

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Rayssa Gabrielle Pereira de Castro

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A EFETIVAÇÃO DO
ACESSO A MEDICAMENTOS EM IMPERATRIZ-MA**

Taubaté – SP

2015

Rayssa Gabrielle Pereira de Castro

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A EFETIVAÇÃO DO
ACESSO A MEDICAMENTOS EM IMPERATRIZ-MA**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração do Departamento de Economia, Contabilidade e Administração da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Planejamento, Gestão e Avaliação do Desenvolvimento Regional.

Orientador: **Prof^ª. Dr^ª.** Quésia Postigo Kamimura

Taubaté – SP

2015

RAYSSA GABRIELLE PEREIRA DE CASTRO

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A EFETIVAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS EM IMPERATRIZ-MA

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Planejamento e Desenvolvimento Regional da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Planejamento, Gestão e Avaliação do Desenvolvimento Regional.

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Quésia Postigo Kamimura (Orientadora - Universidade de Taubaté)

Assinatura _____

Prof. Dra. Adriana Leonidas de Oliveira (Membro interno – Universidade de Taubaté)

Assinatura _____

Prof. Dra. Nancy Julieta Innocent (Membro interno – Universidade de Taubaté)

Assinatura _____

Prof. Dra. Vera Lúcia Ignácio Molina (Universidade Estadual Júlio de Mesquita -
UNESP Campus São José dos Campos)

Assinatura _____

Prof. Dra. Marina Moreira (Hospital Universitário de Taubaté)

Assinatura _____

Dedico todo o meu esforço e este estudo aos meus pais (Raimundo e Dilce) e ao meu querido marido (Edson Bueno), pois sempre estiveram ao meu lado, me dando força e estímulo para continuar.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, agradeço a Deus que me guiou no caminho correto e pela Sua presença inabalável em minha vida, me oferecendo em graças tudo o que sempre Lhe pedi. Vou honrá-lo eternamente.

Aos meus pais, amores da minha vida, Maria Dilce Pereira de Castro e Raimundo Pereira de Castro, por terem me dado a vida, o dom mais precioso que existe, além do amor, cuidado, carinho e o melhor educação que se pode ter, dos melhores pais que podem existir, que nunca me desamparam e que estiveram comigo em todos os momentos.

Ao meu eterno amor, Edson Bueno Pires Filho, presente de Deus em minha vida. O melhor amigo, namorado, noivo e marido que eu poderia ter. Obrigada pela força e por acreditar em mim, pois “amar é somar, multiplicar e dividir, nunca subtrair”.

À minha querida amiga Mariana Martinuzzi Breitenbach (*in memoriam*) por todos os momentos compartilhados, pelos dias divididos, pelas dúvidas retiradas e pelas risadas vividas. Por todo o apoio e consolo, pois, mesmo quando sua presença física não foi mais sentida, sua amizade e amor ainda permaneceram comigo.

À querida e admirável professora e orientadora Quésia Postigo Kamimura, que além de me guiar neste trabalho, dividiu comigo seus conhecimentos, aconselhando-me, depositando em mim sua confiança e me estimulando através de sua atenção fornecida sempre que precisei.

Aos demais professores do programa, que com tanto zelo e competência, nos transmitiram novos saberes.

Aos amados colegas da XVII-I turma de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional da UNITAU. Vocês marcaram um grande passo em minha vida e estarei sempre disposta a compartilhar novos momentos e aprendizados com vocês.

E a todos que direta, ou indiretamente estiveram presentes nesta pesquisa, seja pela cordialidade com que me receberam em seus setores de serviço, ou pela prestação das valiosas informações que serviram de base para o presente estudo.

Muito obrigada!

"Creio invencivelmente que a ciência e a paz triunfarão da ignorância e da guerra, que os povos chegarão a um acordo não para destruir, mas para construir, e que o futuro pertencerá aos que mais tiverem trabalhado para aliviar o sofrimento humano."

Pasteur

RESUMO

A dignidade humana é diretamente proporcional ao direito à saúde e este princípio está constitucionalmente previsto pelo Estado brasileiro. Alia-se a este direito, o acesso a medicamentos como itens indispensáveis à saúde e que não devem ser negados. Como objetivo do presente estudo, buscou-se caracterizar o perfil das demandas judiciais em Imperatriz-MA, especialmente no tocante ao acesso aos medicamentos e Política de Assistência Farmacêutica, conhecendo para tal, as decisões judiciais datadas no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, ajuizadas contra a Secretária Municipal de Saúde em Imperatriz-MA, identificando os medicamentos e programas alojados dentro da Política de Assistência Farmacêutica, alvos em maior grau de demandas judiciais e apresentando as principais negativas ao acesso de medicamentos no âmbito da Assistência Farmacêutica. A metodologia utilizada baseia-se em uma pesquisa exploratória e descritiva, aliadas a um levantamento bibliográfico, abordagem quantitativa e pesquisa documental. Realizou-se um levantamento documental em busca da caracterização de 673 demandas ajuizadas contra o Sistema Único de Saúde de Imperatriz-MA e das caracterizações das demandas ajuizadas por medicamentos, que totalizaram 257 apresentações farmacêuticas. Os resultados demonstraram que sobre os tipos de demandas, aquelas por medicamentos e leitos de Unidades de Terapia Intensiva representaram os principais motivos de tutela judicial. As crianças, adolescentes e idosos, representaram a população mais defendida por meio das demandas e quando o foco passou a ser apenas os medicamentos, foi possível identificar que entre as 257 apresentações identificadas e judicializadas, 102 (39,3%) não estavam inclusas em nenhuma das listas do SUS, 111(43,2%) inclusos na Relação Nacional de Medicamentos e apenas 44 (17,1%) na Relação Municipal de medicamentos. Visualizou-se ainda que o componente da Assistência Farmacêutica que mais sofreu judicializações foi o Básico (60,3%), seguido de 37,8% do Componente Especializado e apenas 1,8% do Estratégico. Notou-se também a tendência de prescrições pelo nome comercial de fármacos, bem como solicitações por medicamentos sem registro sanitário no Brasil, com prescrições equivocadas ou uso *off label*, cujo não possuem registro no Brasil, ou não têm comercialização autorizada. Conclui-se, que a partir destes conhecimentos, novas estratégias e modelos de gestão, ou novos canais de diálogos que envolvam Poder Público, Judiciário e população, possam ser criados e/ou reformulados, tendo como bases maiores a diminuição das demandas judiciais em Imperatriz-MA, a melhoria das Políticas Públicas de Saúde e a ampliação do direito constitucional ao acesso à saúde e a todos os outros direitos que este vier a incluir.

Palavras-chave: Gestão; Desenvolvimento Regional, Judicialização. Assistência Farmacêutica. Direito à saúde.

ABSTRACT

JUDICIALIZATION HEALTH AND EFFECTIVE ACCESS TO MEDICINES AT IMPERATRIZ-MA

Human dignity is directly proportional to the right to health and this principle is constitutionally provided by the Brazilian government. Joins this right, access to medicines and items essential to health and should not be denied. The objective of the present study, we sought to characterize the profile of litigation in Imperatriz-MA, especially regarding access to medicines and Pharmaceutical Care Policy, meeting for such judgments dated from January 2012 to December 2014, filed against the Municipal Health Secretary in Imperatriz-MA, identifying drugs and programs housed within the Pharmaceutical Care Policy, targets a greater degree of process and presenting the main negative to access medicines under the Pharmaceutical Services. The methodology is based on an exploratory and descriptive research, combined with a literature review, quantitative approach and documentary research. We conducted a documentary survey seeking the characterization of 673 lawsuits filed against the National Health System Imperatriz-MA and characterizations of claims by drugs, which totaled 257 pharmaceutical presentations. The results showed that on the types of demands, those for medicines and beds Intensive Care Units represented the main reasons of judicial protection. Children, adolescents and the elderly accounted for the population most defended by the demands and when the focus became only medicines, were identified that among the 257 submissions identified and judicialized, 102 (39.3%) were not included in none of the lists of SUS 111 (43.2%) included in the National List of Medicines and only 44 (17.1%) in the Municipal Register of medicines. It is also envisioned that the pharmaceutical services component that suffered most was the judicialization Basic (60.3%), followed by 37.8% of the Specialized Component and only 1.8% of Strategic. It was noted also tend to prescriptions for brand-name drugs, as well as requests for drugs without health registration in Brazil, wrong prescriptions or off label use, which not formally registered in Brazil, or have authorized marketing. It follows that from this knowledge, new strategies and business models, or new channels of dialogue involving government, judiciary and population, can be created and / or reformulated, with the largest bases the reduction of litigation in Imperatriz -MA, improvement of Public Health Policies and expansion of the constitutional right of access to health and all other rights to this were to include.

Palavras-chave: Management. Regional Development. Judicialization. Pharmaceutical Care. Right to health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Doutrinas e Princípios Organizativos do SUS	29
Figura 2 –	Mapa de Maranhão, com destaque para Imperatriz-MA	59
Figura 3 –	Caracterização dos medicamentos ajuizados de acordo com os componentes da Política de Assistência Farmacêutica (AF) entre os anos de 2012 a 2014	92
Figura 4 -	Caracterização dos medicamentos ajuizados de acordo com a RENAME e REMUME de Imperatriz-MA e os componentes da Política de Assistência Farmacêutica (AF) entre os anos de 2012 a 2014	101

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Perfil dos beneficiários das ordens judiciais ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, quanto ao gênero, entre os anos de 2012 a 2014.....	66
Gráfico 2 -	Perfil dos beneficiários das ordens judiciais ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, quanto à idade, entre os anos de 2012 a 2014	66
Gráfico 3-	Perfil judicial das ordens ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, quanto aos representantes judiciais em 2012	69
Gráfico 4-	Perfil judicial das ordens ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, quanto aos representantes judiciais em 2013	69
Gráfico 5-	Perfil judicial das ordens ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, quanto aos representantes judiciais em 2014	70
Gráfico 6 –	Perfil judicial das ordens ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, quanto às varas de tramitação judicial	72
Gráfico 7 -	Quantidade de ordens por mês ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA nos anos de 2012 e 2014	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Diretrizes e Prioridades da Política Nacional de Medicamentos no Brasil	34
Quadro 2 -	Componentes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica	41
Quadro 3-	Principais Leis e Normas legais que regulamentam a Assistência Farmacêutica no Brasil	51
Quadro 4-	Caracterização das demandas ajuizadas por medicamentos e de acordo com a RENAME (Brasil) e REMUME de Imperatriz-MA e os componentes da Política de Assistência Farmacêutica(AF)	85
Quadro 5-	Principais motivos para a negação ao acesso ao medicamento.....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Perfil dos beneficiários das ordens judiciais ajuizadas contra a Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA	65
Tabela 2 -	Perfil Judicial das Ordens ajuizadas contra a Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, quanto aos representantes judiciais e varas de tramitação do processo	68
Tabela 3-	Quantidade das demandas ajuizadas por mês, contra a Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA entre os anos de 2012 a 2014	73
Tabela 4 -	Pedidos realizados pelas ordens judiciais ajuizadas contra a Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, entre os anos de 2012 a 2014	75
Tabela 5-	Ausência e presença das apresentações farmacêuticas judicializadas entre os anos de 2012 a 2014, referentes às listas oficiais de medicamentos e componentes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica	99

LISTA DE SIGLAS

AF – Assistência Farmacêutica
AGU – Advocacia Geral da União
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEBAF – Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CESAF – Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CRFB – Constituição da República Federativa Brasileira
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
GM/MS – Gabinete Ministerial/ Ministério da Saúde
HIV/AIDS – Human Immunodeficiency Virus / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IMP – Imperatriz
LO – Lei Orgânica
LOS – Lei Orgânica de Saúde
MA – Maranhão
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OPAS – Organização Pan-americana de Assistência a Saúde
PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM – Política Nacional de Medicamentos
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TFD – Tratamento Fora de Domicílio
UBS – Unidade Básica de Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Problema	19
1.2	Objetivos	19
1.2.1	Objetivo geral	19
1.2.2	Objetivos específicos	19
1.3	Delimitação do estudo	20
1.4	Relevância do projeto.....	20
1.5	Organização do projeto.....	21
2	REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1	As políticas públicas e o desenvolvimento.....	22
2.1.1	As políticas públicas e a saúde.....	25
2.2	O Sistema Único de Saúde (SUS): uma contextualização histórica	26
2.3	A Política Nacional de Medicamentos (PNM).....	32
2.4	A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF): criação, função e diretrizes.....	35
2.4.1	Os componentes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica	41
2.4.2	A Política Nacional de Assistência Farmacêutica e sua interface com o princípio da Integralidade	42
2.5	Da saúde ao direito à saúde	44
2.6	A descentralização do sistema de saúde e a gestão municipal	47
2.7	O fenômeno da judicialização da saúde	49
2.7.1	As percepções do Poder Judiciário e a defesa do direito <i>versus</i> a Integralidade	53
2.8	As ações judiciais e a desconsideração às políticas públicas	55
3	MÉTODO	58
3.1	Tipo de pesquisa	58
3.2	Área de realização	58
3.3	População e amostra	59
3.4	Instrumento(s)	59
3.5	Procedimento para coleta de dados	60
3.6	Procedimento para análise de dados	61
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
4.1	O contexto de saúde em Imperatriz-MA	62
4.2	Caracterização das demandas ajuizadas contra a secretaria municipal de saúde de Imperatriz-MA	64
4.3	Caracterização das demandas ajuizadas por medicamento e	

	componentes da assistência farmacêutica	83
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
	REFERÊNCIAS	110
	Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido institucional.....	119
	Apêndice B - Termo de compromisso de Uso de Dados (TCUD)	120
	Anexo A - Carta de Apresentação	121
	Anexo B - Parecer do comitê de ética.....	122
	Anexo C – Instrumento para coleta de dados	124

1 INTRODUÇÃO

Ao final dos anos 80, em meio à publicação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), o processo de Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o conceito de saúde para os brasileiros foi amplamente modificado e melhor compreendido, considerando além do sentido biológico e individual, mas compreendendo também o processo saúde/doença e contribuindo para a inserção dos serviços de saúde nas políticas públicas (KAMIMURA, 2009). A Seguridade Social, discutida pela CRFB/88 virou guardiã da Saúde, da Assistência Social e Previdência, fazendo com que essas passassem a ser uma questão pública e de integral responsabilidade do Estado (ANDRADE, 2011).

A dignidade humana é diretamente proporcional ao direito à saúde e este princípio está previsto pelo Estado brasileiro no art. 1º, inciso III da CRFB/88, que exige dos Poderes Públicos medidas que viabilizem a pronta recuperação dos enfermos, nos aspectos físico e psíquico, além de medidas preventivas de manutenção da saúde e de prevenção de doenças, que assegurem a todos a possibilidade de uma vida digna e em condições de desenvolver todas as suas habilidades (HOLTHE, 2008; LESSA; KAMIMURA; CORNETA, 2013).

No ano de 1990 a Lei nº8.080, o SUS foi institucionalizado como uma Política Pública de Saúde e concebeu em suas diretrizes a universalização do acesso à saúde com equidade e integralidade de ações e serviços, incluindo ainda o direito à Assistência Farmacêutica e terapêutica. Essa por sua vez, foi regulamentada apenas em 30 de outubro 1998, pela Portaria n.º 3.916, mediante a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Medicamentos é uma parte essencial da Política Nacional de Saúde e constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. A Lei n.º 8.080/90, em seu artigo 6.º, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a “formulação da política de medicamentos [...] de interesse para a saúde [...]”(BRASIL, 2004).

Em suas diretrizes a PNM adotou a relação de medicamentos essenciais, a regulamentação sanitária de medicamentos e a promoção do seu uso racional, a

reorientação da assistência farmacêutica, o desenvolvimento científico e tecnológico, a promoção da produção de medicamentos, a garantia da segurança, a eficácia e qualidade dos medicamentos e o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1999).

O SUS, em sua configuração geral, tem seus comandos advindos das três esferas de governo (Municipal, Estadual e Federal), mas passa também por uma grande influência da regionalização do país, onde o perfil da saúde difere de região para região, e este último mostra-se como um dos principais influentes na hora da orientação e seleção de medicamentos por parte do governo estadual e municipal. As listas de medicamentos para as últimas duas esferas são sempre confeccionadas a partir da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), assim os estados e municípios podem comprar e dispensar apenas medicamentos inclusos na RENAME, mas não necessariamente possuir todos da referida lista (BRASIL, 2004).

Sabendo que a integralidade, a universalização e a equidade apresentam-se como os princípios primordiais do SUS (TEIXEIRA, 2011), a não entrega de qualquer medicamento, mesmo que ele não conste nas relações de medicamentos essenciais, fere o direito constitucional à saúde. E uma vez que esse direito não esteja acessível pode-se provocar o Poder Judiciário e através do mesmo, o fazer valer. A este crescente fenômeno dá-se o nome de judicialização da saúde.

A judicialização pode causar problemas de gestão da Política de Assistência Farmacêutica e esta reflete diretamente sobre a Política Nacional de Medicamentos, causando um comprometimento dos orçamentos públicos para a compra de itens judicializados e gerando uma problemática de difícil entendimento por parte dos gestores da saúde (PEPE et al, 2010), uma vez que o Poder Público define em seus programas de assistência farmacêutica os medicamentos para tratamento das doenças, com base em critérios aceitos cientificamente e que isso não implica em omissão de garantia do direito à saúde e sim revela o seu compromisso com a formulação de políticas adequadas, que constituem o meio disposto pela Constituição para assegurar esse direito (VIEIRA, 2008).

Juntando-se a esses fatos a limitação da escassez de recursos Públicos, e mais a quantidade de demandas judiciais a serem atendidas, o Poder Público é obrigado a preservar o interesse coletivo e trivializar as escolhas pelos princípios de universalidade e equidade. Ao Poder Executivo cabe a definição da prioridade dos

gastos de acordo com a capacidade financeira do Estado e as necessidades de saúde da população, que geram demandas cada vez maiores (SANTOS, 2006).

Já Fleury (2012, p. 160) acredita que a judicialização pode ajudar o SUS e fala que “A judicialização da saúde no Brasil foi vista até agora como uma interferência indevida sobre a capacidade de planejamento e ação do Executivo e também como uma ameaça à ação dos gestores locais, fruto do hiperativismo da procuradoria” e que não se deve combater a judicialização, mas sim, sustentá-la conforme os princípios do SUS. Viera (2008), afirma que para sustentar esses princípios, é necessário considerar todas as necessidades de saúde da população e estabelecer a políticas que possam ser financiadas pelo Estado e sociedade.

Vieira e Zucchi (2007) afirmaram que em 2000 já se estimava que no Brasil, 70 milhões de pessoas não tinham acesso a medicamentos, o que corresponde a aproximadamente 41% da população brasileira daquele ano. Estas diferenças de fatos demonstram a vivência de um o grande desafio por parte do sistema público de saúde no país, principalmente no tocante à Política de Assistência Farmacêutica.

Partindo dos princípios adotados pela Lei Orgânica nº 8.080/90, observa-se que a integralidade e equidade para o SUS possuem definições distintas das adotadas pelo poder Judiciário (VIEIRA; ZUCCHI, 2007) e estas podem refletir tanto no acesso da população aos serviços de saúde, como na quantidade de demandas judiciais originadas.

1.1 PROBLEMA

Para Pepe et al., (2010) a judicialização é um fenômeno de varias faces, mas, que se limita por um lado às possibilidades do Estado e necessidades do cidadão e pelo outro remete à necessidade de respostas mais enérgicas, tanto por parte do Poder Público, quanto do Judiciário. O mesmo autor comenta ainda que grandes partes das demandas judicializadas, concentram-se em solicitações individuais e que estas vão contra o principio de equidade do Sistema Único de Saúde.

Marinho (2013) aponta que os impasses que se concentram em torno desta temática, levam um comprometimento cada vez maior dos orçamentos públicos para a compra de medicamentos, gerando uma problemática de difícil entendimento por parte dos gestores da saúde, uma vez que o Poder Público define em seus

programas de Assistência Farmacêutica os medicamentos para tratamento das doenças, com base em critérios aceitos cientificamente e isso não implicaria em omissão de garantia do direito à saúde e sim revelaria o interesse com a formulação de políticas adequadas, que constituem o meio disposto pela Constituição para assegurar esse direito.

Porém, o poder Judiciário, na atribuição de seus deveres, considera que a não entrega de qualquer medicamento, sendo ele componente ou não de algum dos programas da Assistência Farmacêutica, representa a quebra da dignidade humana, visto que essa se remete diretamente ao acesso à saúde. A assistência farmacêutica apresenta-se como um dos caminhos capazes de promover melhores condições de assistência à saúde da população. Para Fleury (2012), a judicialização deve ser um caminho pela luta dos direitos coletivos de saúde da população.

Pelo exposto, questiona-se: Como se caracterizam as demandas judiciais ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, especialmente quanto ao acesso a medicamentos e a política de assistência farmacêutica brasileira?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil das demandas judiciais em Imperatriz-MA, especialmente no tocante ao acesso aos medicamentos e Política de Assistência Farmacêutica, no período de 2012 a 2014.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as decisões judiciais datadas no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, ajuizadas contra a Secretária Municipal de Saúde em Imperatriz-MA;
- Identificar os medicamentos e os componentes da Política de Assistência Farmacêutica da região de saúde estudada, alvos em maior grau de demandas judiciais;
- Apresentar as principais negativas ao acesso de medicamentos no âmbito da Assistência Farmacêutica;

1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O presente trabalho delimita-se ao estudo da influência do processo de judicialização da saúde, sobre a Política de Assistência Farmacêutica em Imperatriz-MA, entendendo judicialização da saúde como um recurso judicial que busca o cumprimento de um direito constitucional e que deve ser cumprido pelas instituições responsáveis, promovendo para tal, o conhecimento do perfil da judicialização da saúde em Imperatriz-MA, com foco no acesso a medicamentos e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, identificado o perfil das demandas ajuizadas no período compreendido de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, bem como suas origens e características.

1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Sendo a dignidade humana diretamente proporcional ao direito à saúde e este estar devidamente previsto pela Constituição Brasileira de 1988, (HOLTHE, 2008 LESSA; KAMIMURA; CORNETA, 2013) é obrigação do Poder Público, prover de medidas que sejam viáveis à recuperação de enfermos, prevenindo, mantendo ou tratando doenças, tal como as propostas da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Medicamentos, pois estas tratam do medicamento como um bem necessário para a saúde e dignidade humana, quando referido ao direito à saúde. A mesma política que propõem o tratamento é também aquela que baseada nas diretrizes do SUS, segue a integralidade, equidade e universalidade do acesso aos seus serviços. A integralidade é talvez, o menos compreendido destes princípios e por isso é constante alvo de impasses e discussões entre os poderes (VIEIRA, 2008).

