma possível associação do médico com um medicamento especifico e não em relação a classe terapêutica correspondente a sua especialidade.

Conforme pode ser visto na tabela 17, existe uma parcela pequena de médicos (3%) concentrando um grande número de ações judiciais (30%), o médico que mais vezes prescreveu em ações, tem mais do que o dobro de prescrições em relação ao segundo da lista.

A influência de médicos na judicialização da saúde é discutida em vários trabalhos, Soares (SOARES; DEPRA, 2012) aponta a ligação entre a indústria farmacêutica e prescritores, que muitas vezes prescrevem medicamentos influenciados por propagandas e possíveis benefícios ofertados pelas indústrias.

Apesar da coerência entre doenças, medicamentos e especialidades médicas encontrados nesse trabalho, não se pode concluir racionalidade na prescrição, muitos medicamentos encontrados em processos judiciais não representam a primeira linha de tratamento e muitos pacientes nem chegam a utilizar a primeira terapia proposta em protocolos, não se investigando outros fatores, como adesão ao tratamento, antes de se optar pela troca (MACHADO, 2011).

Não seguir a linha determinada pelos protocolos pode representar uma irracionalidade na prescrição de medicamentos, não só por fatores farmacológicos, como também fatores econômicos (MACHADO, 2011). Relações entre médicos e indústrias farmacêuticas tem sido apontadas como causas de processos judiciais, seja

pela sedução mediante benefícios ou despreparo de prescritores que se deixam influenciar por propaganda (GUIMARÃES, 2014; PEREIRA et al., 2010; CHIEFFI; BARATA, 2010; NETO et al., 2012).

No contraponto, Max Weber aponta o conflito entre a visão médica e a visão de gestores, o prescritor deve ter o que o autor chama de "ética da convicção" que diz respeito a relação médico-paciente e o entendimento da real necessidade a ser atendida. Nesse aspecto o prescritor é compelido a se responsabilizar pela saúde do paciente e utilizar dos meios necessários para seu pleno bem estar (GUIMARÃES, 2014).

No outro ponto os gestores se pautam no que Weber chama de "ética da responsabilidade", que substitui o caráter singular por uma analise pluralizada das políticas de saúde, essa análise permite a construção dos protocolos e diretrizes, que por vezes, atendem ao sistema de saúde e não necessariamente a individualidade de cada paciente (WEBER, 2003).

Alguns estudos apontam processos judiciais vinculados a grupos restritos de prescritores (NETO et al, 2012; JUNIOR et al, 2012; PEREIRA et al., 2010; MARQUES; DALLARI, 2007), dando indício que um grupo específico de médicos pode estar contribuindo para o alto número de processos. Nesse ponto é interessante que seja feito um estudo mais aprofundado com o objetivo de investigar o porquê desse grupo de médicos estarem prescrevendo tantos medicamentos judicializados. O entendimento dessas razões poderia facilitar a elaboração de estratégias de redução das ações judiciais desnecessárias.

Os custos com a aquisição de medicamentos judicializados e seu impacto no orçamento de saúde são frequentemente apontados por gestores, a judicialização tende a causar problemas orçamentários aos municípios, muitos deles tem baixa capacidade de cumprir as determinações judicias (WANG, 2014).

O município de Buritama, estado de São Paulo, em 2012 teve mais de metade do seu orçamento destinado a saúde comprometido com demandas judiciais, sendo que 16% do seu orçamento anual foi para o atendimento de uma única ação, Campinas, também no estado de São Paulo, em 2009 teve 16% do seu orçamento de medicamentos comprometido por 86 processos judiciais (BRASIL, 2012b).

A Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais aponta um aumento nos gastos com demanda judicial de medicamentos de mais de 28.000% do ano de 2002 para 2011 (NETO et al., 2012). Esses dados mostram o impacto financeiro que as ações judiciais geram nos orçamentos de saúde.

Em Ribeirão Preto/SP a média de gastos com medicamentos judicializados ao longo dos anos tem sido de 19,7% do orçamento destinado a medicamentos, sendo que esse valor alcançou seu pico em 2009 comprometendo 33,23% do valor gasto com medicamentos. A média Anual de custos gerados de 2008 a 2014 foi de mais de 24 mil reais por processo judicial.

