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:_____

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).

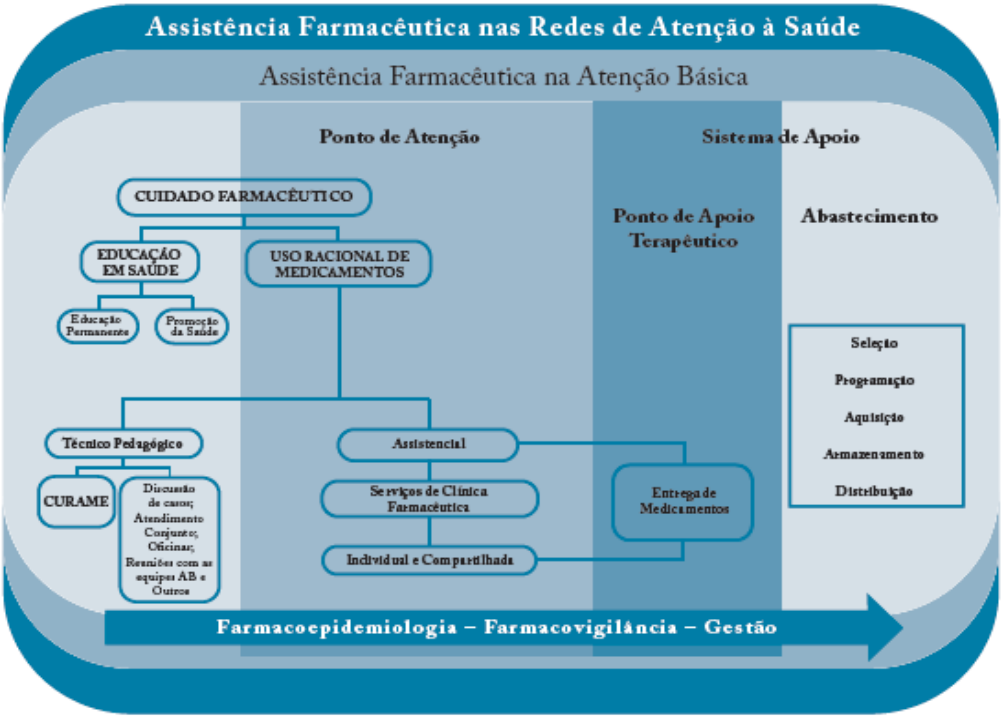


Figura 1: Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014)

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. 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.

4. 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.

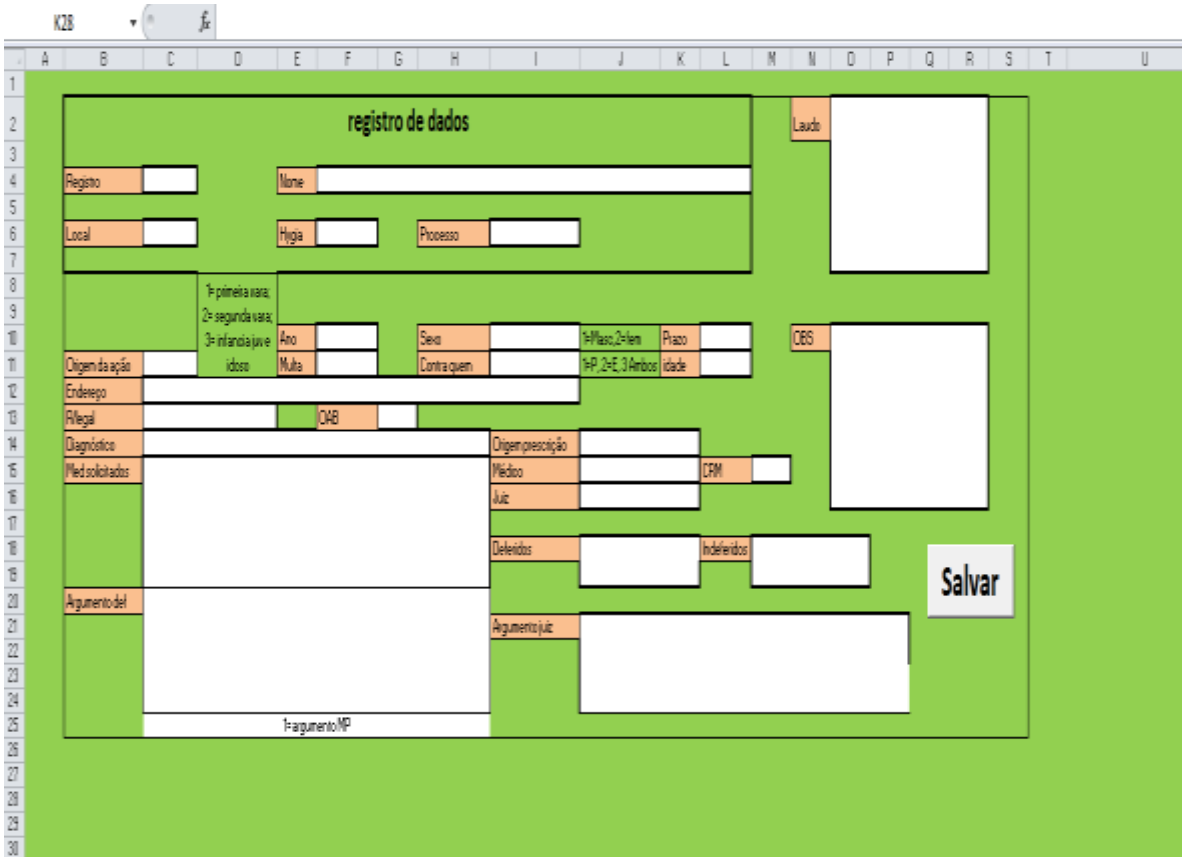
WEBER, M. Política como Vocação. Brasília: Editora da UnB; 2003.