Para Vieira (2008), observa-se que a distinção entre integralidade para o Poder Público e para o Poder Judiciário é impulsionadora da crescente demanda de ordens judiciais no Brasil, uma vez que estas representam pelo jurídico uma forma de protestar o direito à saúde, mesmo que para este Poder a integralidade esteja relacionada não a manutenção da assistência como um todo e para todos, mas sim, ao atendimento individualizado do paciente protestante, que enxerga na integralidade, o atendimento completo de todos os seus anseios, sendo eles os melhores ou não para sua saúde, ou estando ou não representados na Política.

A pesquisa leva à compreensão de como a Assistência Farmacêutica se comporta mediante a crescente demanda de ordens judiciais que atingem seu funcionamento e também, as interferências que estas podem provocar dentro de seu contexto de atuação e diretrizes. Busca-se com este estudo, contribuir para a diminuição do fenômeno da judicialização, ao passo que se promove uma discussão sobre o acesso a medicamentos e se discutem conceitos e dados relevantes à temática abordada.

1.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O presente trabalho foi organizado em cinco seções, visando a melhor compreensão acerca do seu conteúdo. Inicialmente, traz-se a primeira seção representada pela introdução, objetivos, delimitação, relevância e organização do trabalho. A segunda remete-se à revisão de literatura contendo as questões que envolvem o Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e os impasses existentes entre Poder Público e Judiciário no tocante ao fenômeno de Judicialização da Saúde.

A terceira seção aborda sobre a metodologia utilizada por esta pesquisa e em seguida, apresenta-se a quarta seção, onde estão os resultados e discussão, com a apresentação da caracterização das demandas judiciais ajuizadas contra a Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA entre os anos de 2012 a 2014 e às caracterizações das demandas específicas por medicamentos. A quarta trata-se da conclusão e fechamento do trabalho. E ao fim, apresentam-se as referências, apêndices e anexos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Os medicamentos devem ser entendidos como itens indispensáveis à saúde da população (BRASIL, 20014), logo, percebe-se a importância da existência de Políticas Públicas que viabilizem o acesso da população aos mesmos, considerando ser este, um direito constitucional no Brasil.

Para a compreensão da temática da Judicialização da Saúde, que se discute na presente pesquisa, a revisão de literatura apresenta inicialmente o entendimento acerca das Políticas Públicas e a ligação das mesmas com o desenvolvimento, passando pelos conceitos que emergem do Sistema Único de Saúde brasileiro e das Políticas que visam o acesso a medicamentos no país. Contempla-se ainda, o direito ao acesso a medicamentos do ponto de vista do poder Judiciário e os impasses gerados entre este e o Poder Público.

2.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O DESENVOLVIMENTO

Compreende-se que as Políticas públicas são conjuntos de programas, ações e/ou atividades desenvolvidas pelo Estado, onde existe a participação direta ou indireta dos entes públicos ou privados, e estes por vez, buscam assegurar determinados direitos e critérios de cidadania, correlacionando estes aos seguimentos social, cultural e étnico. Assim, políticas públicas representam os direitos assegurados constitucionalmente nos mais variados seguimentos da sociedade (TEIXEIRA, 2002).

Os elevados níveis de pobreza no Brasil, as imensas disparidades identificadas na distribuição renda e a deficiência de oportunidades de inclusão social e econômica, auxiliaram na última década, no fortalecimento das desigualdades sociais. Entretanto, ao mesmo passo, aumentou-se o conhecimento da população acerca da democracia e as funções, até então desenvolvidas pelo Estado, sofreram diversas alterações (BARROS, HENRIQUE; MENDONÇA, 2001).

Diante então, de sua explícita obrigação em promover o bem estar entre a sociedade, os governos passaram a utilizar as Políticas Públicas como um mecanismo para fomentar este direito legítimo, visto que estas representam em conjunto, uma série de ações capazes de agir nas mais variadas áreas de serviços à

sociedade, tais como a educação, saúde, meio ambiente e desenvolvimento social (GONÇALVEZ; MARTINS, 2015).

Para Sen (2010) a liberdade representa fim e meio para o desenvolvimento e este último pode ser prejudicada a partir das restrições que tornam as pessoas e/ou população, pobres de oportunidades. Expandir a liberdade torna-se então uma prioridade, visto que se busca a retirada das restrições às pessoas, e se oferece às mesmas uma ação racional que suplemente sua realidade, promovendo o desenvolvimento.

O desenvolvimento representa um processo de ampliação das liberdades das quais a população tem acesso, assim, as liberdades humanas relacionam-se com as oportunidades que o desenvolvimento pode oferecer, sejam eles o crescimento econômico, a melhoria das rendas pessoais, a ampliação da tecnologia, do ramo industrial ou da modernização social. Com base em tais afirmações, Sen (2010), elenca cinco tipos distintos de liberdades instrumentais, sendo elas: as liberdades políticas (representadas pelo direito do voto e livre expressão), as facilidades econômicas, as oportunidades sociais e o acesso aos serviços de saúde e educação, e por último a segurança protetora.

Sen (2010) descreve que as liberdades se interligam umas às outras e a exemplo cita-se as liberdades políticas e econômicas, que se reforçam. Têm-se ainda as oportunidades de educação e saúde que se complementam à econômica e política e conseqüentemente levam às iniciativas na área. Entretanto, atualmente ainda se tem uma realidade em que ocorre a persistência da pobreza, a fome e subnutrição, a violação das liberdades políticas e liberdades básicas, tais como a saúde e educação, um desprezo pelas atividades das mulheres, e ainda, ameaças ao ambiente e à sustentabilidade social e econômica.

Já os direitos políticos e civis dão às pessoas a oportunidade de chamar a atenção eficazmente para necessidades gerais e exigir a ação pública adequada. A ação pronta e eficiente do governo depende, muitas vezes, das pressões da sociedade. E, para que as pressões sejam exercidas, é preciso que haja liberdade. Ou seja, o desenvolvimento, tal como o entende Sen, é indissociável da liberdade. Nesse aspecto, considera-se que a liberdade deve ser estendida em particular à mulher, à qual o autor dedica um capítulo. De receptoras passivas de auxílio para melhorar seu bem-estar, as mulheres são vistas cada vez mais, tanto pelos homens como por elas próprias, como agentes ativos de processo de mudança: promotoras dinâmicas de transformações sociais que podem alterar suas vidas, quanto à de seus dependentes e das próprias mulheres (RIBEIRO; MENEZES, 2008, p. 52).

As Políticas públicas representam meios para se alcançar as liberdades descritas por Amartya Sen e posteriormente para se implantar o desenvolvimento, visto que estas costumam ser explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos, que neste caso, são representados por leis, programas, linhas de financiamento entre outros. Para a aplicação das Políticas Públicas geralmente os recursos são provenientes do poder público. Deve existir uma compatibilidade entre os anseios e as necessidades da população, para que as ações sejam desenvolvidas para a sociedade. O não desenvolvimento de Políticas Públicas representa uma omissão por parte do Poder Público (TEIXERA, 2002).

Segundo, Carvalho (2008, p. 5), entende-se que as “[...] Políticas Públicas são um conjunto de ações e decisões do governo, voltadas para a solução (ou não) de problemas da sociedade [...]”. Sendo assim, a criação destas Políticas nada mais é que as respostas às demandas e principais necessidades da sociedade e que estas se dão por ações, metas e planos estabelecidas pelos poderes políticos e seus governantes, a fim de que se alcance e sacie as expectativas do interesse público e promova o bem estar da sociedade. Ressalta-se, no entanto, que cabe aos tomadores de decisão, representantes do Poder Político, filtrar as principais demandas e estabelecer as respostas apropriadas a cada uma delas.

As políticas públicas são um processo dinâmico, com negociações, pressões, mobilizações, alianças ou coalizões de interesses. Compreende a formação de uma agenda que pode refletir ou não os interesses dos setores majoritários da população, a depender do grau de mobilização da sociedade civil para se fazer ouvir e do grau de institucionalização de mecanismos que viabilizem sua participação. É preciso entender composição de classe, mecanismos internos de decisão dos diversos aparelhos, seus conflitos e alianças internas da estrutura de poder, que não é monolítica ou impermeável às pressões sociais, já que nela se refletem os conflitos da sociedade (TEIXEIRA, 2002, p. 5).

Observa-se que a privação de qualquer uma das liberdades sociais, representa um empecilho para o Desenvolvimento. Para Ribeiro e Menezes (2008) a privação de liberdades também esta ligada à carência de serviços públicos e de assistência social. É necessário que a sociedade reivindique aquilo que lhe é de mais interesse, e que as Políticas Públicas sejam soluções apresentadas pelo Governo, para sanar os problemas da mesma.

Palmeira e Lechner (2010) tratam as políticas públicas como formas de efetivação dos Direitos Fundamentais, assim elas são ações dirigidas e destinadas à diminuição das desigualdades.

[...] à busca de consenso, por parte do Estado, entre os diversos interessados, envolvendo a sociedade civil. Esse processo conduz ao conceito de política pública.

A Política Pública, pois, visa assegurar o redirecionamento da sociedade, isto é, garantir que as mutações por ela geradas propiciem o bem estar do conjunto de sua população. Tem, portanto, mais do que paliativa, uma natureza preventiva e organizativa da sociedade (PALMEIRA; LECHNER, 2010, p. 2).

Boneti (2006, p.12) fala que as políticas públicas podem visar o desenvolvimento em diversos campos da sociedade:

Entende-se por políticas públicas o resultado da dinâmica do jogo de forças que se estabelecem no âmbito das relações de poder, relações constituídas pelos grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil [...]. Elas podem ter os mais variados objetivos, portanto podem visar o desenvolvimento nos campos econômico, social, cultural, podendo, ainda, ser implementadas a fim de reparar danos causados por políticas anteriores. Não deixando para trás o fato de também servem para impedir conflitos. As políticas estão diretamente ligadas à questão da cidadania.

2.1.1 Políticas Públicas e Políticas de Saúde

Para Sousa e Batista (2012), o entendimento das Políticas Públicas de saúde, se inicia a partir do momento em que se consideram as desigualdades e injustiças inerentes ao sistema capitalista. Entende-se que as Políticas Públicas de proteção social existem para amenizar as distinções existentes na sociedade. Têm-se atualmente políticas públicas voltadas à segurança pública e alimentar, saúde, educação, transporte, transferência de renda, habitação, entre outras.

O despertar para as Políticas de Saúde no Brasil se deu no século XIX, quando as primeiras leis sociais foram criadas e onde também se deu início aos movimentos sanitários, que em longo prazo, destacam-se como pontos-chave para o desenvolvimento da maior política de saúde do país, o Sistema Único de Saúde (SUS). O Brasil, desde a época das reformas sanitárias, passou por intensas e necessárias mudanças políticas e econômicas (SOUSA; BATISTA, 2012).

Para Paim (2009), o Brasil era antes da criação do SUS, um Estado que em nada corroborava com a saúde de seu povo, visto que o individualismo sobressaía à

noção de coletividade adotada hoje pelo Sistema de Saúde vigente. O Estado, apenas intervia, quando ocorriam graves casos em que o cidadão não conseguia resolver em sua individualidade, ou quando a questão de saúde pudesse se transformar em uma epidemia e/ou prejudicar a economia. Entretanto, o crescimento desenfreado das cidades, bem como a distribuição demográfica da população, fez que com a saúde se tornasse um problema social, que conseqüentemente, apresentava-se como um entrave ao desenvolvimento do país.

Para Sousa e Batista (2012), o SUS representa a formalização da conquista constitucional do direito de todos à saúde e uma oportunidade única para permitir a mais de 140 milhões de brasileiros o acesso à mesma. Tem-se no SUS, uma política pública definida na Constituição Brasileira que estabelece as ações e os serviços públicos de saúde, formando uma rede e constituindo um sistema único.

Paim (2009) ressalta que o SUS possui caráter institucional, e um sistema complexo, dotado de ambulatórios, centros de saúde, laboratórios, hospitais da rede privada e pública e que mesmo descentralizada aos municípios e Estados, o gestor principal é o Ministério da Saúde. Define-se ainda, o SUS como um sistema dotado de ações e serviços públicos voltados à saúde, com características de regionalização, hierarquização, descentralização, integralidade e participação social, a fim de organizar os serviços de saúde e fomenta-los a população.

2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UMA CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

É possível começar a descrição do Sistema Único de Saúde brasileiro, dizendo que sem a Reforma Sanitária vivida pelo país nos anos 80, o SUS não teria a conformidade e estrutura que apresenta hoje. O processo de Reforma Sanitária serviu como um impulsionador para mudanças. Observou-se, na época, que o sistema de saúde vigente, não respeitava a Dignidade Humana, imposta pela Constituição da República Federativa Brasileira (CRFB/88) e que os critérios, objetivos e diretrizes do antigo sistema não colaboravam com as necessidades de saúde da população (PAIM, 2009).

O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira ou Movimento Sanitário (ESCOREL, 1999) foi ainda mais intensificado na década de 80, pois se estava diante de uma crise econômica mundial e de uma crise política das ditaduras, ainda

persistentes em muitos países da América Latina. Os anos 80 ficaram conhecidos também como “a década perdida” onde ocorreu grande estancamento e retrocesso econômico, com grandes pressões da dívida externa e da inflação. Os gastos sociais foram reduzidos por causa das políticas de ajuste fiscal, cujas consequências foram a deterioração dos serviços públicos e da qualidade de vida, além de uma desaceleração importante na melhoria dos indicadores de saúde, com ampliação das desigualdades regionais (COHN, 1997).

Segundo Gerschman (1995), com o Movimento Sanitário Brasileiro, foi possível se obter uma resposta à proposta de reformulação do Sistema de Saúde, com a ocupação de espaços nas instituições da saúde, permitida pelo processo de transição democrática. O projeto de Reforma Sanitária criticava o modelo dominante, de crescimento do setor privado financiado pelo setor público, que teria levado à deterioração, ineficiência e crise do sistema público de saúde no Brasil (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Este projeto, de profunda reformulação do até então vigente Sistema de saúde, foi confirmado no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, em 1986, que enfim conseguiu hegemonizar a idéia de um sistema nacional de saúde universal, público e sob a responsabilidade do Estado. Apoiado pelo movimento social. O relatório da 8ª CNS foi tomado como base pelos constituintes para elaboração do capítulo sobre saúde da Constituição Nacional (GERSCHMAN, 1995).

A Constituição Federativa da República Brasileira de 1988 deixa claro em seu Art. 196 que o conceito de saúde foi ampliado e transformado em direito social de cidadania:

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)

Com base nesta afirmativa, foi proposta uma reformulação do Sistema de Saúde vigente, procedendo então para criação do Sistema Único de Saúde (SUS), dada através da Lei de nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dando inclusive outras providências. (BRASIL, 1990).

Observa-se então, que o SUS é uma política Pública de Saúde completamente embasada por um conjunto de Leis e normas que regem a base jurídica do país e articulam seus princípios, tal qual o Art. 196 da CRFB/88, anteriormente citado.

Para Teixeira (2011, grifo do autor, p.1):

O SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma Política de Estado, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a Saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado.

As políticas sociais públicas, tal qual o SUS, representam linhas ou estratégias de ação coletiva, do estado e da sociedade para intervenção na realidade, a fim de concretizar os direitos de cada cidadão (cidadania), pois como esses direitos são abstratos, elas atuam como mediadoras na concretização de tais. O SUS relaciona-se ainda, com o respeito à seguridade social, visto que esta compreende um conjunto de ações, vindos da iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, para que se assegurem os direitos relativos à saúde, a previdência e a assistência social (BRASIL, 2002).

Atualmente o Sistema Único de Saúde brasileiro é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Abrangendo desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos, atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros (BRASIL, 2015).

Para Teixeira (2011) o Sistema Único de Saúde Brasileiro assumiu e consagrou em sua estrutura os princípios doutrinários fundamentais, da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde (FIGURA 1). Estes representam a imagem que o Sistema deveria passar a ter, no período pós Reforma Sanitária, tomando o antigo modelo de Sistema de Saúde como exemplo de como ele não deveria ser. Para os brasileiros, esta mudança representou uma maneira capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral.

Brasil (1990) definiu o SUS como uma nova forma política e organizativa dos serviços e ações de saúde no país e que o mesmo deveria ser visto como um

sistema em construção. O Sistema passou a ser chamado de único, pois segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território brasileiro, uma vez que deve ser gerenciado pelas esferas do governo federal, estadual e municipal e gerar a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Como princípios doutrinários, o sistema de saúde brasileiro apresentou a universalidade, a equidade e a integralidade. O primeiro trata-se da garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, visto que o usuário do sistema passou a ter direito a todos os serviços de saúde, sejam eles prestados diretamente pelo poder público ou por empresas privadas que prestam serviços ao SUS. A Equidade visa por vez, complementar e assegurar ações e o desenvolvimento de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, onde quer que o paciente resida, sem diferencia-lo, sem colocar restrições e de modo a atendê-lo em todas as suas necessidades. E por último, a integralidade, que se trata da execução de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, entendendo o ser humano de forma integral e em todos os seus anseios. (BRASIL, 1990).

Acrescentam-se ainda, à estrutura do SUS, os chamados “princípios finalísticos” ou organizativos (TEIXERA, 2011, p. 02), que se relacionam com a natureza do sistema e como este deve estar formado e organizado. Representam a estratégia do sistema, para que se promova o respeito à diretrizes políticas, organizativas e operacionais do mesmo, buscando sua institucionalização, que abre caminho por fim à sua sustentabilidade. Estes princípios são o da Descentralização, Regionalização, Hierarquização e a da Participação social. (FIGURA 01)

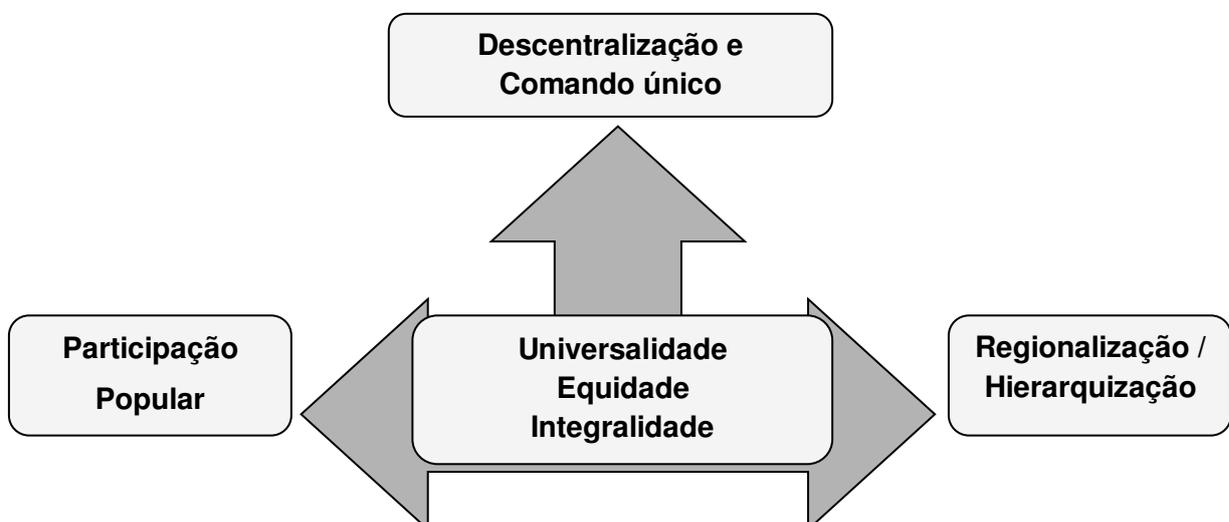


Figura 1. Doutrinas e Princípios organizativos do SUS
Fonte: Adaptado de Sousa e Batista, 2012.

Sá (2002, p. 20) define os princípios fundamentais do SUS:

O princípio da universalidade é a garantia do acesso irrestrito, igualitário e gratuito às ações e serviços para todas as pessoas; a integralidade significa considerar as pessoas como um todo, atendendo suas necessidades em todos os níveis de complexidade da assistência, com ações e serviços de promoção, proteção e recuperação; enquanto o objetivo da equidade é reduzir as desigualdades, com ações prioritárias e maiores investimentos para os mais necessitados, visando à redução do risco de doença e outros agravos para alcançar maior justiça social.

Cita-se ainda que de acordo com o artigo 6º, caput, da Constituição Brasileira, seguida de disposições contidas nos artigos 196 a 200, o direito a saúde constitui-se como um direito fundamental de todo e qualquer cidadão. Este deve ser fornecido forma integral, gratuita, universal e igualitária, deixando a cargo do Poder Público o direito do subjetivo de prestar assistência à saúde (BRASIL, 1988).

Com a implantação do SUS, ao ser instituído o princípio da universalidade, eliminaram-se as barreiras formais, ampliando-se o acesso à saúde para toda a população, que passou a ter direitos até então restritos aos contribuintes da Previdência Social. (LUCCHESI, 1996). Porém, para que os princípios do SUS, que se relacionam entre si, pudessem ser concretizados efetivamente, tornava-se necessária à redução das desigualdades regionais e a ampliação da cobertura dos serviços de saúde, para que estes fossem ofertados o mais próximo possível da população (FALEIROS, 1997).

Surge então a necessidade de compreensão também dos princípios finalísticos do SUS, em que segundo Teixeira (2011), a descentralização da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (MS) para os estados (SES) e municípios (SMS), a Regionalização e Hierarquização dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades de unidades) entre si e com a população usuária. A integração relaciona-se as atividades promocionais, preventivas e curativas de modo a contemplar as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde em vários planos de sua “história (natural) social”. Porém, todos estes, sem a Participação social, podem perder o foco, pois esta representa o mecanismo ampliado de tomadas e decisão.

A descentralização foi uma estratégia necessária para que a saúde chegasse baseada na universalidade, equidade e integralidade a cada um dos brasileiros,

permitindo a esses o direito a um maior acesso a saúde, visto que nem sempre é possível ao município executar sozinho todos os serviços de saúde (BRASIL, 1990).

[...] Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - é o que se chama municipalização da saúde (BRASIL, 1990, p. 5).