Os dados apresentados mostram que, assim como em outras regiões, a judicialização tem uma forte participação na composição dos gastos com medicamentos em Ribeirão Preto, o principal problema com esses gastos é a dificuldade de inclui-los no planejamento orçamentário, uma vez que não se pode saber ao certo quantos pacientes entraram com ações ao longo do ano.

6. Conclusões

- Houve um crescimento no número de novos processos judiciais do ano de 1995 até o ano de 2010, depois dessa data iniciou-se um decréscimo no número de novos processos judiciais.
- Os prazos estabelecidos para cumprimento das ações em 99% dos casos eram de no máximo 30 dias, tempo insuficiente para a aquisição de medicamentos por meio de licitação pública. Em relação as multas, 97,8% situavam-se na faixa de 200 a 600 reais por dia de atraso.
- O principal meio de acesso a justiça utilizado pelos pacientes de Ribeirão Preto é o Ministério Público representando 71,7%, juntando com a defensoria pública, o uso de assessoria gratuita foi de 81,9% dos processos.
- As duas principais doenças referidas nos processos judiciais foram, diabetes e transtorno do déficit de atenção hiperatividade representando 31,27% das ações.
- As prescrições médicas eram oriundas principalmente de instituições particulares de saúde representando mais de 50% das ações.
- Os medicamentos mais requeridos corroboram com as doenças mais referidas, são eles o metilfenidato, para tratamento de TDAH e as insulinas análogas, para tratamento da diabetes.
- Não foi possível saber ao certo quais medicamentos entraram em listas padronizadas após ações judiciais, entretanto é possível perceber esse fenômeno ao se comparar o percentual de medicamentos presentes em listas de processos ativos (12,97%) e os presentes em listas que estavam inativos (35,12%).
- Em média, a judicialização tem custado aos cofres municipais 19% do orçamento anual destinado a aquisição de medicamentos.

Diante dos resultados expostos, o presente estudo evidenciou o impacto da judicialização da saúde no município de Ribeirão Preto, demandando da gestão pública organização estrutural e financeira para lidar com as demandas judiciais. O estudo mostrou que muitas doenças com altos índices de ações judiciais estão presentes em protocolos clínicos e possuem tratamento fornecido pelo sistema público, levando a necessidade de se investigar o porquê dos prescritores estarem preterindo os tratamentos preconizados pela diretrizes.

O estudo contribuiu para caracterizar os processos judiciais assumidos pela prefeitura municipal de Ribeirão Preto/SP ao longo dos anos, conforme visto na literatura, as regiões estudadas apresentam algumas similaridades, porém com um grande número de características específicas que são inerentes a região de estudo, dessa forma esse trabalho não reflete, na sua integridade, a realidade de outras localidades, mas mostra, em conjunto com outros trabalhos, a importância de se discutir o tema e a necessidade de estudos regionais de judicialização.

Devido ao fato de termos incluído no trabalho apenas os processos que foram assumidos pela secretaria municipal de saúde, impossibilita que se faça um panorama geral da judicialização como um todo no município, sendo que para isso seria necessário levantamento de processos que foram cumpridos pela secretaria do estado, no entanto o trabalho apresenta dados que podem ajudar os gestores municipais na elaboração de políticas públicas de saúde.

Assim como a judicialização pode ser atribuída a fatores prejudiciais ao sistema de saúde, também á indícios que seja uma ferramenta útil para que a população reivindique seu direito a saúde. O fim das ações judiciais parece uma situação impossível já que é uma consequência de uma legislação de direito a saúde presente na constituição federal, dessa forma é fundamental o desenvolvimento de estratégias de administração da mesma, levando em consideração os fatores e características da judicialização dentro da localidade.

7. Referências

ANDRADE, L. O. M. Do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS. In: ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. (Orgs.). SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2. ed. São Paulo: Hucitec, p. 25-35, 2007

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência e saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009.

BORGES, D.C.L.; UGÁ, M.A.D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-69, 2010

BRASIL. Decreto-lei nº 53.612, de fevereiro de 1964. Aprova relação de medicamentos essenciais para os fins previstos no Decreto n° 52.471, de 1963, e dispõe sobre a aquisição de medicamentos pela Administração Pública Federal. Diário Oficial da União, Brasília; 1964.