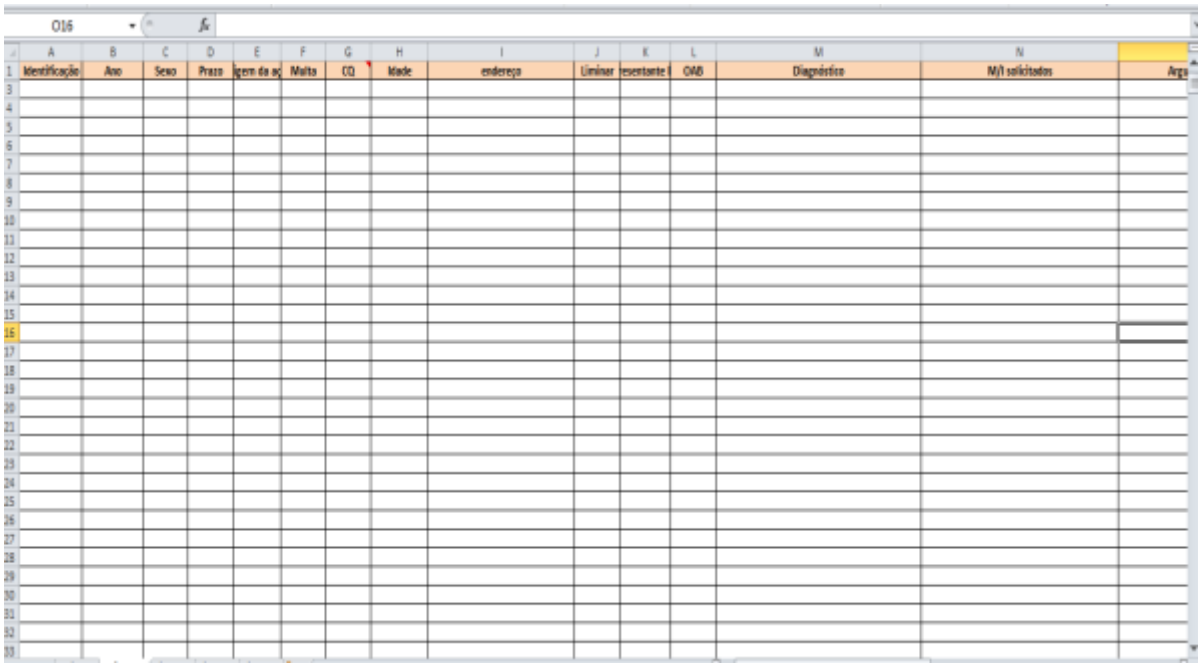
WEBER, M. Organização de Gabriel Cohn. São Paulo: Ática, 2004.

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