Para tanto, o sistema de saúde é hierarquizado, pois se defende que a hierarquização se apresenta como um princípio administrativo que dispõem entre os entes do poder público, federal, estadual ou municipal, uma subordinação recíproca, onde cada um possui uma determinada escala de autoridade. (SEIXAS, 1999 apud KAMIMURA; OLIVEIRA, 2013). Visando obedecer ao sistema hierarquizado de prestação de serviços de saúde, os mesmos organizam-se como tal, de forma que questões menos complexas sejam atendidas em centros de menor complexidade, onde por exemplo, Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizam atendimentos básicos, unidades especializadas realizam atendimentos que requerem complexidade intermediária, e hospitais especializados e de grande porte, ficam responsáveis por atendimentos que demandem alta complexidade (CARVALHO, 2002).

Assim como a riqueza de cultura, o Brasil também é rico em desigualdades regionais, se somado a isso, a implantação do SUS, bem como sua continuidade, podemos observar dificuldades (BRASIL, 2009). Geralmente, grandes processos organizativos requerem maior esforço, demandam tempo e estratégias operacionais, assim aconteceu com o SUS e seu longo período de implantação. Sá (2002) afirma que o processo de implantação dos princípios e diretrizes condutores do SUS foi bastante lento, principalmente pelas dificuldades políticas enfrentadas. Como dito anteriormente, a institucionalização do SUS, só ocorreu em 1990, mediante a aprovação da Lei Orgânica da Saúde – LOS (Leis 8080 e 8142) e já no ano de 1991 foi lançada, repleta de informações contraditórias, a Norma Operacional Básica do SUS (NOB 01/91), para que esta servisse como o instrumento regulador do sistema.

Jardanovski e Guimarães (1994), afirmam que as dificuldades para efetivação da política de saúde do SUS têm raízes na própria história de desigualdades das

políticas econômicas e sociais, que sempre conduziram a construção do país. Neste contexto, a organização dos serviços de saúde ocorre de forma assistemática, privilegiando os centros urbanos mais desenvolvidos e áreas consideradas estratégicas para o interesse capitalista. A concentração dos investimentos em áreas mais afluentes, associado à má distribuição de renda, compromete a eficácia e eficiência da política de saúde no alcance de maior justiça social.

Como uma política de inclusão social, potencialmente capaz, o SUS deve buscar por meio dos seus atores ativos, a constante melhora, com respeito às suas diretrizes e estratégias e renovando-se à medida que as necessidades de saúde da população se alteram, visto que, o seu perfil relaciona-se diretamente com a gestão pública e a vivência, expressividade e reais necessidades de saúde da população brasileira, ou seja, sua eficácia, eficiência e efetividade (BRASIL, 2010).

2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS (PNM)

Aprovada pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos, representou para o Brasil um marco em termo de assistência à saúde. Passou-se a enxergar a necessidade do Sistema Único de Saúde dispor de uma política que estivesse completamente relacionada à questão dos medicamentos, tornando-os insumos essenciais à saúde. Quando aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, os órgãos e entidades ligadas ao Ministério da Saúde, que possuíam correlação com esta política, obrigatoriamente passaram por uma elaboração ou readequação em seus planos, programas, projetos e atividades, de forma que respeitassem as diretrizes, prioridades e responsabilidades apresentadas por esta política (BRASIL, 1998).

Justificou-se a aprovação desta política, em virtude das próprias características observadas no Sistema Único de Saúde brasileiro, em que os serviços de saúde englobam desde estabelecimentos públicos, como as unidades de atenção básica e o setor privado de prestação de serviços, até centros hospitalares de alta complexidade, representando um montante de serviços que buscam atender as necessidades da população brasileira, de modo a buscar a melhoria da qualidade de vida desta (BRASIL, 2004).

O SUS não possui ainda uma distribuição regular de serviços, como pregam os princípios da universalidade e descentralização, somando-se à isto, tem-se um perfil epidemiológico bastante variável no país, onde é possível observar doenças e agravos típicos de países desenvolvidos, ao passo que se tem também a presença de doenças crônico-degenerativas, aumento da morbimortalidade, em resposta ao insucesso do combate à violência, reaparecimento ou não de doenças que foram consideradas “extintas” mediante vacinação e controle, Doenças Sexualmente Transmissíveis e o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (CESSE, 2007).

Para Brasil (2001) este conjunto de fatores está diretamente relacionado ao consumo crescente de medicamentos no Brasil e que estas alterações quantitativas e qualitativas acerca do consumo destes, podem ser reflexos dos indicadores demográficos do país. É necessário ressaltar, que o uso irracional de medicamentos, também é uma variável que reflete sobre a demanda aumentada destes.

Para Bonfim (1997), o consumo de medicamentos no Brasil tem dimensões estruturais, políticas, sociais e históricos culturais. Compreender a relação da utilização dos medicamentos com estas dimensões é necessário para que se possa garantir à população uma terapêutica racional, segura e com custos acessíveis.

De acordo com os princípios e estratégias do SUS, Margonato (2006, p. 28) afirma que:

Diversos são os setores da sociedade que têm responsabilidade direta ou indireta sobre a utilização de medicamentos: a esfera nacional, a esfera estadual e a esfera municipal de governo, a indústria farmacêutica, os distribuidores de medicamentos, as farmácias, os prescritores (médicos e dentistas), os dispensadores (farmacêuticos), os demais profissionais de saúde e o paciente ou usuário de medicamentos.

Com base nestas informações, foram traçadas as diretrizes da PNM, e estas estão dispostas na Portaria do Ministério da Saúde nº.3.916 de 30 de outubro de 1998, que entre outras coisas, dispõem:

Para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, atuando em estreita parceria, deverão concentrar esforços no sentido de que o conjunto das ações direcionadas para o alcance deste propósito estejam balizadas pelas diretrizes a seguir explicitadas (BRASIL, 1998)

Sobre essas diretrizes e conseqüentemente suas prioridades, Brasil (2001, p. 12-21) as divide e classifica, conforme demonstrado no Quadro 1.

DIRETRIZES	PRIORIDADES
Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais	Relaciona-se à formulação do elenco de medicamentos essenciais que são classificados como básicos e indispensáveis à saúde da população
Regulamentação Sanitária dos Medicamentos	Enfatiza sobre as normas para registros de medicamentos e autorização de funcionamento para empresas e estabelecimentos envolvidos em suas dispensações.
Reorientação da Assistência Farmacêutica	Foca-se de reorientação a Política de Assistência Farmacêutica em toda a federação de modo a descentraliza-la, e promove o uso racional de medicamentos, otimização da eficácia de distribuição, redução de preços/custos e ao fim desenvolver ações que viabilizem o acesso da população aos medicamentos.
Promoção do Uso Racional de Medicamentos	Concede atenção especial a informações relativas ao uso de medicamentos, dados sobre correta prescrição médica, auxiliando ainda nos tratamentos e evitando a automedicação.
Desenvolvimento Científico e Tecnológico	Aborda o incentivo à busca contínua de tecnologias de formação farmacêutica, incentivo a pesquisas da área, com concomitante capacitação e desenvolvimento tecnológico nacional.
Promoção na Produção de Medicamentos	Estimula a produção de medicamentos que se encontram estabelecidos pela RENAME, tanto por laboratórios privados como por laboratórios federais.
Garantia de Segurança, eficácia e qualidade de medicamentos	Garante o cumprimento da regulamentação sanitária a fim de garantir a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos.
Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos	Promove a contínua capacitação e desenvolvimento do pessoal que se relaciona à PNM.

Quadro 1 - Diretrizes e Prioridades da Política Nacional de Medicamentos no Brasil

Fonte: adaptado de Brasil, 2001, p. 12-21

Percebe-se, que a Política Nacional de Medicamentos é dotada de multisetorialidade e que esta deve ser constantemente avaliada e reformulada, para continuar e/ou buscar o atendimento conforme os princípios do SUS, a fim de

contribui para viabilização da distribuição de medicamentos em geral (BARBOSA; TENÓRIO; SOUZA, 2010).

2.4 A POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PNAF): CRIAÇÃO, FUNÇÃO E DIRETRIZES.

Segundo um parecer da Advocacia Geral da União (AGU), publicado em 2012, a CRFB/88 em seus artigos 6º, 196º, 23º, inc. I, 24º, inc. XII e, 30º, incs. I e II, assegura a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país o direito à saúde, o qual deve ser concretizado mediante políticas públicas, a partir da conjugação de esforços dos diversos entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), para findar na construção de um sistema público de saúde que seja único, regionalizado e hierarquizado, e tenha como diretrizes a participação da comunidade, o atendimento integral e a execução descentralizada das ações e serviços de saúde, mantendo assim a prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 2012).

A lei 8.080/90, que institucionalizou o SUS nos artigos 7º, inc, II; art. 6º, incs. I, alínea “d”; art. 6º, inc. VI e art. 6º, inc. VII, demonstra, que a integralidade da assistência designa o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e inclui, no âmbito de atuação do SUS, “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica , levando em conta ainda “a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção e o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, colocando claramente, o medicamento como um instrumento indispensável para a garantia do direito à saúde (BRASIL, 1990).

Visando respeitar a dignidade humana, bem como o seu direito à saúde, incluiu-se no SUS a Política Nacional da Assistência Farmacêutica (PNAF) e terapêutica, regulamentada em 30 de outubro de 1998, pela Portaria n.º 3.916, mediante publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM). Esta se definiu como uma parte essencial da Política Nacional de Saúde e constitui-se, até os dias atuais, como um grupo de elementos cruciais para a implementação de ações

capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Seus objetivos primordiais foram de garantir a necessária a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, ao menor custo possível, à promoção o uso racional dos medicamentos e em assegurar o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica, conforme afirmado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), na Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004, representa:

O conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (CNS, 2004, p. 39).

As suas diretrizes respeitam as predefinições outrora estabelecidas pelo SUS, bem como a adoção da relação de medicamentos essenciais, da regulamentação sanitária de medicamentos e a promoção do seu uso racional, a reorientação da assistência farmacêutica, o desenvolvimento científico e tecnológico, a promoção da produção de medicamentos, a garantia da segurança, a eficácia e qualidade dos medicamentos e o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1999).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica apresenta-se como uma das políticas públicas mais complexas, uma vez que esta se envolve diretamente, tanto com outras da mesma linha, a exemplo da Política Nacional de Medicamentos, que estabeleceu a RENAME, como com o próprio sistema público de saúde (SUS) delineado pela Constituição Federal de 1988. A AF é ainda norteadora de políticas setoriais e que findam com suas ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e com garantia do respeito aos princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2004).

A operacionalização da PNAF, e a execução de suas ações e serviços são fundamentados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, fixados na Lei Orgânica de Saúde nº8.080/90. A adoção da RENAME representa um dos eixos estratégicos da PNAF, e racionaliza a dispensação de medicamentos em três

níveis de complexidade, iniciando-se com os medicamentos básicos, passando pelos medicamentos excepcionais (alto custo) e em nível terciário, como os medicamentos estratégicos (SANT'ANA, 2011).

As ações que envolvem a AF, são reconhecidas por possuírem um grande poder de impacto dentro do assistencialismo à saúde no Brasil, e, ainda por este motivo os marcadores epidemiológicos se fazem necessários dentro da aplicabilidade desta política, pois através destes, a assistência farmacêutica é capaz de promover a disponibilidade dos medicamentos de acordo com a necessidade da população. Além disso, busca a atualização e a padronização das intervenções terapêuticas e dos esquemas de tratamento.

Para Marin (2011), um dos fortes impulsionadores para o reconhecimento acerca da importância das ações da AF, diante dos serviços de saúde fornecidos pelo SUS, foi a verificação do que se era gasto com medicamentos, e quão elevados eram os valores a serem pagos e estes, por vez, não estavam somente relacionados com a aquisição dos medicamentos, mas também ao uso inadequado, o qual aumentava o número de internações hospitalares, contribuindo para altos custos com medicamentos. Antes da implantação da Política Nacional de Medicamentos, juntamente com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a aquisição de medicamentos mostrava-se insustentável, e para a reversão deste quadro a Política de AF foi criada, mediante a reformulação da PMN.

A assistência farmacêutica brasileira iniciou-se a partir da grande oferta de medicamentos no mercado farmacêutico. Uma das primeiras políticas implantadas foi a criação da CEME, como forma de controlar o gerenciamento dos medicamentos. Assim, a assistência farmacêutica no Brasil era entendida somente como a aquisição e a distribuição de medicamentos, sendo feita de forma centralizada (MARIN, 2011, p. 28).

Percebeu-se que a farmacovigilância e o uso racional de medicamentos, ambos preceitos da AF, poderiam e podem evitar agravos à saúde, e com isso os gastos com tratamentos posteriores poderiam ser diminuídos. Então, a partir do momento em que os medicamentos começaram a ter um maior impacto nos serviços de saúde, maior relevância foi dada à assistência farmacêutica. Marin (2011) diz que, além disso, percebeu-se que outros aspectos, como farmacovigilância e uso racional de medicamentos, podiam e podem evitar os agravos que o uso incorreto de

medicamento pode provocar, foi então que houve a percepção no Brasil que estas também faziam parte da assistência farmacêutica.

As políticas relacionadas à assistência farmacêutica foram evoluindo de acordo com a saúde no Brasil. Com a criação do Sistema Único de Saúde, SUS e seus princípios, um dos principais enfoques foi a descentralização da assistência farmacêutica e o acesso da população aos medicamentos (PORTELA, 2010).

Segundo Marin (2011) é crescente a preocupação com a seleção e prescrição de medicamentos, principalmente os que podem minimizar os transtornos de saúde. Para o autor, mesmo que as políticas de medicamentos estejam sempre correlacionadas com as políticas de saúde, os gastos com as mesmas são sempre muito maiores. Em resposta a estes fatos é que foi elaborada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, RENAME, além de recomendação do uso racional de medicamentos, considerado um pilar para a AF.

Brasil (1998) afirma que a estruturação da Assistência Farmacêutica é vista como um dos grandes desafios para os gestores e profissionais do SUS, uma vez que a mesma possui um modelo de organização e na forma de gerenciamento específico. De forma alguma a AF deve limitar-se apenas à aquisição e distribuição de medicamentos.

É requisito básico para sua implementação a elaboração de planos, programas e atividades específicas que estejam de acordo com as competências estabelecidas para cada esfera de governo. O processo de descentralização, advindo do arcabouço do SUS, exige que os gestores aperfeiçoem e busquem novas estratégias, com propostas estruturantes que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo o acesso, o uso racional e a integralidade das ações, bem como a criação da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

Sendo o SUS um sistema de saúde com princípios finalísticos da universalidade equidade e integridade, observa-se a relação existente entre o mesmo e a Política de Assistência Farmacêutica, pois a Universalidade representa o processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que os mesmos sejam acessíveis a toda a população, rompendo, se necessário, barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais, levando a melhoria da qualidade de vida à população (TEIXEIRA, 2011).

A Equidade, por vez, trata de assegurar a recuperação da saúde por meio de ações e serviços, em todos os níveis de complexidade, considerando o cidadão como um todo, tanto na saúde individual, quanto coletiva e reconhecendo que as desigualdades existem e devem ser respeitadas (BRASIL, 1990).

A Integralidade remete ao entendimento de que cada pessoa é integrante de uma comunidade, sendo assim, existem ações para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, que devem ser compartilhadas implicando na construção de um conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde, visto que, mesmo considerando sua individualidade, cada cidadão deve contemplar os direitos de receber assistência de um sistema também integral (BRASIL, 1990).

Ressalta-se ainda, outros princípios do SUS que devem ser identificados e considerados diante das políticas de saúde, tal como fez a AF, sendo eles a Descentralização, Regionalização, Hierarquização, Integração e também a Participação Social. Todos estão relacionados às diretrizes políticas, organizativas e operacionais do Sistema, implicando na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (MS) para os estados (SES) e municípios (SMS).

A Regionalização e Hierarquização dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades de unidades) entre si e com a população usuária. A integração relaciona-se as atividades promocionais, preventivas e curativas de modo a contemplar as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde em vários planos de sua história (natural) social. Porém, todos estes, sem a Participação social, podem perder o foco, pois esta representa o mecanismo ampliado de tomadas e decisão (TEIXEIRA, 2011).

Braga (2012) afirma que esta descentralização é um fato polêmico relacionado com a assistência farmacêutica, pois muitos dos municípios brasileiros não possuem profissionais capacitados para se adequarem as diretrizes, objetivos e ações de assistência farmacêutica. Observa-se que a capacidade de gestão e seu planejamento adequado são de extrema importância para a continuidade e desenvolvimento da Assistência Farmacêutica.

A assistência farmacêutica no Brasil, no seu âmbito total, ainda não é concreta. Apesar de existirem ações que têm em vista outros aspectos, e

não somente a aquisição e distribuição de medicamentos, como a promoção do uso racional de medicamentos, a existência de normas para a regulamentação sanitária, visando à segurança e qualidade de medicamentos, é essencial o entendimento, tanto dos profissionais de saúde quanto da população, que esses fatores são importantes para o estabelecimento de uma assistência farmacêutica efetiva (PORTELA, 2010, p. 11).

Para Barreto e Guimarães (2010), as condições da assistência farmacêutica nos municípios brasileiros ainda estão bem distantes daquelas que seriam necessárias para a correta e boa execução e manutenção deste programa, ou seja, sua sustentabilidade. Ainda se observam problemas referentes à implantação da PNM, apontando principalmente, para problemas na organização das atividades voltadas para o medicamento. Este fato pode ser um reflexo histórico do descaso já existente para com o setor de assistência farmacêutica no âmbito do SUS e um fator de atraso para a melhora do financiamento e incentivos.

É necessário que todos os que participam do ciclo da assistência farmacêutica, representado pelas etapas de seleção, programação, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, contribuam para a sua efetivação. (MARIN et al., 2003). Por teoria, esses conjuntos de participantes ativos ajudam a compor as dimensões da capacidade de gestão Assistência Farmacêutica, relacionada profundamente com as características organizacionais, operacionais e sustentáveis da AF, quanto uma política pública de saúde.

Um dos princípios fundamentais da AF é o uso racional de medicamentos, cujo se define como um processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 2001). Esta definição ampla reconhece que promover o uso racional de medicamentos é um desafio que depende de vários fatores, dentre eles, educação, informação adequada aos médicos, equipes de saúde e consumidores.

É fundamental compreender a Assistência farmacêutica como uma das bases do modelo Assistencial de saúde existente no Brasil. Sobre isso e os serviços de saúde, Araujo et al., (2008, p. 612), comentam que:

De modo geral, entende-se que um serviço de boa qualidade é aquele que cumpre os requisitos estabelecidos de acordo com os recursos disponíveis,

satisfazendo as aspirações de obter o máximo benefício com um mínimo risco para a saúde, proporcionando o bem-estar dos usuários. Por conseguinte, a qualidade da atenção à saúde pode ser caracterizada pelo grau de competência profissional, pela eficiência na utilização dos recursos, pelo risco proporcionado aos pacientes, pela satisfação dos usuários e pelo efeito favorável na saúde.

2.4.1 Os componentes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica

A demanda por medicamentos é sempre crescente, e entende-se que a utilização cada vez maior destes insumos, ocasiona um grande impacto financeiro no SUS e concomitantemente na Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2007).

Para Romanelli (2007) em países como o Brasil, onde os serviços de saúde visam pelo atendimento universal, o aumento nos custos com a saúde, especialmente aqueles destinados à aquisição de medicamentos, causam preocupação. Porém, com criação da Assistência Farmacêutica no Brasil e sua estruturação com finalidade de organização e categorização dos recursos para a compra de medicamentos, os gastos voltados para estes puderam ser melhores acompanhados e organizados com base em componentes e nas necessidades da população.

[...] para o Brasil, o termo Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde” essenciais (VIEIRA, 2010).

O financiamento da AF é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e pactuado através da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Este modelo de financiamento esta regulamentada através da Portaria do Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 204/2007 (BRASIL, 2007), atualizada pela Portaria GM/MS nº 837/2009 onde de acordo com a mesma, os recursos federais são repassados na forma de blocos de financiamento, dentre estes, se inclui o Bloco de Financiamento da Política de Assistência Farmacêutica, que é constituído por três componentes:

COMPONENTE	RESPONSABILIDADE
Componente Básico	Destinado à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados deste nível de atenção.
Componente Estratégico	Financiamento para o custeio dos medicamentos destinados ao tratamento de patologias que, por sua natureza, possuem abordagem terapêutica estabelecida, entre elas a tuberculose; hanseníase; malária; leishmaniose; doença de Chagas; e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais dos Programas de DST/Aids; hemoderivados; e dos imunobiológicos. Com a publicação da Portaria GM/MS n. 3237/ 2007 (BRASIL, 2007), relacionada à regulamentação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, a partir de janeiro de 2008, passam a integrar este componente os medicamentos para os programas de combate ao tabagismo e de alimentação e nutrição. Este componente é financiado pelo Ministério da Saúde, que adquire e distribui os insumos a ele relacionados.
Componente Especializado	Componente que aprimora e substitui o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, e tem como principal característica a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, de agravos cujas abordagens terapêuticas estão estabelecidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde. Estes PCDT estabelecem quais são os medicamentos disponibilizados para o tratamento das patologias contempladas e a instância gestora responsáveis pelo seu financiamento.

Quadro 2 – Componentes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica

Fonte: Adaptado de Brasil, 2001

2.4.2 A Política Nacional de Assistência Farmacêutica e sua interface com o princípio da Integralidade.

Respeitando os princípios constitucionais do SUS, a integralidade em saúde compreende três ideais inter-relacionados: enxergar o paciente como um todo, e não apenas como portador de uma doença específica; integrar ações preventivas com ações curativas; e integrar todos os níveis operacionais de atenção à saúde (primário, secundário e terciário). A integralidade aqui não significa dar a cada um o que este afirma necessitar, sem qualquer critério ou limite, muito menos implica para

o Estado a obrigação de disponibilizar ao usuário do SUS todas as tecnologias de saúde disponíveis no mercado, pois as necessidades de saúde são infinitas e os recursos orçamentários para custeá-las são sempre limitados. Por este fator, a Constituição Federal exige uma Administração Pública responsável e comprometida com os resultados, baseada nos princípios da moralidade, impessoalidade e eficiência (BRASIL, 2012).

A Lei n. 12.401 de 28 de abril de 2011, inserida na Lei n° 8.080/90, aborda que a disponibilização de medicamentos deve ser feita, prioritariamente, com base em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PDCT). Cabe aqui a ênfase do art. 19-M, da referida Lei:

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravamento à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado (BRASIL, 2011).