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

BRASIL, Ministério da *Saúde*. *8ª Conferência Nacional* de *Saúde*. In: Anais da 8ª. Conferência *Nacional* de *Saúde*. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

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, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e Princípios. Brasília, DF. 1990b. 10 p.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 1990c.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 jun. 1993.

BRASIL. Lei nº 8.883 de 8 de junho de 1994. Altera dispositivos da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 jun. 1994.

BRASIL. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 fev. 1999.

.BRASIL. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 mai. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 40p

BRASIL. Lei nº 10.520 de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 jul. 2002.

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, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. Brasília, DF: Editora MS, 2004b. 37p. (Série textos básicos de saúde, B).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. O Remédio via justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais. Brasília, DF: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília, DF. 2006b. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 fev. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS : orientações básicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília, DF. 2006c. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006d. 64 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS, 2007a. 186 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.981, de 26 de Novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 nov. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parecer Técnico-Científico: O uso de Insulinas Recombinantes Análogas à Humana de Ação Basal (Glargina e Detemir) no tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 1. Brasília, 2009b. 23p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF. 2011. 291 p.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 abr. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS. Brasília, DF. 2012. 25 p.

BRASIL. Advocacia-Geralda. União Consultoria Jurídica/Ministério Da Saúde. **Intervenção Judicial na saúde pública: panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das justiças estaduais,** 2012b. Disponível em: http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf. Acesso em: 01 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, DF. 2014. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2014. Brasília, DF: 9º edição, 2015. 229 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Elenco de medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica. 2015b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/l3-cgceaf/11649-elenco-de-medicamentos>. Acesso em 02 fev. 2016.

CARDO, E.; SERVERA, M. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. Revista de Neurologia, v.46, n.6, p. 365–372. 2008.

CARVALHO, M.S.; LEITE, S.N. Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no estado do Amazonas, Brasil. Revista Interface, v. 18, n. 51, p. 737-748. 2014.

CATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. Saúde e sociedade. v.10, n.2, p. 47-74. 2001.

CHIEFFI, A.L.; BARATA, R. C. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Caderno de Saúde Pública, v. 25, n. 9, p. 1839-1849. 2009.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. C. B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. Revista Saúde Pública. 2010, v.44, n.3, p. 421-429, 2010.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. Caderno de Saúde Pública. v.25, n.7, p. 1614-1619, 2009.

CONASS. SUS 20 anos – Progestores - Brasília: CONASS, 2009.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Assistência Farmacêutica no SUS. 1ª ed. Brasília, 2011.

CONCORDE. Coordinating Committee. Concorde: MRC/ANRS randomised double-blind controlled trial of immediate and deferred zidovudine in synmptom-free HIV infection. Revista The Lancet. V. 343, p. 871-881. 1994.

COSENDEY, M. A. E,; BERMUDEZ, J. A. Z.; DOS REIS, A. A.; SILVA, H. F.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. Caderno Saúde Pública, v.16, n.1, p. 171-182. 2000.

DALLARI, S. G.; ADORNO, R. C. F.; FARIA, M. M; SHUGAIR, N. S. M. S. A. Q.; TREWIKOWSKI, S. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. Caderno de Saúde Pública. 1996, v.12, n.4, p. 531-540. 1996.

DALLARI, S. G. Controle judicial da política de assistência farmacêutica: direito, ciência e técnica. Revista de Saúde Coletiva, v.20, n.1, p. 57-75. 2010.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SCHWARTZ, I.V.D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custo de medicamentos para as mucopolissacaridoses. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p. 479-489. 2012.

DINIZ, D.; MACHADO, T.R.C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito federal, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, V. 19, N. 2, p. 591-598, 2014.

DUARTE, C. M. R.; Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. Caderno de Saúde Pública, vol.23, n.7, p. 1511-1528, 2007.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo em Perspectiva, v.18, n.3, p. 41-46. 2004.

ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 206 p. 1998.

FINKELMAN, J. (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FRANCO, L.J.; PASSOS, A.D.C. Fundamentos de Epidemiologia. Barueri, SP: Manole. 2005.

GOMES, D.F.; SOUZA, C.R.; SILVA, F.L.; PORTO, J.A.; MORAIS, I.A.; RAMOS, M.C.; SILVA, E.N. Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá. Revista Saúde Debate, v. 36, n.100, p. 139-156, 2014.