Uma vez insistente a possibilidade de entrega do medicamento, conforme os PCDT's, a mesma deve ser feita em conformidade com a relação de medicamentos essenciais, que ainda segundo a Lei n. 12.401 de 28 de abril de 2011, art. 19-P, novamente afirma:

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite; III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2011).

Segundo Vieira (2008) o fenômeno da judicialização da saúde vem em contraponto a todos estes princípios, uma vez que o Poder Judiciário compreende a integralidade mais associada à noção de consumo, apoiando-se no princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, para garantir o acesso a medicamentos, procedimentos de alto custo e que incluem o uso de modernas tecnologias.

O fenômeno da judicialização da saúde envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos. Os vínculos entre Direito e Saúde Coletiva intensificaram-se nas últimas décadas, com a consolidação de jurisprudências e intervenções do Poder Judiciário na gestão de saúde, inclusive no que se refere à Assistência Farmacêutica (AF) (VIEIRA, 2008).

O processo judicial, individual e coletivo, contra os Poderes Públicos, teve início na década de 90, com as reivindicações das pessoas vivendo com HIV/AIDS para medicamentos e procedimentos médicos não previstos em programas assistenciais. As reivindicações fundamentam-se no direito constitucional à saúde, que inclui o dever estatal de prestar assistência à saúde individual, de forma integral, universal e gratuita, no Sistema Único de Saúde (SUS), sob a responsabilidade conjunta da União Federal, estados e municípios. (RIOS, 2003; VENTURA, 2003; SCHEFFER et al., 2005 apud VENTURA, 2010).

É interessante ressaltar que a seleção de um grupo de medicamentos, denominados essenciais, previstos na RENAME, muitas vezes, o principal alvo da judicialização, nada mais é do que a criação de categorias de medicamentos com a melhor relação custo-benefício para determinadas condições patológicas e que refletem as necessidades coletivas, pois se considera uma perspectiva epidemiológica. Trata-se de um exercício de inteligência clínica e gestão que compõem as políticas de Assistência Farmacêutica e de medicamentos no Brasil. (HOGERZEIL, 2004; PEÑA, 2000 apud SANT'ANA, 2009).

No Brasil, é notória a existência de demandas judiciais que sobressaem à existência dessas Políticas Públicas que visam o tratamento de doenças, fazendo assim, com que o direito a saúde seja apenas relacionado à oferta de medicamentos e não a ações que promovam a prevenção e cura de doenças e agravos. Demonstra-se que mesmo baseados no princípio do comprimento da Constituição, essas demandas apontam para distorções que podem surgir dos interesses da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos e da conduta não ética de alguns médicos que justificam suas prescrições a partir de critérios clínicos não bem definidos (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2013).

2.5 DA SAÚDE AO DIREITO À SAÚDE

Para Scliar (2007), contemporaneamente, a saúde apresenta-se como uma questão de cidadania e de justiça social, que vai muito além de um estado biológico. Os principais documentos nacionais e internacionais acerca do tema consagram a caracterização de saúde como um completo estado de bem-estar, e não a mera ausência de doenças, incorporando também a concepção de que a situação de saúde é determinada pelas condições de vida e de trabalho dos indivíduos, pela conjuntura social, econômica, política e cultural de determinado país.

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças (SCLIAR, 2007, p. 2).

O direito à vida e à saúde são reconhecidos no mundo todo, como os mantenedores da dignidade humana e parte integral dos direitos humanos. Porém a falta de concordância no entendimento destes direitos, bem como o correto fornecimento deles à população ocasionou e continua ocasionando uma separação entre a Lei e a vivência na prática por milhões de pessoas ao redor do mundo. O art. 196, da Constituição Federal de 1988, aquele que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado, logo, observa-se que a saúde está relacionada diretamente à inviolabilidade do direito à vida (RIBEIRO, 2011).

Em 1946 os Estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU), declaram através da Organização Mundial da Saúde, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que existem princípios que são basilares para a felicidade dos povos, bem como para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança, onde a saúde é definida como um estado que vai além da ausência de qualquer doença e é representada pelo bem-estar físico, mental e social de maneira completa (OMS, 1946).

A saúde de qualidade é um dos principais componentes da vida, sendo assim, é um pré-requisito para a existência do ser humano (BUSS, 2000). Observa-se facilmente a conexão existente entre saúde e o direito à vida. Muitos doutrinadores demonstram que a saúde é um direito de primeira geração, ou seja, é talvez o mais importante dentre eles. O direito a saúde é um direito fundamental e indispensável para uma vida com dignidade, “vale dizer que os direitos fundamentais e, acima de

tudo, a dignidade da pessoa humana ao que se referem, são indissociáveis, estando no centro o discurso jurídico constitucional” (FLUMIAN, 2008, p. 05).

A Constituição Federal de 1988 aborda a dignidade da pessoa humana como o valor maior do Estado, tendo em torno dele, os demais direitos, sendo assim, os direitos fundamentais, incluindo aí os direitos sociais, os guardiões da dignidade humana (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2008).

É notória, a associação do direito à saúde com os direitos fundamentais e os direitos humanos, portanto a compreensão destes faz-se necessária. Para Sarlet (2005, p. 35):

[...] o termo direitos fundamentais se aplica para aqueles direitos do ser humano e reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que a expressão direitos humanos guardaria relação com os documentos de direito internacional, [...] independente de sua vinculação com determinada ordem constitucional [...] de tal sorte que revelam um inequívoco caráter supranacional [...]

É imprescindível entender que o direito à saúde deve ser encarado como direito fundamental social subjetivo, e que, caso o Estado não realize sua promoção, este pode ser tutelado judicialmente de modo a alcançar sua concretização. Ressalta-se que ao se atribuir a determinados direitos a qualificação como um direito fundamental é de suma importância preocupar-se conscientemente com sua prática. Todo direito fundamental, bem como é o caso da saúde é uma norma de caráter de princípio lógico. Este tipo de direito possui foco na força normativa e, sua aplicação ultrapassa casos pontuais e específicos, pois busca promover a máxima eficácia dos valores garantidos pela Constituição Federal (GANDINI, BARIONE e SOUZA, 2008).

A saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. O direito à vida rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperam. As ações e serviços de saúde são de relevância pública, por isso ficam inteiramente sujeitos à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público (SILVA, 2010, p.796).

Para Figueiredo (2007), a proteção do ser humano tornou-se objeto e objetivo do constitucionalismo, inicialmente foi sob a forma de direitos do homem, depois como direitos humanos e, finalmente, como direitos fundamentais. Camargo (2014), afirma que uma vez que os direitos sociais levaram centenas de anos para serem positivados e entendidos, e é responsabilidade da sociedade atual efetivá-los de forma que possam atender cada dia mais uma gama maior de indivíduos, garantindo

a estes, uma existência digna e com felicidade. O direito à saúde é essencial para que se efetivem outros direitos, pois este se trata de um direito fundamental, bem como o direito à vida e a liberdade, visto que, sem saúde, não existem existe bem-estar físico e mental e, portanto a dignidade estará comprometida.

2.6 A DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE E A GESTÃO MUNICIPAL

O processo de descentralização, advindo do arcabouço do SUS, exigiu que os gestores aperfeiçoassem e buscassem novas estratégias, com propostas estruturantes que garantissem a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população e levando a promoção da integralidade das ações de saúde. (BRASIL, 1998). Em outras palavras, a descentralização da gestão do sistema implicou na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (MS) para os estados (SES) e municípios (SMS). Ocorreu uma redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de Gestão, apoiando-se nas características políticas e administrativas do SUS em seus respectivos territórios (Nação, Estado ou Município), conseqüentemente, ocorreu a transferência de recursos financeiros, humanos e materiais para controle dos gestores correspondentes.

Seguindo o preceito da descentralização da saúde proposta pelo SUS, a Lei Orgânica (LO) do município de Imperatriz, no Estado do Maranhão, promulgada em 06 de abril de 1990, dispõem acerca do direito à saúde em seus artigos 140 a 144, enfatizando que:

Art. 140. A saúde é direito de todos os munícipes e dever do Poder Público, garantida mediante políticas sociais, econômicas e ambientais, que visem à eliminação do risco de doenças e outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (IMPERATRIZ, 1990, p. 32).

Observa-se o anseio em uma saúde concreta e que seja pautada em políticas públicas que abranjam as mais variadas diferenças e que atenda o paciente de forma igualitária, baseado nos mesmos princípios que fundamentam o funcionamento do SUS no Brasil. Para Góis (2009) o Direito à saúde é um direito prioritário, porém, trata-se do direito a uma saúde com qualidade de direito do ser humano, e não à prestação de uma saúde qualquer. A aceitação ética, cultural e

individual, assim como na competência profissional de todos que lidam diariamente com a prática nos serviços de saúde é que determina a sua qualidade.

Destaca-se, também na Lei Orgânica de Imperatriz, seu Art. 141, cujo afirma que o município integra, juntamente com União e o Estado com os recursos da seguridade social, o Sistema Único Descentralizado de Saúde. Segundo Gomes (2004), a descentralização da gestão preconizada pelo SUS, levou os municípios a assumirem a responsabilidade direta pela atenção à saúde, bem como a manutenção, gerenciamento e aplicação dos recursos destinados à efetivação digna e essencial do direito à saúde, promovendo intensas modificações.

Acerca da descentralização do SUS e do repasse de recursos e responsabilidades a cada município, os incisos I, II, IV e V do Art. 141 da L.O de Imperatriz, reforçam, concomitantemente, o atendimento integral a saúde, com prioridades para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais, da participação da comunidade, da integridade na prestação das ações e serviços de saúde e da organização dos distritos sanitários com alocação de recursos, tanto técnicos quanto práticos, que estejam adequados à realidade epidemiológica local, reconhecendo assim, que a saúde deve prover de métodos preventivos e que está intrinsecamente ligada às condições ambientais do município e sua rede sanitária.

Sobre isso, Góis (2009, p. 02) ressalta:

O Fundo Municipal de Saúde surge como solução para a satisfação do direito à saúde no âmbito da competência de cada esfera do Poder. Não se admitindo de nenhuma forma a omissão homicida que tem caracterizado a realidade sanitária brasileira; as filas dos hospitais; as pessoas morrendo e sendo amputadas todos os dias. Desta forma a saúde pública fica condicionada e intimamente relacionada com as condições ambientais dos municípios. Daí a necessidade de uma maior preocupação no sentido de higienizar as cidades, quanto aos serviços públicos de limpeza e coleta dos lixos.

Na gestão pública municipal as demandas por atenção à saúde são apresentadas pela população, e assim, a oferta e o acesso aos serviços de saúde, devem ser oferecidos de acordo com as necessidades da população local (VIEIRA, 2008). Trata-se de uma rede complexa de ações que envolvem a gestão municipal e as políticas públicas voltadas para a efetivação do direito à saúde. A Constituição Federal de 88, em seus Artigos. 23, incisos II e VII e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, regulamentam que os Municípios terão a responsabilidade de cuidar da saúde de seus munícipes, cabendo ao Estado e à União a cooperação financeira e

técnica, quando preciso, na implantação e organização das tarefas relacionadas à esse serviço. A legislação de cada município deve ajustar-se aos princípios organizacionais do SUS, tanto em suas Leis Orgânicas, como em seus Planos Municipais de Saúde (DALLARI et al., 1996).

Exemplificando-se, o Título II, ainda da Lei Orgânica de Imperatriz, proclama sobre a competência do município em seus Artigos 7 e 8, sendo de responsabilidade do Município de Imperatriz prover de tudo que se relacione e respeite, ao interesse e o bem-estar de sua população, incluindo serviço de atendimento à saúde da população, promovendo-o, no que lhe couber e cuidando da saúde e da assistência pública, protegendo e garantindo também as pessoas portadoras de deficiência de qualquer natureza, além de guardar, proteger e promover programas de construção de moradia, fomentando assim, condições habitacionais e saneamento básico, imprescindível à manutenção da saúde (IMPERATRIZ, 1990).

O direito e a justiça devem permear as relações administrativas dos Poderes Executivos locais, tanto na aplicação, quanto na concretização do Direito à saúde, e que esses sejam baseados nos planejamentos para a implantação dos Direitos Sociais, especialmente a saúde. A realidade deve ser adequada à vivência e características de cada município, bem como as necessidades sentidas pelos seus munícipes, objetivando-se o reestabelecimento da harmonia desejada, a partir da justiça social (GÓIS, 2009).

2.7 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

O fenômeno conhecido como Judicialização da Saúde, teve início no Brasil, no final da década de 1990, quando a luta relacionada aos direitos dos portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) teve início. Desde então, os entraves judiciais relacionados ao acesso à saúde ou ao seu direito, tem promovido crescentes discussões entre os juristas, políticos, profissionais e gestores da saúde, visto que representam a reclamação por bens, tutelas e serviços de saúde na justiça. Direito esse, conhecido como o direito à saúde e ao seu acesso, constitucionalmente ofertado aos brasileiros pela CRFB/88 (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Uma vez que a consumação dos direitos ligados à saúde podem ser dados através de bens materiais ou serviços, e algo lhe é negado, o ser humano tem a

tendência, direito e capacidade básica de protestar. No caso em estudo, as demandas judiciais representam justamente esta tentativa de aproximação ao direito à saúde e suas atribuições. No Brasil, a própria CRFB/88 exige dos Poderes Públicos medidas que viabilizem a pronta recuperação dos enfermos, em todas as suas especificidades, sendo assim, pode se entender que outra causa para o aumento das demandas judiciais pode apenas estar refletindo a deficiências e insuficiências do Poder Público em manter a funcionalidade de suas políticas Públicas, pautadas nos princípios do Sistema Único de Saúde e do Poder Judiciário em compreender a existência destas políticas públicas para estes fins.

Andrade et al., (2008), indica, através de estudos sobre judicialização da política de saúde no Brasil, que o principal bem tutelado nas instancias do poder judiciarios, são os medicamentos. Entretanto, existe também as demandas judiciais que reclamam outros bens, onde o paciente reclamante, busca apoio juridico para garantir acesso à outros serviços fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS)

Para Diniz, Medeiros e Schwartz (2012), a Política Nacional de AF enfrenta, concomitantemente a isso, variados desafios que relacionam-se ao seu arcabouço, à sua operacionalização - diante de seus Protocolos Clínicos e Diretrizes-, à constante renovação ou atualização das listas oficiais de medicamentos, a dificuldade ou escassez de recursos, à urgencia das solicitações judiciais, e até mesmo como falhas internas ou a falta de compreensão do Poder Judiciario sobre as suas regulamentações.

Diante disto, Sant'Ana (2011), ressalta a importância e necessidade de promover as ações estruturantes da AF, visto que suas diretrizes e ações para execução fundamentam-se nos princípios norteadores do SUS no Brasil. A PNAF atende desde a atenção básica de saúde, até o seu nível terciário.

Ainda segundo Sant'Ana (2011), entende-se que com a relação de direitos e deveres instituída pela da Constituição Brasileira, bem como as normas e leis que regulamentam a PNAF, o cidadão passou a ter o direito à saúde como algo muito mais próximo e subjetivo. Este passou a ser contemplado pelo acesso á saúde e não um mero espectador deste. Ao paciente, disponibiliza-se a possibilidade de tutela judicial individual e coletiva do direito à assistência à saúde, seja por mecanismos ou instrumentos de garantia e promoção de direitos, tal qual as demandas judiciais. A tutela judicial, em casos de omissão estatal ou resposta inadequada à necessidade

de determinado cidadão, representa um mecanismo de embate entre os avanços que foram alcançados pelo sistema jurídico e pelo de saúde. O Quadro 3 apresenta as principais Leis e Normas legais que regulamento a PNAF no Brasil.

TITULO	Nº	DATA	EMENTA	ORIGEM
Constituição Federal	-	5/out/1988	-	Assembleia Nacional Constituinte
Lei Federal	8.080	19/set/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	Poder Legislativo Federal
Portaria	3.916	10/nov/1998	Aprova a Política Nacional de Medicamentos	Poder Executivo (Ministério da Saúde)
Resolução	338	6/mai/2004	Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica	Poder Executivo (Conselho Nacional de Saúde)
Portaria	204	29/jan/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	Poder Executivo (Ministério da Saúde)
Portaria	1	2/jan/2015	Aprova a nona edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)	Poder Executivo (Ministério da Saúde)

Quadro 3 - Principais Leis e Normas legais que regulamentam a Assistência Farmacêutica no Brasil

Fonte: Adaptado de Sant'Ana, 2011

O grande desafio para a gestão da saúde e para o sistema de justiça, em especial o poder judiciário, é o ambiente de desigualdade onde se desenvolvem esses avanços — um ambiente de pobreza e de necessidades essenciais de saúde não satisfeitas por longa data. É evidente, portanto, que a simples judicialização da demanda não é suficiente para reduzir as desigualdades em saúde. O potencial da reivindicação judicial se assenta na possibilidade de dar acesso imediato ao cidadão a um direito garantido e de impelir os gestores da saúde a ampliar e adequar as políticas à demanda social, melhorando assim o acesso e a própria qualidade da assistência farmacêutica (SANT'ANA, 2011, p.140).

Em uma relação específica com a área da saúde, o fenômeno da judicialização tem se mostrado como uma garantia de acesso aos bens e serviços

que por vezes são negados à parcela da população que utiliza o Sistema Único de Saúde. Entretanto, o aumento demasiado das demandas judiciais tuteladas contra o poder público, entre outras coisas, inviabiliza a previsão de gastos, fator crucial no que tange à aquisição de medicamentos por parte dos municípios. Os gestores do SUS, nos âmbitos, municipal, estadual e federal, buscam resolver esses impasses, pois devido seu caráter multifacetado, a judicialização da saúde instiga as respostas efetivas por parte dos representantes do setor da saúde e de justiça (CHIEFFI. BARATA, 2009).

Reis, Araújo e Cecílio (2013) afirmam ainda que, outro problema ocasionado pelas demandas judiciais é o fato de que os estratos mais pobres da população, com menos acesso a um advogado, acabam sendo preteridos em relação àqueles com melhores condições econômicas, resultando na iniquidade apontada pelo autor.

Na judicialização, ao que tange à integralidade da Assistência Farmacêutica, o que se encontra em debate é a reivindicação do fornecimento de medicamentos que não atendem aos critérios estabelecidos pelo Poder Público, tais quais a não adesão aos PCDT's, posologias que não se aplicam à ao medicamento, medicamentos sem registro no Brasil junto à ANVISA, ou destinado à novos tratamentos. A falta de medicamentos por vezes é explicada por problemas de gestão da AF, bem como a escassez de recursos. Concomitantemente, a efetividade da PNAF, como política de saúde, esta relacionada à sua maior eficiência de gastos, fato esse, que justificaria a necessidade de se fazer valer as diretrizes propostas pelas Políticas Públicas.

Appio (2007) fala que autores como John Hart Ely e Klaus Günte afirmam que as demandas judiciais ferem as Diretrizes do SUS. Entretanto, outros, como Bruce Ackerman, afirmam que é legítimo o controle exercido pelo poder judiciário sobre as políticas públicas, visto que juízes representam uma maneira de ampliar o debate acerca do conteúdo da Constituição e em muitas vezes o fazem valer.

Observam-se incansáveis discordâncias em diversos estudos sobre a presente temática. Ressalta-se que a falta de entendimento por parte do poder judiciário, e do poder executivo assumem grande responsabilidades pela crescente demanda de tutelas judiciais. A falta de concordância entre estas partes, e as divergências que surgem principalmente no que tange aos princípios e diretrizes do

SUS, não contribui em nada com a racionalização do problema da judicialização (PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012).

Existe a necessidade de um olhar multidisciplinar sobre o fenômeno da judicialização, para que os aspectos políticos, sociais, éticos, jurídicos e sanitários sejam abordados em conjunto e que o acesso à saúde seja visto de forma realmente, universal, integralizada e com equidade e não como um bem de valor, específico para os pacientes tutelados (PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012).

2.7.1 As percepções do Poder Judiciário e a defesa do direito à saúde *versus* a integralidade.

Para Ventura et al., (2010) a resposta judicial tem-se limitado a determinar o cumprimento pelos gestores de saúde da prestação requerida pelos reivindicantes, respaldados por uma prescrição médica individual. Porém, nem sempre o insumo ou procedimento requerido é concordante com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), estabelecidas pelas instâncias do SUS, bem como o faz a Lei Nº 12.401/2011. Tal posicionamento do Judiciário tem resultado em uma forte tensão e discussão sobre a legitimidade e a competência técnica e/ou legal-institucional do poder judicial, para decidir sobre o conteúdo e o modo como a prestação estatal deve ser cumprida pelo Executivo da Saúde. Esta deliberação, a princípio, é de competência dos Poderes Executivos em conjunto com as instâncias deliberativas da gestão administrativa do SUS, considerando as implicações orçamentárias e técnicas que envolvem a incorporação de tecnologias na assistência à saúde individual e coletiva.

É de suma importância ressaltar as ponderações acerca dos efeitos negativos do fenômeno da judicialização da saúde sob três principais ângulos. O primeiro demonstra que o deferimento absoluto de ordens judiciais pode ampliar as diferenças de acesso no sistema público de saúde, infringindo princípio do SUS, pois favorece aqueles que têm maior possibilidade de reclamar sua demanda judicialmente, em contrapartida aos que não possuem acesso à justiça. Aponta-se neste quesito o comprometimento ainda, do princípio de integralidade, uma vez que ações individualizadas não se estendem às demais pessoas com as mesmas

condições patológicas daquela reclamante (MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Para Pepe (et al.,2010) o segundo refere-se às dificuldades na gestão da AF, propriamente dita, uma vez que as respostas mais rapidamente possíveis prestadas às demandas judiciais, não estão previstas no planejamento dos serviços, o que acaba levando o poder público a utilizar de procedimentos de compra não usuais neste tipo de administração, levando por fim, a um maior gasto na aquisição destes medicamentos.

O terceiro refere-se à segurança do paciente em razão de possíveis prescrições inadequadas, onde é possível observar tanto a presença de medicamentos novos, ou com novas indicações terapêuticas, e até mesmo medicamentos sem evidências científicas que comprovem e garantam sua utilização. Tais fatos promovem o desrespeito às relações de medicamentos estabelecidas por União e Municípios e favorecem a introdução e utilização de novas tecnologias e fármacos de forma insegura e desregulada, fato esse que em muitas vezes, se dá pela forte influência da indústria farmacêutica sobre as prescrições médicas (ANGELL, 2007).

Santos (2006) confirma os preceitos impostos pela Constituição e SUS informando que não há possibilidade de se atender as demandas cada vez maiores e mais sofisticadas da sociedade, caso o sistema de saúde público não possua organização, parâmetros, critérios epidemiológicos, protocolos, critérios de incorporação de tecnologia e limites de gastos. Mas, também alega que não podemos ter ingenuidade de acreditar que os governos não tentam mitigar o direito à saúde mediante diversos subterfúgios e que assim, existem sempre os dois lados da moeda. Baptista (et al., 2009), aponta que alguns estudiosos afirmam existir um efeito benéfico entre o acesso à justiça e à saúde, uma vez que se gera sobre o estado um “sentimento” de responsabilização mediante a constante necessidade de desenvolvimento de procedimentos adequados para a incorporação, compra e distribuição de procedimentos terapêuticos pela rede pública.

São inquestionáveis os efeitos que a CRFB/88 promoveu sobre os direitos e deveres do Estado, principalmente no tocante ao direito social. Porém, a constante atuação do Poder Judiciário e Ministério Público têm revelado que ainda existem inconsistências e contradições na normativa do SUS ou de suas políticas, caso

contrário, não seriam observadas cada vez mais demandas judiciais que entram em desacordo com a atuação do Poder Executivo. Porém, caminha-se para a resolutividade destes impasses, a medida que a Carta Maior da Federação vem passando por constantes aperfeiçoamentos, principalmente aqueles que tentam atender às necessidades democráticas, a partir da melhor organização das instituições políticas (BAPTISTA et al., 2009).

2.8 AS AÇÕES JUDICIAIS E A DESCONSIDERAÇÃO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para Pepe (et al., 2010) a RENAME representa uma importante lista elaborada por meio da seleção de medicamentos, inserida na Política Nacional de Medicamentos e apresenta-se como a base para a elaboração de listas contendo medicamentos nos níveis estadual e municipal, uma vez que apresenta até a segunda opção terapêutica para as doenças de maior prevalência no Brasil. No entanto, as ordens judiciais para o fornecimento de medicamentos não selecionados, em geral, desconsideram a importância desta etapa, tanto para o paciente como para o bom funcionamento do sistema de saúde e duas distintas formas de interferência podem surgir, onde a primeira é aquela que causa supressão na etapa de seleção de medicamentos e a segunda a que pressiona o sistema de saúde, por meio das ordens judiciais, a selecionar determinado medicamento para a lista oficial pública, fazendo com que a política de Assistência Farmacêutica se ajuste à demanda do poder Judiciário.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, enfatizam sobre a disponibilização de medicamentos no sistema de saúde brasileiro. Quando esta disponibilização de medicamentos não puder ser feita com base nos PCDT, a mesma deverá acontecer com base na relação de medicamentos essenciais. Entretanto os mandados judiciais interferem neste ponto, tanto em questões administrativas como orçamentárias, uma vez que determinam a entrega de medicamentos e insumos que não são de responsabilidade do ente federativo, réu na ação judicial, ou quando de responsabilidade do réu, porém não programado ou pactuado nos seus programas (PEPE et al., 2010).

Para Leivas (2006), no atual debate jurídico, a sinergia entre saúde e direito, na garantia do cidadão ao acesso à justiça e acesso à saúde, teria sua melhor

compreensão se a eficácia do direito à saúde for a mais ampla possível, devendo ao poder Judiciário, ponderar direitos, bens e interesses em jogo, para dessa forma, fixar o conteúdo da prestação devida pelo estado. Bem como, caberia ao Juiz analisar com base nas informações prestadas pelo ente federativo, se existem ou não opções terapêuticas, através do SUS, que possam ser aplicadas às necessidades do paciente que protesta, ou se a prescrição medica apresentada é a melhor opção para o paciente e ainda se a mesma é respaldada em evidências científicas, tais quais as que são pré-requisitos para a inclusão de medicamentos na Relação Nacional de Medicamentos. Messeder et al., (2005) considera ainda que este conjunto de ações e o respeito às PCDT podem representar fatores importantes para a diminuição das demandas judiciais.

Porém, Pepe et al., (2010) diz ainda que até mesmo os estudos que focalizam os efeitos negativos da atuação do poder judiciário no sistema de saúde, reconhecem que existe uma grande disparidade entre a oferta e o que o cidadão demanda, bem como a utilização de novas tecnologias no sistema público, e que estes fatores geram um déficit que precisa ser solucionado, considerando ainda a escassez de recursos e a justa distribuição dos mesmos.

No Brasil, o direito à saúde no Brasil possibilita concluir que a ineficácia desse direito fundamental e social, deve-se muito mais a questões ligadas à implementação e à manutenção das políticas públicas de saúde já existentes do que à falta de legislação específica, deixando o entendimento que o problema maior esta no poder executivo e suas ações dentro das políticas públicas já existentes. (SARLET et al., 2008 apud LESSA; KAMIMURA; CORNETA, 2013). Por outro lado, sabe-se que para se garantir a oferta de medicamentos de qualidade, existem atividades e objetivos, bem como os inclusos nas diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, e que com o crescente número de novas ordens judiciais, essas atividades ficam prejudicadas.

Para Santos (2006) as decisões judiciais, quando ultrapassam seus limites de conhecimentos, interferem negativamente na organização e implementação do SUS, colocando em risco os seus princípios e também ajudando indiretamente o aumento da demanda das indústrias farmacêuticas. Essas se aproveitam de prescrições médicas, que fogem ao principio da ética, para dessa forma pressionar e coagir as políticas voltadas à aquisição e dispensação de medicamentos. O objetivo maior é

que determinados medicamentos sejam incluídos nas listas oficiais de medicamentos, com auxílio da pressão ou frequente número de ordens judiciais que protestem a entrega de tais medicamentos.

Para tanto, observa-se a inegável necessidade de uma melhor relação entre o poder Judiciário e o Público, afim de que possa se estabelecer um ponto ou objetivo em comum entre as partes, sempre em defesa do cidadão, protestante dos seus direitos à saúde, respeitando-se tanto o direito constitucional à saúde, como a existência de políticas públicas formuladas para a prestação de saúde à população. Pois, quando as demandas judiciais, sobressaem ao direito de acesso a saúde, de forma coletiva e integral, o poder Judiciário, não somente protesta em individualidade, como fere os direitos pleiteados na constituição.

A coletividade deve ser respeitada, pois foi com base nela que se formularam políticas de saúde dentro do Sistema de Saúde brasileiro (FLEURY, 2012). Com ações judiciais que respeitem a existência de políticas públicas, o caminho a ser percorrido para a correção das mesmas e melhor compreensão entre os poderes, será mais bem elaborado e percorrido e o acesso da população a serviços de saúde, bem como medicamentos, será resguardado.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Quanto aos objetivos, esta pesquisa apresenta-se como exploratória e descritiva. Para Dencker (1998) a pesquisa exploratória é aquela que possui, de certo modo, flexibilidade, pois se relaciona a aspectos como o levantamento bibliográfico, articulação e crítica das variadas abordagens a partir da exaustiva busca por referências. No que tange a pesquisa descritiva, Minayo (2007) a coloca como uma forma descrever as características de determinadas populações ou fenômenos.

Quanto à abordagem, o presente estudo trata-se de uma pesquisa com característica quantitativa, pois, a mesma representa uma forma de tradução de números em informações a fim de facilitar a compreensão do fenômeno estudado. As abordagens foram dadas, por meio da análise documental de demandas judiciais originadas no período de janeiro 2012 à 2014 na macrorregião estudada.

No que tange à característica quantitativa, Minayo (2007) e Lakatos (2001) consideram que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.).

Quanto ao delineamento da presente pesquisa, tem-se uma análise documental, representando segundo Minayo (2007) uma pesquisa de materiais que não receberam tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa (LAKATOS; MARCONI, 2003).

3.2 ÁREA DE REALIZAÇÃO

A área de realização da presente pesquisa é o município de Imperatriz – MA, que se enquadra hoje como a segunda maior cidade do Estado do Maranhão, possuindo segundo estimativas do IBGE (2014) 252.320 habitantes. Estende-se pela margem direita do rio Tocantins, sendo cortada pela rodovia Belém-Brasília. Imperatriz possui área territorial de 1369,02 Km², densidade demográfica de 180,82

hab/Km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,731(ADH, 2013). O Município também desempenha o papel de pólo energético, ligado a várias cadeias produtivas, como a de ferro-gusa, celulose e cereais, tendo grande importância na agropecuária, estabelecendo assim o segundo maior centro econômico do Maranhão, atrás apenas da capital (FUNDAÇÃO VALE, 2010).



Figura 2 – Mapa de Maranhão, com destaque para Imperatriz-MA
Fonte: Google, 2015

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A cidade de Imperatriz - MA é considerada uma macrorregião de saúde pelo Ministério da Saúde, pois além dos seus limites demográficos extensos, possui uma maior capacidade de resolutividade e apresenta-se como referência para os quarenta e um municípios da macrorregião, uma vez que funciona como centro prestador de serviços, sejam eles relacionados à saúde, ou bens e consumos.

A população estudada na pesquisa documental compreende 673 ordens judiciais ajuizadas no período entre os anos de 2012 a 2014, contra Imperatriz-MA e representada pela Secretária Municipal de Saúde.

3.4 INSTRUMENTO(S)

O instrumento para a coleta refere-se a uma pesquisa documental, cuja coleta de dados compreende a análise das demandas judiciais arquivadas no banco de

dados do Setor Jurídico da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA e a retirada das variáveis propostas pelo presente estudo.

Os documentos analisados tratam-se das pastas referentes a cada processo ajuizado contra a SEMUS, visto que configurada como réu, todos os altos processuais chegam ao setor jurídico desta secretaria. Nestes, foi possível localizar os processos expedidos e os relatos de casos dos pacientes, receitas e/ou solicitações médicas, laudos médicos, documentos pessoais referentes aos requerentes pela ação judicial, comprovantes de residência, notas fiscais referentes à atendimentos médicos, hospitalares ou serviços afins e ainda relatórios de internação hospitalar.

Para Minayo (2007) uma pesquisa é documental quando é elaborada a partir de materiais que não receberam tratamento analítico.

No que remete a este estudo documental e descritivo, com abordagem quantitativa, caracterizou-se ações ajuizadas contra o município entre os anos de 2012 a 2014. As variáveis retiradas individualmente de cada demanda judicial relacionam-se: ao ano de ajuizamento da ordem, o beneficiário (idade e sexo), representante judicial (advogados, defensoria pública ou promotorias), vara judicial de tramitação e tipos de pedidos (medicamentos, materiais correlatos, nutrição-alimentação, cirurgias, leitos de Unidade de Terapia Intensiva, adulto, neonatal e pediátrica, consultas médicas, exames especializados e Tratamento Fora de Domicílio - TFD) (Anexo C).

Posteriormente à caracterização das demandas ajuizadas contra o município, tem-se a triagem das ordens ajuizadas em busca de medicamentos, possibilitando assim, uma classificação dos fármacos mais reclamados judicialmente, bem como dos seus componentes de dispensação através da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, sendo eles, os componentes Básico, Estratégico e Excepcional.

A identificação dos medicamentos e programas alojados dentro da Política de Assistência Farmacêutica da região de saúde estudada fez-se necessário para a compreensão dos fatores que levaram à ocorrência do fenômeno de Judicialização.

3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para a devida autorização à coleta de dados, o trabalho passou por aprovação no Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade de Taubaté,

associada à Plataforma Brasil e regulamentado pela Resolução CNS nº 196/96, e posteriormente à sua aprovação foi direcionada à Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz – Setor Jurídico, uma carta de apresentação desta pesquisadora, acompanhada de uma cópia anexada do projeto de pesquisa, com o objetivo de se tornarem claras as finalidades deste estudo.

A coleta documental teve como base de pesquisa o período de janeiro de 2012 à dezembro de 2014, a fim de se obter maior representatividade de dados

A coleta de dados se deu mediante a análise manual e individual de cada demanda judicial arquivada pelo setor jurídico da Secretária de Saúde de Imperatriz, sempre na companhia dos advogados prestadores de serviço neste órgão. É válida a informação que o referido setor não possui nenhum tipo de programa informatizado para a geração de dados que remetem à judicialização, logo o tempo destinado à retirada de dados das demandas tornou-se maior.

3.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS

Os dados oriundos da pesquisa quantitativa foram analisados individualmente e tiveram todas as variáveis propostas na pesquisa, extraídas e separadas por categorias. Conforme explica Servo, Bervian e Silva (2007) análise, a partir da classificação ordenada dos dados, do confronto dos resultados das tabelas e das provas estatísticas.

As variáveis estudadas por meio da pesquisa documental remetem-se ao ano de ajuizamento da ordem, o beneficiário (idade e sexo), representante judicial (advogados, defensoria pública ou promotorias), vara judicial de tramitação e tipos de pedidos (medicamentos, materiais correlatos, nutrição-alimentação, cirurgias, leitos de Unidade de Terapia Intensiva, adulto, neonatal e pediátrica, consultas médicas, exames especializados e Tratamento Fora de Domicílio-TFD).

Logo após o conhecimento e identificação das demandas judiciais analisadas, realizou-se uma triagem das mesmas em busca de medicamentos, a fim de possibilitar uma classificação dos fármacos mais reclamados judicialmente, bem como dos seus componentes de dispensação através da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, sendo eles, os componentes Básico, Estratégico e Excepcional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletados dados oriundos de 673 ordens judiciais, no período compreendido entre os anos de 2012 a 2014. Durante o ano de 2012 o total de ações ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz foi de 285, em 2013 o total apresentou um leve declínio, totalizando 230 demandas e em 2014, com diminuição expressiva, totalizou em 158 demandas. Os resultados estão expostos por meio de tópicos e tabelas que facilitam o entendimento das demandas, bem como o caminho percorrido para a judicialização.

Inicialmente, caracterizaram-se as demandas ajuizadas contra a Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz e, posteriormente, passa-se à caracterização das demandas judiciais por medicamentos e classificando-os de acordo com os componentes da Assistência Farmacêutica. Os resultados encontrados pela pesquisa documental são discutidos no decorrer deste tópico, mesclados às tabelas e quadros confeccionados para a descrição dos dados.

4.1 O CONTEXTO DA SAÚDE EM IMPERATRIZ-MA

Imperatriz-MA está situada às margens do Rio Tocantins, ficando ainda, no encontro das Rodovias BR-010 (Belém-Brasília) e MA-122, que segue rumo à região central do Maranhão. Seu centro urbano está estruturado em torno da BR-010, tendo a oeste o Tocantins. Sua área central abriga o porto e é dotada de infraestrutura, bom padrão construtivo e espaços consolidados, assim como os bairros Juçara, Três Poderes, Mercadinho, União, Maranhão Novo e Nova Imperatriz. A cidade é também considerada o segundo centro econômico do Maranhão, ficando atrás apenas da capital do Estado, Imperatriz é referência regional no comércio e na produção de calçados. O município fornece bens e serviços, inclusive os de saúde, para o oeste do estado, o norte do Tocantins e o sul do Pará (FUNDAÇÃO VALE, 2010).

Imperatriz contava em 2005 com oito hospitais, tanta rede privada quanto pública, que ofereciam 947 leitos de clínica cirúrgica, pediatria, obstetrícia, especialidades clínico cirúrgicas, Unidades de Tratamento Intensivo (U.T.I) geral e neonatal. Atualmente a quantidade de hospitais permanece o mesmo, porém com

capacidade de leitos aumentada. (FUNDAÇÃO VALE, 2010). O município receberá no ano de 2015, um hospital macrorregional que contará com 100 leitos de internação em enfermaria, 12 leitos de U.T.I, quatro salas de cirurgia, unidade de pronto atendimento (UPA) funcionando 24 horas, central de imagem com exames de ultrassonografia, raio-x, endoscopia e mamografia, além de laboratório de análises clínicas (MARANHÃO, 2014).

Em relação à Atenção Básica no município, dados da Secretária de Saúde de Imperatriz (SEMUS) informam que atualmente o município conta com 43 postos de saúde no município, que realizam desde procedimentos de baixa complexidade até microcirurgias. Os Programas Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS) estão presentes em todas as unidades de saúde. O município conta ainda com um Centro de Especialidades Médicas, que é referência por abranger também outros programas de saúde, como Central de Assistência Farmacêutica, Programa Saúde da Mulher, Centro de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, Auditoria de Saúde e Central de Regulação de Consultas (IMPERATRIZ, 2014).

Ressalta-se que sobre a Central de Assistência Farmacêutica (CAF) existente em Imperatriz-MA, a mesma subdivide-se em: Farmácia Básica, cujo é responsável pela distribuição dos medicamentos listados pela Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para as Unidades de Saúde municipais; Farmácia de Saúde Mental que dispensa os medicamentos da Portaria 344/98 para a população e, Farmácia de Alto Custo que se responsabiliza pela dispensação dos medicamentos do Componente Especializado. A referida Central realiza ainda dispensação de insulinas e trata de atendimentos de ordens judiciais por medicamentos (IMPERATRIZ, 2014).

Segundo Mendes e Burnett (2009), o município de Imperatriz está classificado como uma região de Aglomerados e centros regionais, isto é, municípios com baixo estoque de riqueza, mas que possuem grandiosa importância regional, representando assim, um pólo entre regiões menos urbanizadas ou com menor dinamismo. Deve-se a esta característica, o fato de Imperatriz, representar-se como uma cidade de grande porte para prestação de serviços, inclusive os de saúde, possuindo demandas sempre crescentes.

4.2 CARACTERIZAÇÕES DAS DEMANDAS AJUIZADAS CONTRA A SECRETÁRIA DE SAÚDE DE IMPERATRIZ-MA

Para Ventura (et al., 2010) a alta quantidade de demandas judiciais na área da saúde, reflete nada mais, do que a busca da efetividade desse direito fundamental. Sant'Ana (2009), afirma que no caso do Brasil, o Estado é o principal responsável e cumula deveres legais de proteção da saúde, no âmbito individual e coletivo, e também pelo de prover os meios para o cuidado de todos os cidadãos. Revela-se ainda que o crescente fenômeno da judicialização no Brasil demonstra algumas deficiências e insuficiências do SUS e também do sistema judicial brasileiro no que diz respeito ao cumprimento de forma satisfatória de suas responsabilidades.

Acerca da caracterização das demandas judiciais, apresentam-se os dados dos beneficiários das ordens judiciais em relação ao gênero e faixa etária (Tabela 1 e Gráfico 1). Observou-se que a quantidade de demandas ajuizadas nos anos de 2012 a 2014, que possuem beneficiários do gênero masculino, sobressai ao feminino, respectivamente, 52,3% contra 47,7% em 2012, 51,7% contra 48,3% em 2013 e 51,3% contra 48,7 em 2014.

Geralmente, as mulheres tendem a se preocupar mais com sua saúde, e por isso, lutam diferenciadamente por seus direitos, porém a consciência masculina sofreu modificações nos últimos anos, e o conceito de saúde e cuidados com a mesma foi mais bem absorvido. O Ministério da Saúde, afirma ainda, que diante de doenças graves e crônicas os homens possuem maior vulnerabilidade que as mulheres e que morrem mais precocemente que as mesmas (BRASIL, 2008). Entender o perfil da população atendida nos serviços de saúde, ou pelas demandas aqui estudadas, é fundamental para compreensão e reformulação de políticas públicas de saúde.

Relacionado à faixa etária, observou-se que as crianças e os idosos representam a maior parcela da população atendida judicialmente nos anos referentes à pesquisa (Tabela 1 e Gráfico 2). Entretanto a maior representatividade ficou para as crianças, com 20,7% em 2012, 33,9% em 2013 e 39,2% em 2014; seguidas por números expressivos de idosos de faixa etária de 60 a 69 anos, com 16,1% em 2012, 14,3% em 2013 e 13,9% em 2014.

Tabela 1 – Perfil dos beneficiários das ordens judiciais ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, entre os anos de 2012 a 2014.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS		ANO DO PROCESSO					
		2012		2013		2014	
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	149	52,3	119	51,7	81	51,3
	Feminino	136	47,7	111	48,3	77	48,7
	TOTAL	285	100	230	100	158	100
Faixa Etária	0 a 17 anos	59	20,7	78	33,9	62	39,2
	18 a 29 anos	28	9,8	17	7,5	7	4,4
	30 a 39 anos	30	10,5	30	13,0	14	8,9
	40 a 49 anos	26	9,1	21	9,2	17	10,8
	50 a 59 anos	27	9,5	19	8,3	19	12,0
	60 a 69 anos	46	16,1	33	14,3	22	13,9
	70 anos ou mais	45	15,8	14	6,1	12	7,6
	Não Consta*	23	8,1	17	7,4	5	3,2
	TOTAL	285	100	230	100	158	100

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

* Devido a deficiência dos dados administrativos secundários muitas demandas não forneciam informações sobre faixa etária

A identificação de grupos populacionais específicos na população demandante das ações judiciais é imprescindível para identificar as inadequações de prescrição de medicamentos, identificar os tratamentos adequados, recursos médicos auxiliares, direitos constitucionais, e ainda, as prerrogativas de benefício

diferencial por faixas etárias, como é o caso do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Estatuto do Idoso. (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

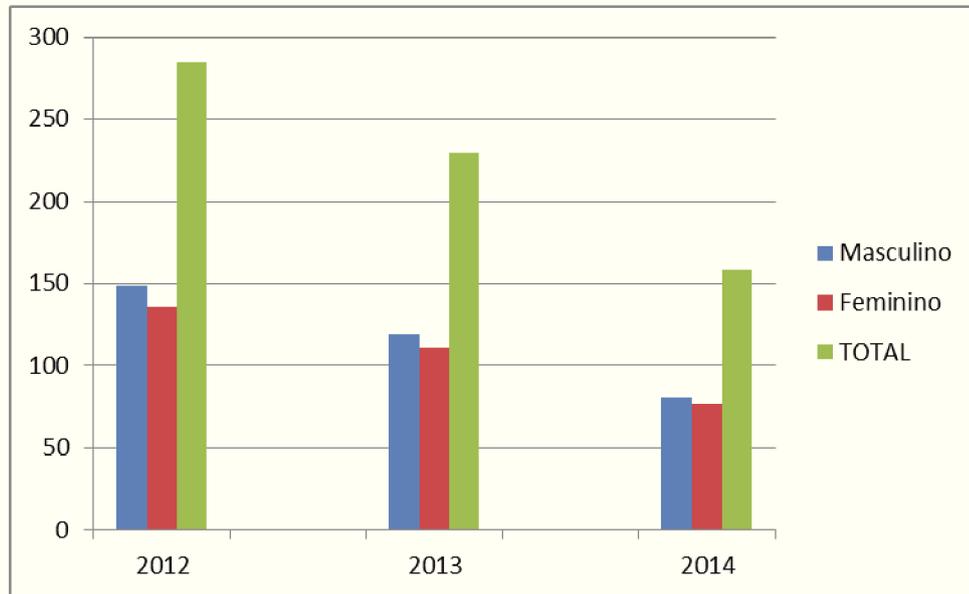


Gráfico 1- Perfil dos beneficiários das ordens judiciais ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, quanto ao gênero, entre os anos de 2012 a 2014.