GOMES, F. F. C.; CHERCHIGLIA, M.L.; MACHADO, C.D.; SANTOS, V.C.; ACURCIO, F. A.; ANDRADE, E. L. G. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. Caderno de Saúde Pública, v.30, n.1, p. 31-43. 2014.

GOMES, M. F.; FREITAS, F. O. Direitos Fundamentais e Dignidade Humana. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIII, n. 82, out 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8404>. Acesso em fev 2016.

GUIMARÃES, R. Incorporação tecnológica no SUS: o problema e seus desafios. Ciência saúde coletiva, 2014, v.19, n.12, p. 4899-4908. 2014.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Dados do Censo 2010 da cidade de Ribeirão Preto-SP. Disponível em:<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354340>. Último acesso em: 02 fev. 2016.

JARA, S. A. B. El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (C . I . E . 10 , D . S . M . IV – R y C . F . T . M . E . A .– R 2000). Norte de Salud Mental, n. 35, p.30–40. 2009.

JUNIOR, D.S.; SOUZA, M.V.; KRUG, B.C.; BALBINOTTO, G. SCHWARTZ, I.V.D. Judicialização do acesso ao tratamento de doenças genéticas raras: a doença de Fabry no Rio Grande do Sul. Ciência & Saúde Coletiva, V. 17, N. 10, p. 2717-2728, 2012.

KORNIS G. E. M.; BRAGA M.; ZAIRE C. Os marcos legais das Políticas de Medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). APS, v. 11 n1. p85-99. 2008.

LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. (Org.). Saúde coletiva: um campo em construção. Curitiba: Ibpex, p. 149-176. 2006.

LEITÃO, L.C.A.; SIMÕES, M.O.S.; SIMÕES, A.E.O.; ALVES, B.C.; BARBOSA, I.C.; PINTO, M.E.B. Judicialização da saúde na garantia do acesso ao medicamento. Revista Salud Pública, v. 16, n. 3, p. 360-370. 2014.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, p 27-58, 2005.

LIMA, R. C. G. S.; SEVERO, D. O.; VERDI, M. I. M.; DA ROS, M. A.. A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. Saúde e sociedade , vol.18, n.1, pp. 118-130, 2009.

LUZ, M. F.; As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Gral, Rio de Janeiro, Graal, p. 295,1979.

LUZ, M. T.; Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. Ciência saúde coletiva, vol.5, n.2, p. 293-312, 2000.

LUZ, A. F. A justiça do trabalho: demandas trabalhistas no norte do Rio Grande do Sul (1941-1960). 2011. 110 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2011.

MACHADO, F. R. S. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e Estado. Trabalho educação e saúde, v.7, n.2, p. 355-371. 2009.

MAHADO, M.A.A.; ACURCIO, F.A.; BRANDÃO, C.M.R.; FALEIROS, D.R.; GUERRA jr, A.A.; CHERCHIGLIA, M.L.; ANDRADE, E.I.G. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 45, n. 3, p. 590-598. 2011.

MACHADO, F. R. S.; DAIN, S. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. Revista Administração Pública, v.46, n.4, p. 1017-1036. 2012.

MACHADO, F.R.S.; DAIN, S. A audiência pública da saúde: questões para a judicialização para a gestão de saúde no Brasil. Revista Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 1017-1036. 2012.

MACHADO, F. S. N.; CAETANO, S. C.; HOUNIE, A. G.; SCIVOLETTO, S.; MUSZKAT, M.; CASELLA, E. B.; ANDRADE, E. R.; POLANCZYK, G.V.; ROSÁRIO, M. C. Uso de metilfenidato em crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**.** Rev. Saúde Pública, v.49 , 2015.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH). Managing Drug Supply: the selection, procurement, distribution and use of pharmaceuticals. 2nd.ed. West Hartford: Management Sciences for Health; World Health Organization (Col.): Kumarion Press, 1997.

MARIN, N.; LUIZA, V.L.; CASTRO, C.G.S.O.; SANTOS, S.M. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Primeira edição. Rio de Janeiro. Ministério Público. P. 336. 2003.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. Revista Saúde Pública. 2007, v.41, n.1, p. 101-107, 2007.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; SCHWARTZ, I. V. D. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. Ciência saúde coletiva , v.18, n.4, p. 1079-1088. 2013.