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

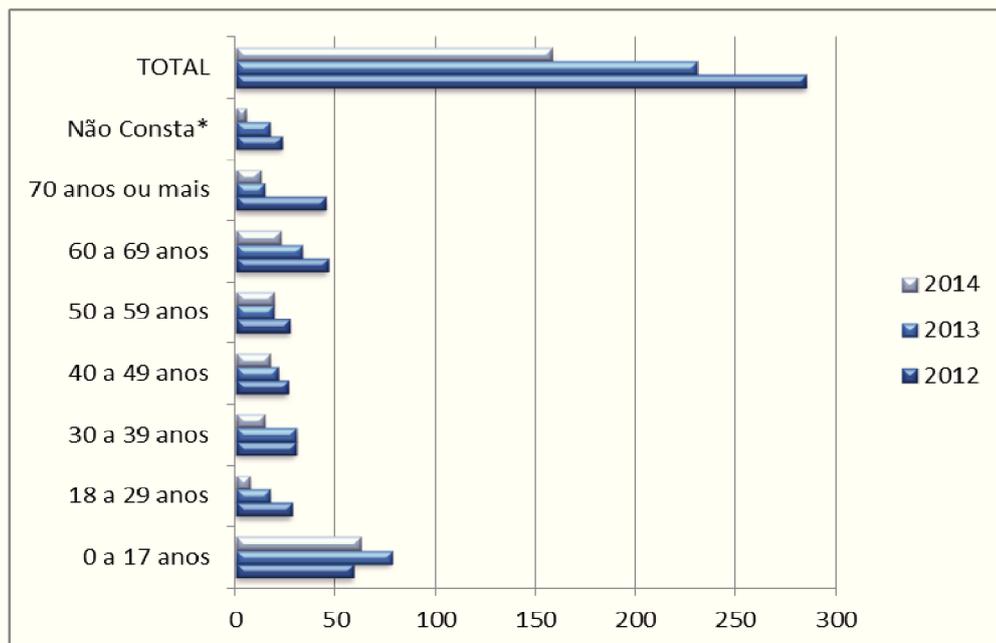


Gráfico 2- Perfil dos beneficiários das ordens judiciais ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, quanto à idade, entre os anos de 2012 a 2014.

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

O Estatuto do Idoso, regulamentando pela lei nº 11.741, editada 1º de outubro de 2003 dispõe que:

Art15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos [...]
§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Observa-se que as crianças, adolescentes e os idosos, são constitucionalmente previstos como prioritários no que remete à atenção integral à saúde e que no caso dos idosos, é direito não somente a assistência farmacêutica, como também insumos terapêuticos, necessários à manutenção e garantia da qualidade de vida desta faixa etária.

O entendimento de porque, ou quais motivos levam à deficiência em atendimentos deve ser entendido como uma prerrogativa para a melhoria na prestação de serviços de saúde à população. No presente estudo, observou-se que a grande parcela de ordens reclamantes em defesa das crianças, ajuizavam o município em busca de leitos de U.T.I pediátricas e neonatais, medicamentos para doenças comuns da infância, ou ainda nutrição especial e em muitos casos, solicitação de consultas especializadas.

Como abordado adiante neste trabalho, a judicialização em busca de leitos de U.T.I diminuiu gradativamente entre os anos de 2012 a 2014, visto que investimentos foram realizadas para a melhoria nesse tipo de prestação de serviços, este fato demonstra que para que a política de saúde seja efetiva, ela necessita de aporte e recursos dos entes governamentais e ações de melhoria.

Referente ao principal representante judicial do autor da ação é interessante entender que a ação representa um instrumento jurídico-processual, através do qual o cidadão, quanto beneficiário, reclama seus direitos ou defende-os, através do Poder Judiciário. Geralmente o autor ou requerente da ação é pessoa física, jurídica ou instituição judicial, sendo elas em suma, Ministério Público, representado nesta pesquisa pelas Promotorias Especializadas de Saúde, além de Defensorias Públicas e Procuradorias nas esferas de governo. As ações judiciais buscam garantir ou reivindicar um direito (MARQUES; DALLARI, 2007; PEPE et al., 2009).

A seguir, apresenta-se o número de ações conduzidas por advogados e instituições judiciais, Núcleos de Apoio Jurídicos, geralmente ligados a Instituições de Ensino Superior, ou Conselhos Tutelares (Tabela 2; Gráficos 3, 4 e 5).

Tabela 2 – Perfil judicial das ordens ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, quanto aos representantes judiciais e varas de tramitação do processo, entre os anos de 2012 a 2014

DADOS DO PROCESSO		ANO DO PROCESSO					
		2012		2013		2014	
		N	%	N	%	N	%
Representante Judicial	Defensoria Pública	222	77,9	170	73,9	76	48,1
	Promotorias Especializadas em Saúde	55	19,3	44	19,1	49	31,0
	Advogados	07	2,5	14	6,1	14	8,9
	Núcleos de Apoio Jurídico	1	0,4	2	0,9	--	--
	Conselho Tutelar	--	--	--	--	19	12,0
TOTAL		285	100	230	100	158	100
Vara de Tramitação	Faz. Pública	230	80,7	162	70,4	98	62,1
	Infância e Juventude	53	18,6	67	29,2	59	37,3
	Violência Domestica e Familiar Contra a Mulher *	02	0,7	--	--	--	--
	Vara Criminal *	--	--	01	0,4	01	0,6
TOTAL		285	100	230	100	158	100

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

*: Pedidos não realizados, referente ao ano de ajuizamento.

Por meio da análise dos dados, observa-se que nos três anos de estudo, o representante judicial prevalente é Defensoria Pública, somando 77,9% em 2012, 73,9% em 2013 e 48,1% em 2014 (Gráficos 3, 4 e 5). Há de se considerar relevante também, a representação através das Promotorias, ligadas ao Ministério Público, onde no caso do Município de Imperatriz, são Promotorias Especializadas em Saúde, cujo em 2012 o total corresponde a 19,3% em 2013 a 19,1% e em 2014 a

expressivos 31,0%. Os advogados denotam uma representatividade menor, onde em 2012 representaram 7 (2,5%) demandas, em 2013, 14 (6,1%) e em 2014, também 14 (8,9%). O Município de Imperatriz figurou como réu em todas as ordens judiciais analisadas.

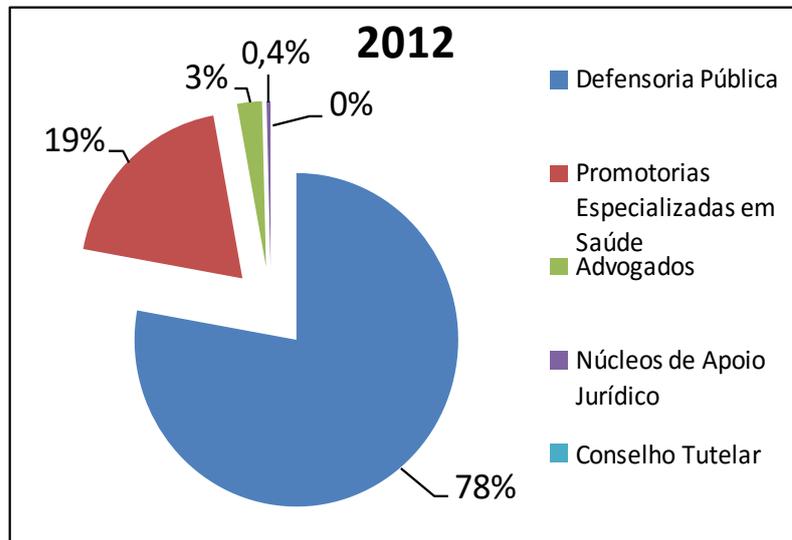


Gráfico 3 - Perfil judicial das ordens ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, quanto aos representantes judiciais em 2012

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

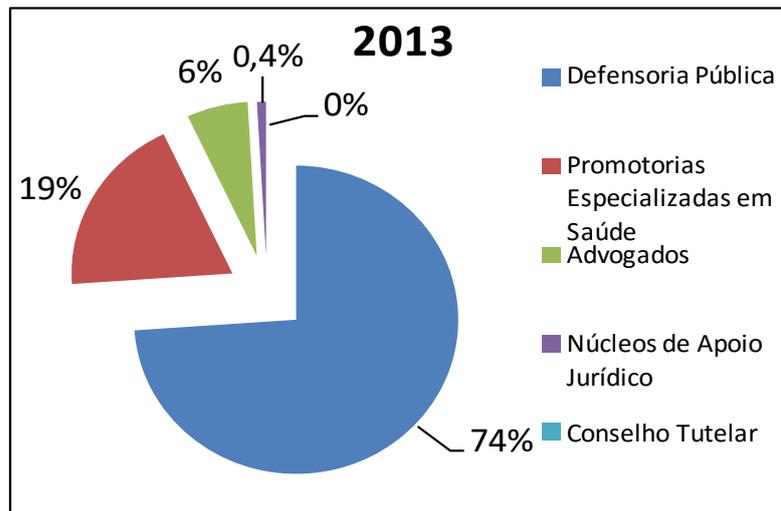


Gráfico 4 - Perfil judicial das ordens ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, quanto aos representantes judiciais em 2013

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

Sobre a presença de ordens judiciais, inicialmente interpostas a partir de denúncias levantadas pelos Conselhos Tutelares, cabe dizer que a instituição dos mesmos no Brasil se deu pela Lei nº 8.069 de 3 de julho de 1990, juntamente com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Desde então, os Conselhos Tutelares são órgãos municipais, destinados a zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes, segundo os artigos 131 a 140 do ECA, esses direitos, incluem o acesso ao direito à saúde, bem como zelo e cuidados básicos.

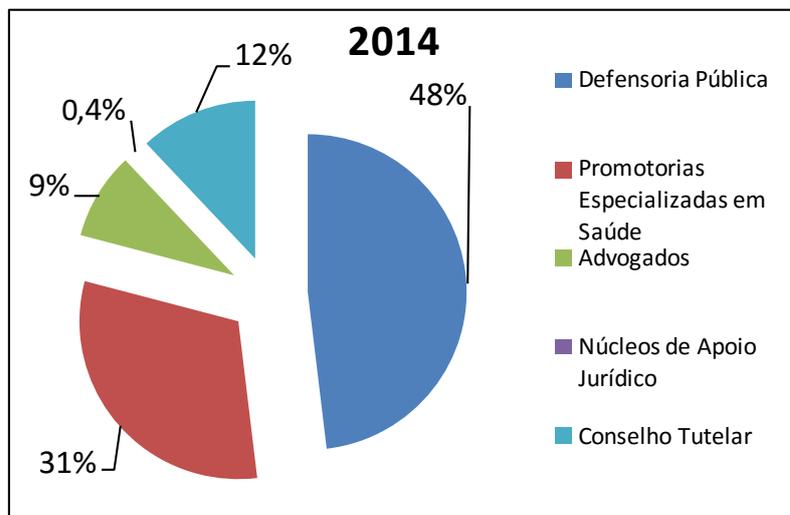


Gráfico 5 - Perfil judicial das ordens ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, quanto aos representantes judiciais em 2014

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

O município de Imperatriz-MA, conta atualmente, com dois Conselhos Tutelares, sendo estes, os da área I, fundado em 29 de julho de 1994 e localizado no centro da cidade, e o da Área II, fundando apenas em 03 de agosto de 2003, situada no Bairro Vila Nova. Ambos criados pela Lei municipal 599/90. (BARRETO, 2010)

É resguardada aos Conselhos Tutelares a defesa de crianças e adolescentes, visto que para o ECA, o conceito de Conselho Tutelar é de “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (BRASIL, 2012, p.83).

Barreto (2010) esclarece o conceito dos Conselhos Tutelares:

Ser permanente significa que é contínuo e ininterrupto; ser autônomo significa que independe de autorização até mesmo do Executivo para sua

atuação funcional. Não jurisdicional significa que suas funções são de natureza executiva, não tendo por propósito a composição de lides (atributo do Poder Judiciário). Encarregado pela sociedade, porque é fruto de uma democracia participativa, conforme expresso na Constituição Federal, em seu Art. 1º, parágrafo único.

Fica notória a escolha, por parte dos beneficiários do Sistema de Saúde, das alternativas judiciais com o benefício da gratuidade. Ressalta-se que para o uso deste benefício legal deve haver a caracterização da hipossuficiência econômica do autor processual, onde o reivindicante deve cumprir a exigência comprovar a sua não capacidade de arcar com as despesas processuais e advocatícias, sem que comprometer o seu sustento e de sua família.

Os beneficiários da gratuidade de justiça geralmente são representados por advogados dativos, por defensores públicos estatais e até mesmo promotores especializados, conforme observado na cidade alvo do estudo. A variável de caracterização do perfil judicial das ordens ajuizadas contra o poder Público demonstra uma característica pessoal do beneficiário, bem como a correlação entre acesso à justiça e a efetividade do acesso a medicamentos, considerando os tipos de processos judiciais analisados (VENTURA et al., 2010).

No presente estudo, observou-se uma baixa quantidade de advogados privados como representantes judiciais das ações, entretanto em outras cidades é possível observar a presença mais forte desta classe, bem como o caso acontecido em São Paulo-SP, em que a Secretaria Estadual da Saúde do Estado conseguiu uma autorização na justiça, para a retirada de um leiteiro que ficava em frente a um grande hospital, com a afirmativa “Medicamento gratuito é um direito seu. Procure um advogado. Ligue para [...]”. (CREMESP, 2006). Para Gandini, Barione e Souza, (2008), em alguns casos, a via judicial se tornou não somente um instrumento para a efetivação do acesso à assistência Farmacêutica, como também um mercado de ações judiciais, que pode favorecer interesses médicos, de advogados e dos laboratórios farmacêuticos,

Entretanto, o Estado democrático representa a existência de canais sólidos de exercício do direito de ação via Poder Judiciário e, sempre que o cidadão entender que algum direito lhe foi violado poderá recorrer à reclamação via meios judiciais. A assistência jurídica gratuita oferecida pelas Defensorias Públicas dos estados constitui tal qual o direito à saúde, um direito fundamental do cidadão e um dever do

Estado constitucionalmente previstos, representando por fim, uma das conquistas no acesso da população ao Judiciário (VENTURA et al., 2009).

Com referência às Varas de tramitação dos processos ajuizados contra a SEMUS de Imperatriz-MA, revela-se que em 2012, 2013 e 2014 a Vara da Fazenda Publica da Comarca de Imperatriz, tramitaram respectivamente 80,7%, 70,4% e 62,1% das ações ajuizadas (Gráfico 6), denotando assim a maioria dos processos. Porém, é válida a observação que em 2013 e 2014 ocorreu um aumento na quantidade de ações tramitadas pela Vara da Infância e Juventude da mesma comarca, acompanhando assim, a faixa etária dos beneficiários, explanada anteriormente.

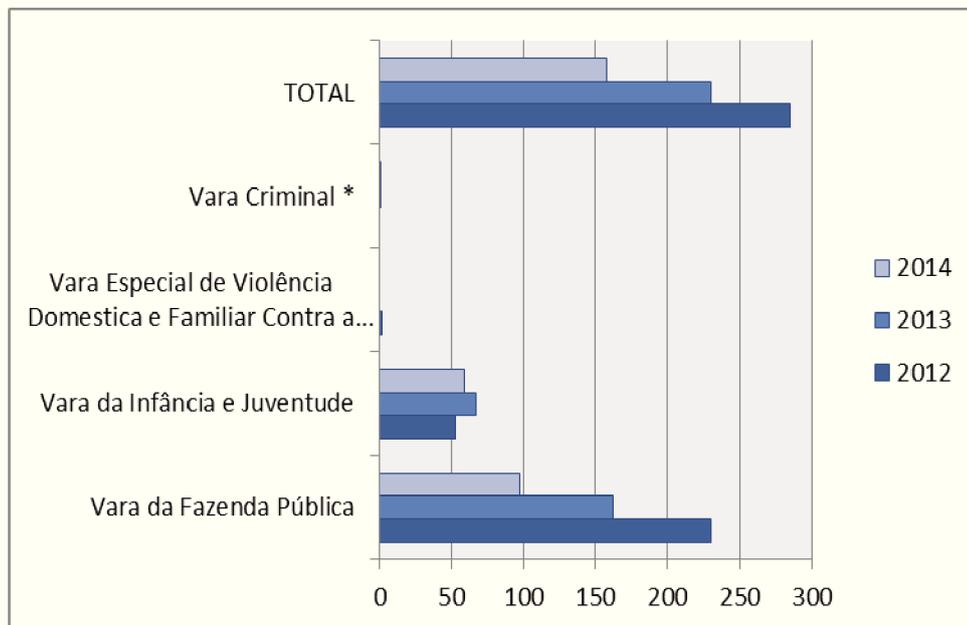


Gráfico 6 - Perfil judicial das ordens ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, quanto às varas de tramitação judicial

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

Referente à quantidade de ações ajuizadas por mês entre os anos de 2012 a 2014, apresenta-se a tabela 3 e gráfico 7. O período de referência mensal das ações, não se relaciona diretamente ao motivo da demanda, mas sim, pelo fato da saúde da população sofrer variáveis e caso estas sejam positivas para quadros de doença ou outras necessidades, levam à procura dos serviços de saúde.

Tabela 3 – Quantidade de ordens por mês ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA entre os anos de 2012 a 2014

MÊS	ANO DO PROCESSO					
	2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%
Janeiro	18	6,3	18	7,8	20	12,7
Fevereiro	43	15,1	20	8,7	10	6,3
Março	19	6,7	41	17,8	8	5,1
Abril	42	14,7	14	6,1	17	10,8
Maio	27	9,5	20	8,7	11	6,9
Junho	22	7,7	35	15,2	4	2,5
Julho	23	8,1	24	10,4	19	12,0
Agosto	15	5,3	13	5,7	18	11,4
Setembro	24	8,4	24	10,4	10	6,3
Outubro	24	8,4	7	3,0	11	6,9
Novembro	23	8,1	11	4,8	14	9,0
Dezembro	5	1,8	3	1,3	16	10,1
TOTAL	285	100	230	100	158	100

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

Uma vez que os municípios são responsáveis por assegurar a direta atenção à saúde, bem como trabalhar para manutenção, gerenciamento e aplicação de recursos destinados a mesma, bem como à sua efetivação, o estudo progressivo e mensal da quantidade de ordens demandadas pode auxiliar na compreensão da capacidade de gestão dos serviços públicos oferecidos, bem como da sua produtividade (GOMES, 2004). Os munícipes devem ter resguardados o seus direitos à saúde, através de políticas sociais, econômicas e ambientais, que visem à eliminação dos riscos de doenças e outros agravos. As ações devem envolver promoção, proteção e recuperação da saúde e para tal, critérios de epidemiologia e sazonais devem ser considerados (IMPERATRIZ, 1990).

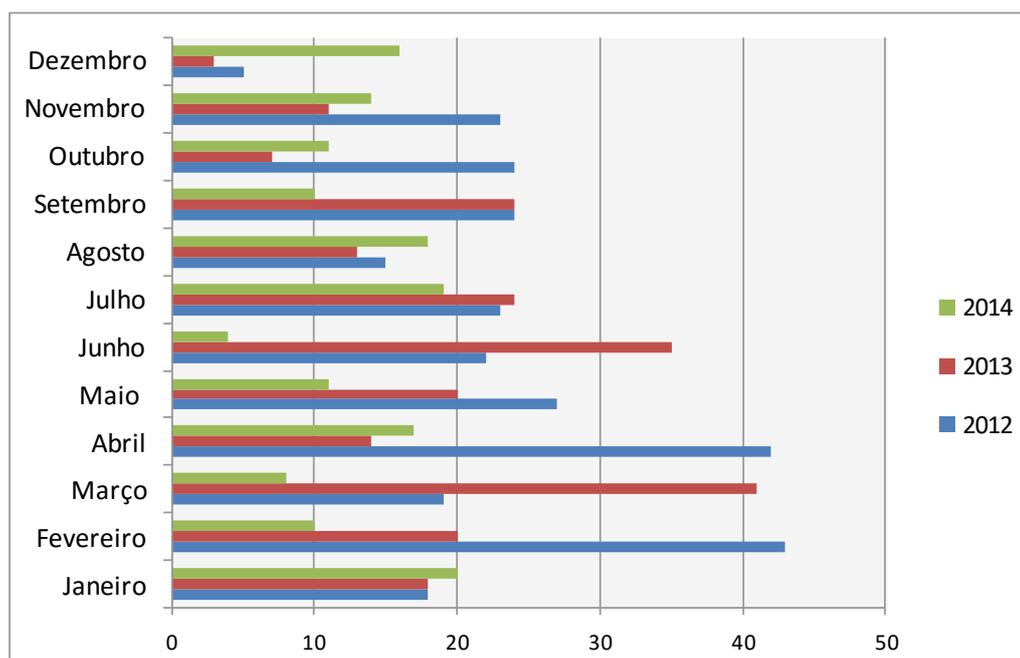


Gráfico 7 - Quantidade de ordens por mês ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA nos anos de 2012 e 2014

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

Acerca dos pedidos realizados pelas ordens ajuizadas contra a Secretaria de Saúde de Imperatriz-MA, durante os anos de 2012, 2013 e 2014, apresenta-se a Tabela 4. É válido lembrar que cada ordem judicial pode apresentar um ou vários tipos de pedidos, sendo assim, o número destes é maior que o total de demandas judiciais.

Demonstra-se que o item mais judicializado na área da saúde são os medicamentos, totalizando estes, 161 (23,9%) demandas, entre o total de 673 ordens contra a SEMUS de Imperatriz-MA. Em 2012 o total de ordens reclamantes por medicamentos foi de 58 (19,4%), em 2013, 75 (29,4%) e em 2014, 28 demandas (13,4%). Outro item bastante demandado judicialmente e que merece destaque foram as solicitações por Leitos de Unidade de Terapia Intensiva para adultos (U.T.I), que totalizaram 146 (21,7%) demandas nos anos pesquisados, ocorrendo predominância deste tipo de pedido durante o ano de 2012, totalizando neste ano 137 (45,6%) pedidos. Para os anos de 2013 e 2014, observou-se que os pedidos por leitos de UTI reduziram consideravelmente, sendo de 06 (2,4%) o total de demandas em 2013 e apenas 03 (1,4%) em 2014.

Tabela 4 – Pedidos realizados pelas ordens ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA entre os anos de 2012 a 2014

PEDIDO REALIZADO	ANO DO PROCESSO					
	2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%
Medicamentos	58	19,4	75	29,4	28	13,4
Consulta Médica especializada	23	7,7	22	8,6	31	14,8
Tratamento Fora de Domicílio	13	4,7	25	9,8	22	10,6
Exames Especializados	05	1,7	21	8,2	25	12,0
Fisioterapia Domiciliar	02	0,7	02	0,8	-	-
Cirurgias	24	8,0	40	15,7	36	17,2
Produtos *cirúrgico-médicos*	--	--	10	3,9	03	1,4
Leitos de U.T. I - adulto	137	45,6	06	2,4	03	1,4
Leitos de U.T. I - pediátrica	06	2,0	02	0,8	05	2,4
Leitos de U.T.I neonatal	03	1,0	02	2,0	04	1,9
Nutrição / Alimento especial	19	6,4	27	10,6	10	4,8
Materiais Correlatos	09	3,0	16	6,3	13	6,2
Transporte médico intermunicipal*	--	--	02	0,8	--	--
Internação em Clínica de Reabilitação para Toxicômanos*	--	--	02	0,8	--	--
Acompanhamento pelo Programa Saúde da Família	--	--	--	--	19	9,1
Tratamento Oncológico	--	--	--	--	10	4,8
TOTAL	299	100	255	100	209	100

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

*: Pedidos não realizados, referente ao ano de ajuizamento.

Observa-se que a classe de pedidos com maior representatividade nas ordens ajuizadas refere-se à medicamentos. Do total de 673 demandas ajuizadas contra a SEMUS de Imperatriz-MA, 161 (23,9%) eram por medicamentos. Em 2012 o total foi de 58 (19,4%) de por este item, em 2013, 75 (29,4%) e em 2014, 28 demandas (13,4%). Cabe lembrar que cada ordem judicial pode pedir mais que um único medicamento, assim como entre as estudadas foi possível observar demandas com mais de 10 solicitações de medicamentos, cada.

Adiante, na demonstração de resultados da pesquisa, é possível visualizar a presença de demandas judiciais que ultrapassam os limites de dispensação de medicamentos no Brasil, seja pela prescrição de medicamentos inexistentes no país, ou daqueles que não possuem registro junto ao maior órgão fiscalizador brasileiro, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Também é possível identificar a expressiva quantidade de demandas judiciais por medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica Municipal de Imperatriz-MA, seja devido ao desconhecimento das listas por parte do Poder judiciário e dos prescritores médicos, ou ainda pela falta de medicamentos no município, sendo esta, por vezes, justificada pela falta de recursos, aumento de demandas ou lentidão de processos licitatórios.

No Brasil, foi criada em 30 de outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria n. 3.916. Esta se definiu como uma parte essencial da Política Nacional de Saúde (PNM) e constitui-se até os dias atuais como um grupo de elementos imprescindíveis para a implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. (BRASIL, 2001). Seus objetivos primordiais foram de garantir a necessária a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, ao menor custo possível, à promoção o uso racional dos medicamentos e em assegurar o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

As diretrizes da PNM buscam respeitar as predefinições estabelecidas pelo SUS, e para tal adotou-se no Brasil, a Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), a regulamentação sanitária de medicamentos e a promoção do seu uso racional, a reorientação da Assistência Farmacêutica (AF), o desenvolvimento científico e tecnológico, a promoção da produção de medicamentos, a garantia da segurança, a eficácia e qualidade dos medicamentos e o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos. (BRASIL,1999). Mas, no cenário nacional que

permeia as demandas por medicamentos, é facilmente visualizada a desconsideração aos protocolos e diretrizes desta política de saúde por parte do poder judiciário e prescritores, aliado a alegações de recursos insuficientes por partes dos gestores locais e deficiência na atualização das Relações Municipais de Medicamentos (REMUME), por carência de profissionais farmacêuticos habilitados em nível de serviço público.

Ocupando o segundo lugar em termos de judicialização da saúde em Imperatriz, encontram-se os pedidos por leitos de U.T.I totalizando 146 (21,7%) demandas nos anos pesquisados. Para 2012 o total de demandas foi de 137 (45,6%) e em 2013 e 2014, observou-se que os pedidos por leitos de UTI reduziram consideravelmente, sendo de 06 (2,4%) o total de demandas em 2013 e apenas 03 (1,4%) em 2014. As U.T.I's pediátrica e neonatal, não apresentam grande representatividade do ponto de vista proporcional, mas levantam a importância dos cuidados e atenção à saúde de crianças acerca das solicitações por leitos de U.T.I,

No ano de 2010, através de um decreto de emergência, informando crise de Saúde em Imperatriz-MA, foi disponibilizado pelo Governo Federal, através do Ministério da Saúde e da Portaria nº 2.186 de 02 de agosto de 2010, um aporte de recurso financeiro, ao referido município, no montante de R\$ 2.713.962,00 (dois milhões, setecentos e treze mil, novecentos e sessenta e dois reais), a ser disponibilizado ao Estado do Maranhão e Município de Imperatriz, este, correspondeu à abertura de novos leitos de UTI no município, sendo 10 leitos de UTI pediátrica, 04 leitos de UTI adulta e 27 neonatais. Deu-se prioridade aos leitos neonatais, pois neste ano, 19 crianças morreram por falta de suporte intensivo à saúde. (BRASIL, 2010; ESTADÃO, 2010).

Segundo dados atuais, fornecidos pela Assessoria de Comunicação da Prefeitura Municipal de Imperatriz – MA , até o início do ano de 2015 o total de leitos de U.T.I adulto em Imperatriz , especificadamente no Hospital Municipal (HMI), eram de 30, e os leitos para U.T.I pediátrica, 10, localizados estes últimos no Hospital Municipal Infantil (HMII). Vale ressaltar, que a após o ano de 2010, a última reforma e ampliação de leitos de U.T.I aconteceu em 2012, fato este, que está diretamente relacionado à diminuição de tutelas judiciais neste sentido entre os anos de 2012 a 2014. O Governo Estadual do Maranhão, arca, desde 2012, com as despesas para

manutenção de leitos de U.T.I em dois grandes hospitais particulares do município de Imperatriz-MA. (O PROGRESSO, 2012)

Sobre os leitos de U.T.I neonatais, estes estão sobre a responsabilidade do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz, mantido pelo Governo do Estado do Maranhão, este, possuía até o ano de 2010 apenas 27 leitos de U.T.I neonatal, e em 2015, conta com 50 leitos. Observa-se que notórios investimentos e ampliações realizadas para o aumento numérico de leitos de U.T.I no município, demonstram que a judicialização é largamente diminuída, quando se fere em menor grau o direito à saúde, constitucionalmente dado à população.

Discutindo os outros pedidos presentes nas ordens judiciais, que possuem menor representatividade, mas, a mesma importância no que tange ao direito à saúde, é possível visualizar solicitações por consultas médicas especializadas, em suma, referentes às especialidades ainda não contempladas pelo Sistema de Saúde em Imperatriz-MA, representando, concomitantemente, 7,7% em 2012, 8,6% em 2013 e 14,8% em 2014. Demonstra-se aqui, uma fragilidade do sistema de saúde e uma dificuldade na busca pelos recursos humanos necessários ao atendimento de qualidade.

Sobre as solicitações por Tratamento Fora de Domicílio – TFD, cujo visa à transferência de pacientes munícipes para localidades que tenham disponíveis os tratamentos solicitados e que por algum motivo não é disponibilizado na cidade de origem, as solicitações judiciais representaram em 4,7% das demandas de 2012, 9,8% em 2013 e em 2014, com uma elevação quantitativa considerável, representou 10,6% dos casos. É possível a correlação entre as demandas por consultas especializadas e TFD, visto que em sua maioria estes pedidos giram em torno de carências existentes no sistema de saúde local.

Exames especializados, que em suma, representam modalidades que demanda alta complexidade, ou cujos valores de custo são muito altos, podendo ser ou não disponibilizados por clínicas particulares ou pelo SUS, representam outra categoria de pedidos com importante relevância, principalmente quando analisadas a evolução de demandas que giram em torno de tal solicitação, chegando a representar 12,0% das demandas do ano de 2014. Pode se atribuir esse aumento, às filas, aumentos expressivos de demandas maiores, à falhas do sistema de saúde local, ou até mesmo a falta de prestadores desses serviços.

Interessantemente observada no ano 2013, tem-se a Fisioterapia Domiciliar, que requer atendimento de profissional fisioterapeuta em domicílio, pois a locomoção do paciente é inviável, entretanto sua representatividade é relativamente baixa, compreendendo apenas 0,8% das demandas deste ano.

Sobre as demandas requerendo Nutrição/Alimento especial, ressalta-se que estas se referem à suplementação nutricional, principalmente para crianças com intolerâncias alimentares ou para acamados e deficientes que por algum motivo não conseguem se alimentar normalmente. Esta variável de pedido apresentou maior quantidade de solicitações em 2013, correspondendo a 10,6% dos pedidos, contra 6,4% de 2012 e 4,8% de 2014.

Para Swallow (2001) esse tipo de demanda pode ser fortemente explicado pelo fato de as intolerâncias alimentares estarem cada vez mais frequente entre a população. Alguns indivíduos apresentam distúrbios na digestão de carboidratos, tal qual a lactose, e classificam-se como intolerantes a lactose, visto que possuem a deficiência primária ou secundária da enzima responsável pela hidrólise da lactose, a lactase. A manifestação deste distúrbio ocorre devida uma má absorção do açúcar lactose, presente no leite. Ao paciente, podem ocorrer sintomas como o grande desconforto abdominal e diarreia.

No que tange às demandas referentes aos Correlatos, é válido informar que estes, relacionam-se substâncias, produtos, aparelhos ou acessórios não enquadrados nos conceitos anteriores, cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou a fins diagnósticos (ANVISA, 2014). Cita-se que entre os pedidos, boa parte das dispensas eram destinadas a idosos e acamados, onde se incluem como exemplos, os pedidos por fraldas e seringas. Respectivamente, esta classe de pedidos representou 3,0%, 6,3% e 6,2% nos anos de 2012, 2013 e 2014.

A vulnerabilidade apresentada por pacientes em determinadas faixas etárias da vida, ou por questões de debilidades físicas é o principal motivo pelo qual surge a necessidade por materiais correlatos. A presença de demandas judiciais para a solicitação dos mesmos, leva ao entendimento de pontos falhos no apoio e assistência de saúde a estas classes de pacientes. É necessário que a política de saúde local, pondere fatos, para a melhoria dos serviços prestados.

O Transporte médico, com apenas 0,8% de pedidos em 2013, relaciona-se ao auxílio que deve ser prestado aos beneficiários das demandas, a fim de que estes possam deslocar-se até os seus locais de tratamentos, dentro do mesmo município. Estas solicitações podem ser explicadas pela distancia entre pontos dentro do município, dificuldades financeiras e complicações para arcar com os gastos de transporte, dificuldade e/ou falta de mobilidade de pacientes, principalmente cadeirantes e acamados.

Para os pedidos que reclamavam pela Internação em Clinicas de Reabilitação para Toxicômanos, 0,8% em 2013, ressalta-se que este é um direito constitucionalmente previsto. Em uma transcrição Decreto-Lei 891, de 25 de novembro de 1938, têm-se os artigos 27, 28 e 29, da referida legislação:

Artigo 27. A toxicomania ou a intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

Art. 28. Não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio.

Art. 29. Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não (BRASIL, 1938).

Por ultimo, mas não menos importantes, relatam-se apenas no ano de 2013 as solicitações por acompanhamentos das equipes de Programa da Saúde da Família, 9,1% e por Tratamentos Ontológicos, 4,8%. Sobre o primeiro, informa-se que todos os casos foram solicitados via Conselho Tutelar, que uma vez a par das condições de determinadas famílias, preventivamente, entrava com a solicitação de tal acompanhamento e este, em alguns casos, solicitava também exames e consultas especializadas.

Para as demandas reclamantes por Tratamentos oncológicos, cita-se que o Município mantém, via hospital particular e terceirizado, serviços e tratamento para pacientes oncológicos, entretanto, a morosidade do Sistema de Saúde local, aliado a demanda crescente de pacientes, principalmente vindos das outras 40 cidades que compõem a macrorregião de saúde, interferem na prestação deste tipo de serviço, visivelmente já deficiente e com demandas extrapoladas.

Para Reis, Araújo e Cecílio (2013), o SUS possui impasses e dificuldades que se relacionam ao subfinanciamento e às insuficiências da gestão local do SUS. Santos (2007) entende que o financiamento deficiente pode dificultar a progressão

do sistema, prejudicando sua reestruturação e ainda o cumprimento dos princípios Constitucionais. A atenção básica sofre com essa insuficiência de recursos, principalmente pelas deficiências de acesso a níveis de maior complexidade no sistema de saúde.

Sobre as insuficiências da gestão local do SUS, Reis Araújo e Cecílio (2013), levam ainda a reflexão acerca de muitas solicitações que acabam por serem judicializadas, visto que a Descentralização da gestão, princípio organizativo do SUS, pode não funcionar adequadamente em muitos municípios e causar prejuízos diretos aos serviços de saúde.

A gestão municipal dos recursos do SUS vem funcionando apenas em parte – sem desconsiderar que os recursos para o SUS são insuficientes. A gestão municipal é idealizada pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira como mais eficaz, porque “estaria mais próxima dos cidadãos” e mais sensível aos seus anseios. O SUS denomina como “gestão local” conjunto de atividades desenvolvidas pelos gestores municipais, visando a operacionalização, na prática e em seus contextos sócio-político-institucionais singulares, das grandes diretrizes política do Sistema Único de Saúde (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2013, p. 40 - 41)

Retorna-se à discussão apontada pela tabela 5, onde solicitações como leitos de UTI e medicamentos, aparecem em destaque nas principais solicitações feitas por meio das determinações judiciais. Chama-se atenção para a essencialidade desses serviços de saúde em uma macrorregião tal qual a cidade de Imperatriz-MA e que, mesmo assim, vem sendo alvos de demandas judiciais. Soma-se ainda o baixo índice de resolutividade da rede básica de serviços, à deficiência na formação dos profissionais de saúde, que ainda se apresenta muito centrada em práticas curativas e hospitalares e à deficiência na gestão dos sistemas locais e regionais de saúde. Tudo isso pode levar a uma cascata de erros na prestação dos serviços essenciais e constitucionais de prevenção à saúde (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2013).

Santos (2007), fala das dificuldades do SUS e remete a alguns erros básicos, tais como o fato da atenção básica com baixos índices de qualidade e resolutividade, mesmo sendo a porta de entrada do sistema de saúde; os serviços de média e alta complexidade cada vez mais congestionados, principalmente pela cultura de valorização do atendimento médico por parte da população, gerando demandas cada vez maiores; a complementação por parte dos gestores municipais

dos valores defasados da tabela do SUS, de forma a ajudar na repressão da demanda.

Há ainda o crescimento das empresas de planos privados, principalmente pelas camadas médias da sociedade que se apoiam nas fraquezas do SUS; a fragilidade das diretrizes de integralidade e equidade do sistema de saúde; o aumento da judicialização pelo acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custo às camadas média e alta da população aprofundando a iniquidade e a fragmentação do sistema, fato observado nos resultados apresentados no presente trabalho; ou ainda, o modelo público de atenção focando cada vez mais na porção mais pobre da população (SANTOS, 2007).

Vale ressaltar que mesmo diante dos Impasses do SUS e suas dificuldades, os problemas que geram a judicialização por serviços prestados por este sistema, não advém apenas de sua estrutura, mas também pelas colocações dos usuários e profissionais envolvidos em sua execução, desde os gestores, médicos aos profissionais de níveis básicos, nas três esferas do Poder político brasileiro.

O forte protagonismo dos usuários, que ainda fazem uma clara valorização do consumo de serviços médico-hospitalares, a garantia de acesso ao atendimento mais rápido em serviços de urgência/emergência e a busca por segurança e satisfação na utilização de tecnologias consideradas mais potentes, em particular a utilização de fármacos, a realização de exames sofisticados e o acesso a especialistas. Tais percepções seriam componente importante da explicação da demanda sem fim por atendimento médico que desqualifica todos os parâmetros de programação e planejamento dos serviços de saúde (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2013, p. 41).

Para Delduque (2009) é fato que o Poder Judiciário lida com um volume crescente de ações judiciais individualizadas, que vão contra os princípios fundamentais do SUS, e que requerem os mais distintos tipos de medicamentos, insumos, correlatos, tratamentos e outros materiais necessários à manutenção da saúde e/ou suporte de vida. Como é possível observar em face dos resultados expostos até aqui, a quantidade de demandas em busca de medicamentos é expressiva.

Observa-se o potencial ambíguo da Judicialização da saúde, visto que por um lado ela remete ao direito constitucional de acesso à saúde, uma vez que busca por medicamentos, cirurgias, produtos médicos e para a saúde, leitos de UTI e etc e, pelo outro representa os impasses entre os que elaboram e os executores das

Políticas de Saúde no Brasil. O número, cada vez maior, de demandas atendidas, representam também, gastos públicos cada vez maiores e com impactos profundos à gestão das políticas de saúde no país, mas, também remete à mais pessoas com o direito de acesso garantido (MARQUES, 2008).

4.3 CARACTERIZAÇÕES DAS DEMANDAS AJUIZADAS POR MEDICAMENTOS E COMPONENTES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Traz-se nesta sessão a caracterização das demandas judiciais solicitantes de medicamentos entre os anos de 2012 a 2014, apresentados por suas formas farmacêuticas, devidamente organizadas em ordem alfabética, seguidos de seu nome por princípio ativo, segundo a Denominação Comum Brasileira - DCB (ANVISA, 2013), suas apresentações, a afirmativa ou não se o medicamento estava incluso na RENAME vigente e, concomitantemente na REMUME de Imperatriz-MA, e ainda, o enquadramento ou não do fármaco em algum dos componentes da Política de Política de Assistência Farmacêutica e o ano da demanda judicial, acompanhado da frequência dos pedidos por cada apresentação farmacêutica.

Em um total de 673 demandas judiciais, onde o município de Imperatriz-MA figurou como réu encontraram-se 161 (29,3%) demandas cujo item medicamento era o principal pedido ou estava entre outras solicitações de serviços de saúde. Cada demanda pode ainda, solicitar vários medicamentos (é o caso de pacientes polimedamentados). Assim, com base nos dados analisados, foram transcritos destes 161 pedidos, o total bruto de 257 apresentações medicamentosas, que passam a ser de 356 medicamentos, quando são consideradas as repetições das mesmas apresentações farmacêuticas em distintas tutelas nos três anos de estudo (Quadro 4).

Ressalta-se que os medicamentos demandados são prescritos por médicos e, cabe a estes a escolha da apresentação dos mesmos a ser prescrita ao paciente, logo, é possível visualizar prescrições por nomes de referencia do medicamento e que remetem diretamente à sua marca/laboratório e também medicamentos prescritos de acordo com sua designação na DCB brasileira (nome da substância ativa). Ainda sobre este dado, é valido informar que um mesmo fármaco pode ter

sido solicitado várias vezes entre os anos pesquisados, mas com apresentações distintas, ou seja, ora por seu nome comercial, ora por seu princípio ativo.

Para a leitura dos dados utilizou-se a RENAME edição de 2013, visto que a mesma vigorou até março de 2015, quando a nova edição da RENAME 2014, foi disponibilizada (BRASIL, 2015). Informa-se ainda que para a identificação de medicamentos que possuem registro no Brasil, utilizou-se o site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no setor de consulta de produtos.

Vislumbra-se que os 257 medicamentos listados no quadro 4, representam respectivamente 58 demandas ajuizadas por estes itens em 2012 (19,4%), 75 (29,4%) em 2013 e 28(13,4%) em 2014. Entre estes, nota-se a presença de medicamentos que foram ajuizados, mesmo sem possuírem registro sanitário junto à ANVISA e Ministério da Saúde no Brasil, fato esse que proíbe a comercialização e venda destes no país, ou ainda de medicamentos que mesmo estando enquadrados nos Componentes de dispensação da Assistência Farmacêutica, foram expressos em demandas judiciais. Ambos os casos estão descritos pelo Quadro 4.

Gandini (2010, p.03-04), afirma que a quantidade de demandas em busca de medicamentos é tão alta, que o fenômeno pode ser chamado de "Judicialização da Assistência Farmacêutica", "Judicialização da Saúde" ou "Fenômeno da Judicialização dos medicamentos".

Entre as 257 apresentações farmacêuticas analisadas (Quadro 4), 253 possuem registro do Ministério da Saúde junto a ANVISA, ou seja, são substâncias cuja comercialização e dispensação estão autorizadas no país. Destas, 111(43,2%) remetem a medicamentos existentes na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), 44 (17,1%) presentes na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e 102 (39,7) ausentes na RENAME e REMUME. Cita-se ainda que é de 135 (52,5%) o total de fármacos solicitados por seus nomes comerciais e 122 (47,5%) por suas substancias ativas (DCB). Observa-se o tendenciamento das prescrições médicas devido a influencia da Indústria Farmacêutica, e/ou ainda, o desconhecimento das listas oficiais de medicamentos do SUS. A presença de prescrições pelo nome da marca pode ainda ser explicada pelo fato de muitos pacientes realizarem suas consultas na rede privada, mas buscarem os medicamentos na rede pública.

No Quadro 4, apresentam-se as descrições dos medicamentos tutelados a fim de facilitar a leitura e entendimento de suas caracterizações, considerando que alguns princípios ativos se repetiram em varias demandas judiciais entre os anos estudados.

Quadro 4 – Caracterização das demandas ajuizadas por medicamentos e de acordo com a RENAME(Brasil) e REMUME de Imperatriz-MA e os componentes da Política de Assistência Farmacêutica(AF) entre os anos de 2012 a 2014.