MEDRONHO, A.R. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, p. 305. 2009.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M.; GIMENO, S. G. A.; MONDINI, L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. Caderno de Saúde Pública, v.26, n.5, p. 929-941. 2010.

NETO, O. H. C.; ACURCIO, F. A.; MACHADO, M. A.; FERRÉ, F.; BARBOSA, F. L.V.; CHERCHIGLIA, M.L.; ANDRADE, E. L. G. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. Revista de Saúde Pública. 2012, v.46, n.5, p. 784-790. 2012.

NETO, O.H.C.; ACURCIO, F.A.; MACHADO, M.A.A.; FERRÉ, F.; BARBOSA, F.L.V.; CHERCHIGLIA, M.A.; ANDRADE, E.I.G. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. Revista de saúde pública, v. 46, n. 5, p. 784-790. 2012.

NICZ, L. F. Previdência social no Brasil: Pioneira, 1982, cap. 3, p.163-197. 1982

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, FLEURY, S. M.; (IM) Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes/Abrasco, 1986.

OLIVEIRA, V. E. Poder Judiciário: árbitro dos conflitos constitucionais entre Estados e União. Lua Nova, São Paulo, n. 78, p. 223-250, 2009.

OLIVEIRA, M. R. M.; DELDUQUE, M. C.; SOUSA, M. F.; MENDONCA, A. V. M. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?. Saúde debate, v.39, n.105, p. 525-535. 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2008. Atenção Primaria em Saúde: agora mais do que nunca. Geneva, 2008. 156 p.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M.C.; AMARAL, R.G. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. Revista salud pública, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 340-349. 2012.

PAULA, A.B.P.; SOUZA, A.I.S.; VIERA, R.C.P.A.; ALVEZ, T.N.P. O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. Revista Ciência saúde coletiva. v. 16, n. 5, p. 2623-2633. 2011.

PEPE, V. L. E.; FIGUEIREDO, T. A.; SIMAS, L.; CASTRO, C. G. S. O.; VENTURA, M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010.

PEREIRA, J. R.; SANTOS, R. I.; JUNIOR, J. M. N.; SCHENKEL, E. P. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 3, p 3551-3560, 2010.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001.

RIBEIRÃO PRETO. Componente especializado da Assistência Farmacêutica . 2009. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/saudepessoal/farmacia/i16compespecializado.php>. Acesso em 02 fev. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria municipal de saúde. Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes. Ribeirão Preto, SP, 2011. 108p.

RIBEIRÃO PRETO. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). 2013a. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/saudepessoal/farmacia/i16remume.php>. Acesso em 18 out. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2013b. 95p. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/i16indplano.php>. Acesso em 02 fev. 2016.

ROSEN, G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec, **Editora Unesp**, Abrasco, 1994.

SANCHES, A. C. C.; CORRER, C. J.; VENSON, R.; GONÇALVES, P. R.; GARCIA, M. M.; PIANTAVINI, M. S.; PONTAROLO, R. Insulin analogues versus human insulin in type 1 diabetes: direct and indirect meta-analyses of efficacy and safety. **Braz. J. Pharm. Sci.,** v. 49, n. 3, p. 501-509, 2013.

SÁNCHEZ, E. Y.; VELARDE, S.; BRITTON, G. B. Estimated prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in a sample of Panamanian school-aged children. **Child Psychiatry and Human Development,** v.42, n.2, p 243–255, 2011.

SANTICH, I. R., GALLI, A. La asistencia farmacéutica en el Sistema Único de Salud de Ceará: elementos para su transformación. Fortaleza; Ceará. Secretaria da Saúde**. Escola de Saúde pública do Ceará**, 192 p., 1995.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; FEUERWERKER, L. C. M.; SOUZA, C. G.; SILVA, P. M.; RODRIGUES, A. T. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 22, n. 3, p. 773-784, 2013.

SILVA, M. A. M.; FERREIRA, E. F.; SILVA, G. A. O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** v. 20, n. 4, p. 1183-1207, 2010.

SOARES, J. C. R. S.; DEPRA, A. S. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 311-329, 2012.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

TANAKA, O. Y.; ESCOBAR, E. M. A.; GIMENEZ, A. S. M.; CAMARGO, K. G.; LELLI, C. L. S. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 185-194, 1992.

TRAVASSOS, D. V.; FERREIRA, R. C.; VARGAS, A. D.; MOURA, R. N. V.; CONCEIÇÃO, E. M. A.; MARQUES, D. F.; FERREIRA, E. F. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. **Revista Ciência & Saúde Coletiva,** v. 18, n. 11, p. 3419-3429, 2013.

TREVISAN, L. M.; NALIN, T.; TONON, T.; VEIGA, L. M.; VARGAS, P.; KRUG, B. C.; LEIVAS, P. G. C.; SCHWARTZ, I. V. D. Access to treatment for phenylketonuria by judicial means in Rio Grande do Sul, Brazil. **Ciência saúde coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1607-1616, 2015.

VASCONCELOS, C. M. **Paradoxos da Mudança no SUS**. 2005. 259f. Tese - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2005.

VENTURA, M.; SIMAS, L.; PEPE, V. L. E.; SCHRAMM, F. R. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VERDI, M. I. M. **Da haussmannização às cidades saudáveis: rupturas e continuidades nas políticas de saúde e urbanização na sociedade brasileira do início e do final do século XX**. 2002. 216f. Dissertação - Universidade Federal de

Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2002.

VIDOTTI, C. C. F.; CASTRO, L. L. C.; CALIL, S. S. New drugs in Brazil: Do they meet Brazilian public health needs?. Revista Panamericana de Salud Publica, v. 24, n. 1, p. 36-45, 2008.

VIEIRA, F. S.; ZUCCI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública,** v.41, n. 2, p. 214-222, 2007.

VIEIRA, S.V. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

WANG, D. W. L. W.; VASCONCELOS, N. P.; OLIVEIRA,V. E.; TERRAZAS, F. V. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista Administração Pública**, Rio de janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, 2014.

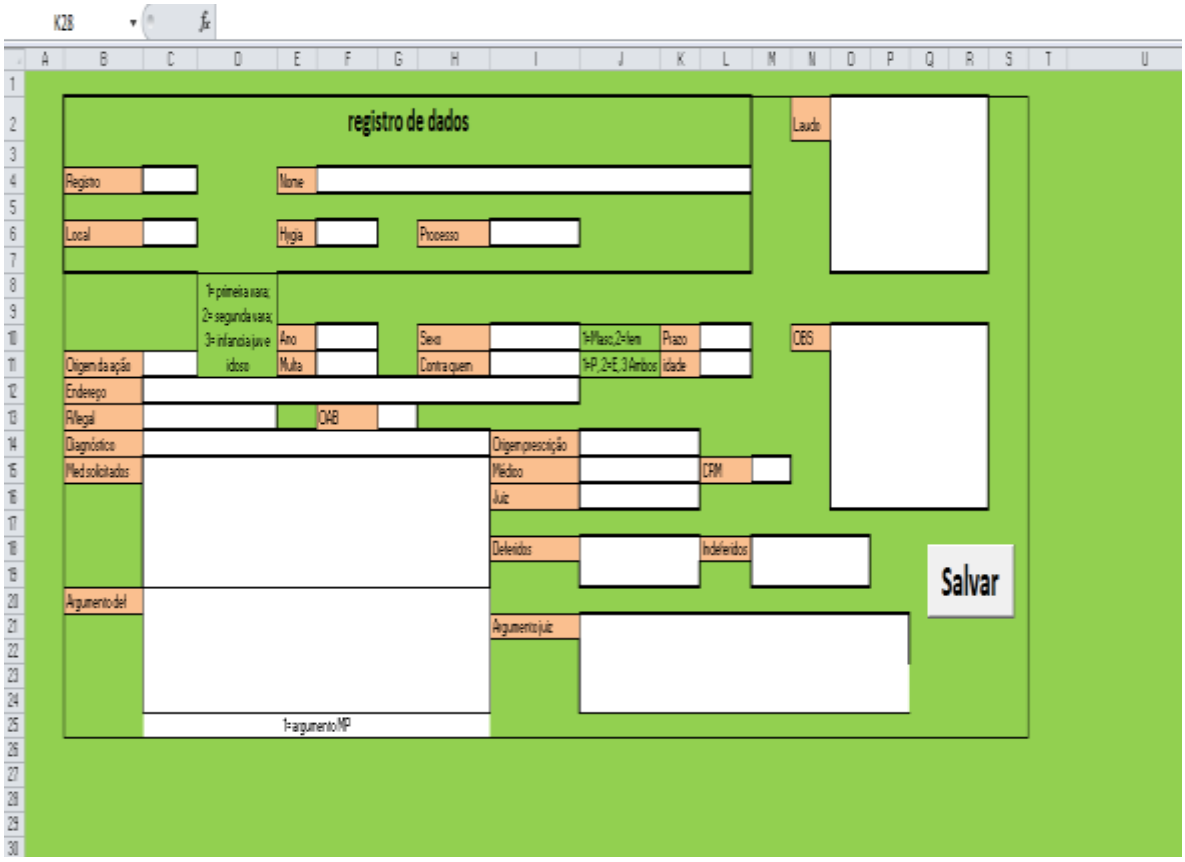
WEBER, M. Política como Vocação. Brasília: Editora da UnB; 2003.

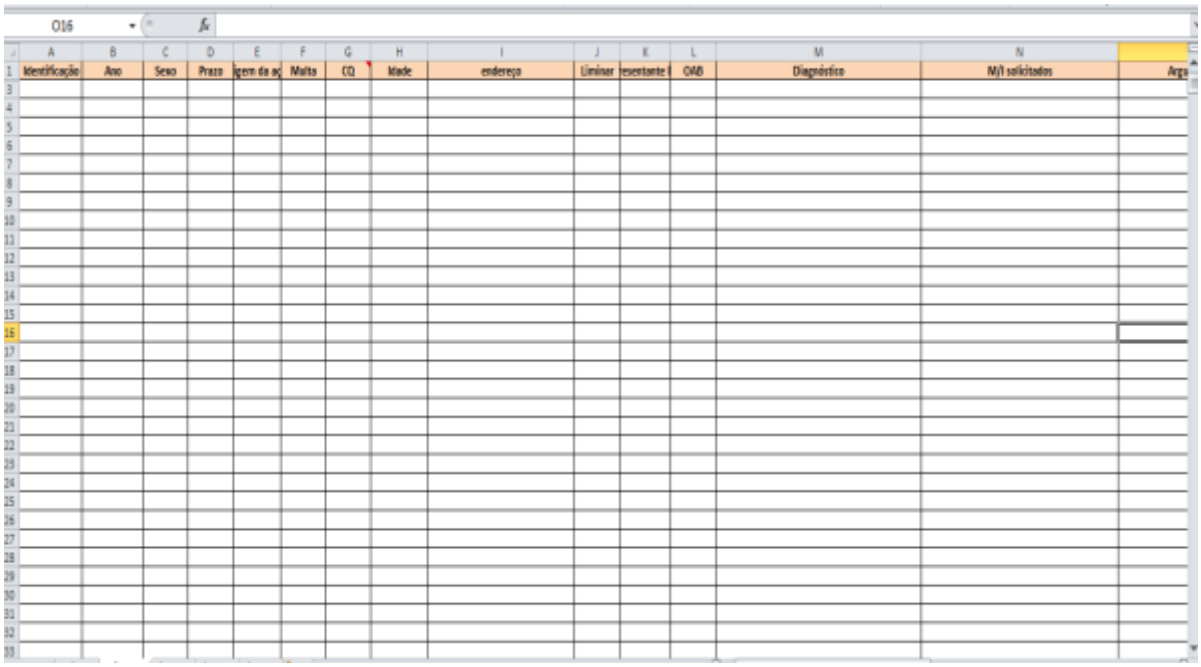
WEBER, M. Organização de Gabriel Cohn. São Paulo: Ática, 2004.

WHITEHEAD, M. The concept and principles of equity and health. Washington DC: Pan American, Health Organizatinon, 1991. P. 18.

ANEXO

ANEXO A: Instrumento de Coleta.





O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y
Argumento do defensor	Origem da prescrição	Médico	CRM	Juiz	J/I deferido	indeferido	argumento	Laudo	Obs	Ativo