MEDICAMENTO SOLICITADO	ESPECIFICAÇÕES DOS MEDICAMENTOS			COMPONENTE AF			ANO		
	DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA	RENAME	REMUME	CBAF	CESAF	CEAF	2012	2013	2014
AAS 100mg	Ácido Acetilsalicílico	P	P	X					x
Aclasta	Ácido zoledrônico	A	A				xx		
Ácido Fólico 5mg	Ácido Fólico	P	P	X					x
Abatacept 500 mg	Abatacept	P	A		X			x	
Ablok Plus 100mg	Atenolol + Clortalidona	A	A						x
Addera D3	Colecalciferol + Vit.D3	P	P	X				x	
Adalat R 100mg	Nifedipino (liberação prolongada)	A	A					x	
Alenia 12/40mg	Fomoterol+budesonida	P	A			X		x	
Aldactone 25 mg	Espirinolactona	P	A	X				x	
Alektos 20mg	Bilastina	A	A				x		
Alvesco 160 mg	Ciclesonida	A	A				x		
Amitriptilina 25mg	Amitriptilina	P	A	X					x
Amitril 25 mg	Amitriptilina	P	A	X				x	
Amplictil 0,5mg***	Cloridrato de Clorpromazina***	P	P	X			x		
Amplictil 100mg	Cloridrato de Clorpromazina	P	P	X				x	
Anlodipino 5mg	Anlodipino	P	P	X					x
Anoxium 10mg	Olanzapina	P	A			X			x
Apraz 0,5mg	Alprazolam	A	A						
Aradois 50mg	Losartana Potassica	P	A	X			x		
Asmax 1mg/ml	Cetotifeno	A	A					x	
Assert 25mg	Sertralina	A	A				xx		
Ayslim 150mg*	Extrato de Manga Africana*	A	A				x		
Atenolol 50mg	Atenolol	P	P	X					xx
Aterogrel 75mg	Bissulfato de clopidogrel	P	P	X				x	
Atorvastatina 40mg	Atorvastatina calcica	P	A			X			x
Atrovent 0,025mg/ml	Brometo de Ipratrópio	P	P	X			x	x	
Azatioprina 50 mg	Azatioprina	P	A			X			x
Azopt colírio 1%	Brinzolamida	P	A			X	x		
	Baclofeno	A	A				x	x	
Bactrim 800/40mg/ml	Sulfametoxazol + trimetropina	P	P	X					x
Balcor 240mg***	Cloridrato de diltiazem***	A	A				xx		
Bamfix	Cloridrato de Bamicilina	A	A						x
Bariogel	Sulfato de Bário	A	A						x
Beminal	Polivitaminico	A	A				x	x	
Benerva 300mg	Tiamina (vitamina B1)	P	P	X					x

Continua

MEDICAMENTO SOLICITADO	ESPECIFICAÇÕES DOS MEDICAMENTOS			COMPONENTE AF			ANO		
	DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA	RENAME	REMU ME	C B A F	C E S A F	C E A F	2012	2013	2014
Bevacizumabe 400mg	Bevacizumab	A	A				xx		xx
Benzetacil 600.000UI	Penicilina benzantina	P	P	X			x		
Berotec 5mg	Bromidrato de fenoterol	A	A				x	x	
Biofenac 50mg	Diclofenaco de dietilamonio	A	A					x	
Bromazepam 6mg	Bromazepam	A	A				x	x	
Brometo de Tiotrópico 2,5mcg	Brometo de Tiotrópico	A	A				x	x	
Bronfilil 25mg	Acebrofilina	A	A					xxx	
Carbolitium 450mg	Carbonato de Lítio	A	A					x	
Carbonato de Lítio 300mg	Carbonato de Lítio	P	P	X			x	x	
Cardizen 60mg	Cloridrato de diltiazem	A	A					x	
Carvedilol 25mg	Carvedilol	A	A					x	
Carveject 10mg***	Alprostadil	A	A					xxx	
Carveject 20mg***	Alprostadil	A	A					xx	
Cetiva AE 5000UI/30/65mg	Vit.A + Vit.C + Vit. E	A	A				x		
Ciclosporina 25mg	Ciclosporina	P	A			X	x		
Ciclosporina 50mg	Ciclosporina	P	A			X	x		
Ciprofibrato 100mg	Ciprofibrato	P	A			X	x		
Ciprofloxacino 500mg	Ciprofloxacino	P	P	X					x
Cisteamina 50mg*	Cisteamina* (Birttrato de Mercaptamina)	A	A				x		
Clavulin 500/125mg	Amoxicilina + clavulanato de potássio	P	A	X			x		
Clenil HFA	Dipropionato de Beclometasona	P	A	X				x	xx
Clexane 80mg	Enoxaparina sódica.	A	A				x		x
Clonazepam 2,5mg	Clonazepam	A	A					x	
Clopin 75mg	Clopidogrel	P	P	X				x	
Clopidogrel 75mg	Clopidogrel	P	P	X			xx	xx	
Clopiroxol 10mg	Dicloridrato de zuclopentixol	A	A				x		
Clopiroxol Depot injetável 200mg	Dicloridrato de zuclopentixol em óleo vegetal	A	A				x		
Colchicina 0,5mg	Colchicina	A	A					x	
Condonflex 400/500mg	Sulfato de glicosamina + Sulfato sódico de condroitina	A	A					x	
Combiron	Ácido Ascórbico + Piridoxina + Nicotinamida + Tiamina + Sulfato Ferroso + Riboflavina + Ácido Pantotênico + Pantotenato de Cálcio	A	A				x		
Complexo B	Vit. B1+B2+ B3+ B5+ B6+ B7+ B9 e B12	A	A				xx		x
Cystagon 150mg*	Cistamine* (Birttrato de Mercaptamina)	A	A					xx	
D	Daxas 500mg	Roflumilaste	A	A			xxx	xx	
D	Deca-durabolín 25mg	Decanoato de nandrolona	A	A					x
D	Decitabina 50mg	Decitabina	A	A				x	

Continua

MEDICAMENTO SOLICITADO	ESPECIFICAÇÕES DOS MEDICAMENTOS			COMPONENTE			ANO		
	DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA	RENAME	REMU ME	C B A F	C E S A F	C E A F	2012	2013	2014
Deflazacort 15mg	Deflazacort	A	A						x
Depakote ER 500mg	Divalproato de sódio	A	A				x	x	
Depakene 300mg	Valproato de sódio	A	A					xx	
Diacqua 25mg	Espironolactona	P	A	X			xxxx		x
Diazepam 5mg	Diazepam	P	P	X				x	
Digeplus 40/7/50mg	Dimeticona + metoclopramida + pepsina	A	A				x		
Digeliv	Digeliv (Enzima digestiva)	A	A						x
Digoxina 0,25mg	Digoxina	P	P	X			x	x	
Dimefor 850mg	Cloridrato de metformina	P	P	X			xx		
Dimorf 30mg	Sulfato de morfina	P	A			X		x	
Diovan HCT 320mg/12,5mg	Valsartana + hidroclorotiazida	A	A				xx		
Diovan AMLO fix 320/5mg	Valsartana + Anlodipino	A	A				xx		
Domperidona 10mg	Domperidona	A	A				x		
Donaren 150mg	Cloridrato de trazodona	A	A					xx	
Donaren Retard 150mg	Cloridrato de trazodona	A	A					xx	
Donepezila 10mg	Donepezila	P	A			X		x	
Doxorrubicina Lipossomal peguilada 20mg	Doxorrubicina Lipossomal peguilada	A	A					xx	
Duloxetina 30mg	Duloxetina	A	A					xx	
Duo-Travatan colirio	Travoprost + Maleato de Timolol	A	A				xx		
E									
Endofolin 2mg	Ácido Fólico	P	P	X			x		
Enoxaparina 40mg	Enoxaparina Sódica	A	A				x		
Espiramicina 1,5mg	Espiramicina	P	A	X			x		
Espironolactona 25mg	Espironolactona	P	A	X			xx		
Etna	Acetato de Hidroxocobalamina + Trifosfato Trissódico de Uridina + Fosfato Dissódico de Citidina	A	A	X			x	x	
Euthyrox 50mcg	Levotiroxina sódica	P	A	X			x		
Euthyrox 75mcg	Levotiroxina sódica						x		
Exelon 1,5mg	Rivastigmina	P	A			X		x	x
Exodus 20mg	Oxalato de escitalopram	A	A						x
Ezetimibe 10mg	Ezetimibe	A	A				x		
F									
Felbatol 600mg*	Felbamato*	A	A					x	
Fermathron 20mg	Hialuronato de sódio	A	A				x	x	
Filgrastim 300mcg	Filgrastim	P	A			X		x	
Floratil 100mg	Floratil*	A	A				x		
Fluvastatina 10mg	Fluvastatina	P	A			X	x		
Fluxene 20mg	Cloridrato de fluoxetina	P	P	X			x		
Folacin 5mg	Ácido Fólico	P	P	X			x		
Formoterol/Budesonida 400mg	Formoterol + Budesonida	P	A			X	xx		
Furosemida 40mg	Furosemida	P	P	X					x
G									
Gabaneurin 300mg	Gabapentina	P	A			X		x	
Gabapentina 400mg	Gabapentina	P	A			X		x	
Glibenclamida 5mg	Glibenclamida	P	P			X			x
Glifage 500mg	Cloridrato de metformina	P	A	X				xxx	

Continua

	MEDICAMENTO SOLICITADO	ESPECIFICAÇÕES DOS MEDICAMENTOS			COMPONENTE			ANO		
		DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA	RENAME	REMU ME	C B A F	C E S A F	C E A F	2012	2013	2014
	Glifage XR 500mg	Cloridrato de metformina	A	A				x		
	Glifage XR 750 mg	Cloridrato de metformina	A	A				x		
	Glimepil 1mg	Glimepirida	A	A				xx		
	Granulokine 300mg	Filgrastim	P	A			X		x	xx
	Gymnema 150mg	Gymnema Silvestre Extrato Seco 75%	A	A				x		
H	Haldol 5mg	Haloperidol	P	P	X			xxx		
	Haldol Decanoato 70,52mg/ml	Decanoato de haloperidol	P	A	X			x		x
	Herceptin 440mg	Trastuzumabe	A	A				x		
	Hidantal 100mg	Fenitoína	P	P	X					x
	Hidrocín sol. nasal	Dexametasona Fosfato	A	A				x		
	Hidroxiclороquina 400mg	Hidroxiclороquina	P	A			X		x	
	Hidroclorotiazida 25mg	Hidroclorotiazida	P	P	X				x	
	Hidroxiuréia	Hidroxiuréia	P	A			X		x	
	Hidróxido de Ferro 100mg	Hidróxido de Ferro	A	A						x
Hipoderme	Retinol + Colecalciferol + Óxido de zinco	A	A					x		
	Hydrea 500mg	Hidroxiuréia	P	A			X	x		
I	Ictus 6,25mg	Carvedilol	P	A	X			x	x	
	Imunotech**	**						x		
	Imuran 50mg	Azatioprina	P	A			X	xx		
	Insulina Anidra	Insulina Anidra	A	A					x	
	Insulina Lantus	Insulina Lantus	A	A				x	xxxx	x
	Isotretinoína 10mg	Isotretinoína	P	A			X			
	Isotretinoína 20mg	Isotretinoína	P	A			X		xx	
K	Karvil 12,5mg	Carvedilol	P	A	X			xx		
L	Labirin 24mg	Dicloridrato de betaistina	A	A					xxx	
	Lactosil 1000	Lactosil (Enzima digestiva)	A	A						x
	Lactulona 667mg	Lactulose	P	A	X			xx		
	Lactulose probiótica	Lactulose probiótica*	A	A						
	Lamitor 100mg	Lamotrigina	P	A			X		x	
	Lasix 40mg	Furosemida	P	P	X			xx		
	Leucogen 80mg	Timomodulina	A	A					x	x
	Levotiroxina 50mcg	Levotiroxina sódica	P	A	X			x		
	Lipiblock 120mg	Orlistate	A	A				x		
	Lonium 40mg	Brometo de otilônio	A	A						x
	Losartana 50mg	Losartana potássica	P	A	X				x	xxx
	Lopigrel 75mg	Bissulfato de clopidogrel	P	P	X			xx		
	Lupron 3,75mg	Acetato de leuprolida	P	A			X	xx	x	
	Lucentis intravítrea	Ranivizumabe	A	A				x		x
	Lyrice 75mg	Pregabalina	A	A					x	
M	Mabthera 10mg/10ml	Rituximabe	P	A			X	x	x	
	Mabthera 500mg/50ml	Rituximabe	P	A			X		xxx	
	Macrofantina 100mg	Nitrofurantoína	P	A	X			x		
	Mantidan 100mg	Cloridrato de amantadina	P	A			X		x	
	Marevan 5mg	Varfarina Sódica	A	A					xxxxx	

Continua

MEDICAMENTO SOLICITADO	ESPECIFICAÇÕES DOS MEDICAMENTOS			COMPONENTE			ANO			
	DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA	RENA ME	REMU ME	C B A F	C E S A F	C E A F	2012	2013	2014	
Meloxicam 7,5mg	Meloxicam	A	A						x	
Mentaliv 200mg	Mentha Piperita	P	A	X				x		
Mesacol 800mg	Mesalazina	P	A			X		x		
Mesacol 1200mg	Mesalazina	A	A					xx		
Metronidazol 150mg	Metronidazol	A	A						x	
Micofenolato de mofetila 500mg	Micofenolato de mofetila	P	A			X		x	x	
Minilax 714/7,70mg	Sorbitol + laurilsulfato de sódio	A	A					x		
Mirtazapina 50mg	Mirtazapina	A	A					x		
Monocordil 20mg	Mononitrato de isossorbida	P	A	X			xx	x		
N	Nausebron 8mg	Cloridrato de Ondansetrona	P	P	X			x		
	Nasoclean	Solução salina isotônica de água do mar	A	A				x		
	Nebilet 5mg	Nebivolol	A	A				xx		
	Neozine 100mg	Levomepromazina	P	P	X			xx		
	Noripurum 100mg	Hidróxido de Ferro	P	A			X	x		
	Nutrical D 1250mg/200UI	Carbonato de cálcio de ostra + vitamina D	P	A	X					x
O	Olanzapina 10mg	Olanzapina	P	A			X	xxx		
	Oleptal 300mg	Oxcarbazepina	A	A					xxxx	
	Omeprazol 20mg	Omeprazol	P	P	X				x	
	Omeprazol 40mg	Omeprazol	A	A				xx	x	
	Oscal D 400mg+500UI	Carbonato de Cálcio + Vitamina D	A	A					x	x
	Osteoban	Ibandronato de Sódio	A	A						x
P	Paco 30/500mg	Paracetamol + Fosfato de Codeína Hemiidratada	A	A						xx
	Pantoprazol 20mg	Pantoprazol sódico sesqui-hidratado	A	A				xx		
	Pantoprazol 40mg	Pantoprazol sódico sesqui-hidratado	A	A				xx		
	Paroxetina 20mg	Cloridrato de Paroxetina	A	A				x		
	Pedialyte 45	Cloreto de Sódio+Citrato de Potássio+Citrato de Sódio+Glicose	A	A				x		
	Piportil L4 25mg	Palmitato de Pipotiazina	A	A				x		
	Plurair Spray 50mcg	Propionato de Fluticasona	A	A					x	
	Postec 150UTR/2,5mg	Hialuronidase + Valerato de Betametasona	A	A					x	
	Prednisona 5mg	Prednisona	P	P	X				x	
	Prednisona 20mg	Prednisona	P	P	X			xx		
	Proctyl Pomada 0,1g/g + 0,01g/g	Policresuleno + Cloridrato de Cinchocaína	A	A						x
	Prolopa 200/50mg	Levodopa + Cloridrato de benserazida	P	P	X				xx	
	Protovit Plus	Cloridrato de piridoxina + palmitato de retinol + cloridrato de tiamina + fosfato sódico de riboflavina + nicotinamida + dexpanthenol + biotina + ácido ascórbico + acetato de ergocalciferol + acetato de racealfatocoferol	A	A				x		

Continua

MEDICAMENTO SOLICITADO	ESPECIFICAÇÕES DOS MEDICAMENTOS			COMPONENTE			ANO			
	DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA	RENAME	REUME	CBAF	CESAF	CEAF	2012	2013	2014	
Puran T4 75mg	Levotiroxina Sódica	P	A	X			xx			
Q	Quelatus	Iodo + biotina + ácido pantotênico + molibidênio + palmitato de retinol + cloridrato de tiamina + riboflavina + niacina + cloridrato de piridoxina + cianocobalamina + ácido ascórbico + colesterciferol + acetato de tocoferol + ácido fólico + cálcio citrato malato + selênio + dicálcio malato + cobre (glicinato quelato) + cromo (nicotinato glicinato quelato) + ferro (bisglicinato quelato ferroso) + magnésio (glicinato quelato) + manganês (glicinato quelato) + zinco (glicinato quelato)	A	A					x	x
	Quelatus Senior	Iodo + biotina + ácido pantotênico + molibidênio + palmitato de retinol + riboflavina + niacina + cloridrato de piridoxina + ácido ascórbico + colesterciferol + acetato de tocoferol + cálcio citrato malato + mononitrato de tiamina + cianocobalamina + ácido fólico + selênio + dicálcio malato + cobre (glicinato quelato) + cromo (nicotinato glicinato quelato) + magnésio (glicinato quelato) + zinco (glicinato quelato) + dimagnésio malato	A	A					x	
	Quetiapina 100mg	Fumarato de Quetiapina	P	P			X		x	
R	Ranitidina 150mg	Ranitidina	P	P	X			xx	x	
	Relestat colírio 0,5mg	Cloridrato de epinastina	A	A				x		
	Revenge 37,5/325mg	Cloridrato de Tramadol+Paracetamol	A	A				x		
	Revolade 50mg	Eltrombopague olamina	A	A			x	x		
	Risperidona 1mg	Risperidona	P	A			X	x	xx	x
	Risperidona 2mg	Risperidona	P	A			X		x	
	Ritalina 10mg	Metilfenidato	A	A				xxxx	xx	
	Ritalina 20mg	Metilfenidato	A	P	X				x	x
	Ritalina LA 20mg	Metilfenidato	A	A						x
	Rivotril 2mg	Clonazepam	A	P	X			x	xx	
	Rovamicina 500mg	Espiramicina	P	A	X				xx	
Rosuvastatina 10mg	Rosuvastatina	A	A				xx			
S	Selozok 50mg	Felodipino + Succinato de Metoprolol	A	A				xx		
	Seretide diskus 50/250mg -60 doses	xinafoato de salmeterol + propionato de fluticasona	A	A				x	xxx	

Continua

MEDICAMENTO SOLICITADO	ESPECIFICAÇÕES DOS MEDICAMENTOS			COMPONENTE			ANO		
	DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA	RENA ME	REME UME	C B A F	C E S A F	C E A F	2012	2013	2014
Seretide diskus 50/500mg - 60 doses	xinafoato de salmeterol + propionato de fluticasona	A	A						x
Sifrol 0,25mg	dicloridrato de pramipexol	P	A			X		x	
Singulair	montelucaste de sódio	A	A				x		
Sinvastatina 20mg	Sinvastatina	P	P	X				x	
Sinvastatina 40mg	Sinvastatina	P	A	X			xx		
Sinvascor 10mg	Sinvastatina	P	A	X				x	
Somalgin Cardio 100mg	Ácido Acetilsalicílico	A	A				xxxx	xx	
Somalgin Cardio 200mg	Acido Acetilsalicilico	A	A					x	
Somalium 6mg	Bromazepam	A	A						x
Somatripina 4UI	Somatropina	P	A			X	x		
Spiriva 2,5mcg	Brometo de tiotrópio	A	A				xxx		
Sulfadiazina de Prata	Sulfadiazina de Prata	P	P	X					x
Sustrate	Propatilnitrato	A	A				xx		
Synagis 100mg	Palivizumabe	A	A					x	
Systane UL colírio	Hidratante oftálmico*	A	A					x	
T	Talidomida 100mg	Talidomida	P	A		X			x
	Tansulosina 0,4 mg	Tansulosina					x		
	Tadalafila 10mg	Tadalafila	A	A				xxxxxx	
	Tecomet 2,5mg	Metotrexato	P	A		X		x	
	Tegretol 200mg	Carbamazepina	P	P	X		xxx	xx	
	Tegretol 400mg	Carbamazepina	P	A	X		x	x	
	Tioridazina 50mg	Tioridazina	A	A			x		
	Toxina botulínica	Toxina botulínica	P	A		X			x
	Tramal 100mg	Cloridrato de tramadol	A	A				xx	
	Travatan colírio 0,04%	Travoprosta 0,04mg/ml	P	A		X	x		
	Triaxin 1mg	Ceftriaxona sódica	P	A	X		x		
	Tylox 7,5mg	Paracetamol + fosfato de codeína	A	A				x	
U	Usarcol 300mg****	Ácido ursodesoxicólico	A	A			xx		
	Uro - vaxom	Lisado bacteriano de Escherichia coli	A	A			x		
V	Vacina Antialérgica injetável	Vacina Antialérgica injetável	A	A				xx	xx
	Vacina Antialérgica oral	Vacina Antialérgica oral	A	A			x		
	Vacina trialérgica oral	Vacina trialérgica oral	A	A					x
	Valproato de sódio 250mg	Valproato de sódio	P	P	X		x		
	Venalot 15/90mg	Cumarina+Tri-Hidroxiethylrutina	A	A					x
	Venovaz 500mg	Diosmina + hesperidina	A	A				xxxxxx	
	Versa 40mg	Enoxaparina Sódica	A	A				x	x
	Versa 80mg	Enoxaparina Sódica	A	A			x	x	
	Vertizine D 3/10mg	Mesilato de diidroergocristina+ Dicloridrato de flunarizina	A	A				x	
	Vitamina C	Ácido Ascórbico	A	A					x
	Vitamina D	Colecalciferol	A	A					x
	Vitamina E	Acetato de dextroalfatocoferol	A	A				x	

Continua

X	Xarelto 20mg	Rivaroxabana	A	A					xxx	xxx
	Xefo 4mg	Lornoxicam	A	A					x	
	Xenical 120mg	Orlistate	A	A					x	
Z	Zina 5mg	Dicloridrato de Levocetirizina	A	A					x	x
	Zoxipan 20mg	Citalopram	A	A					xx	
	Zyprexa 10mg	Olanzapina	P	A			X		x	

Conclusão

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

Onde: P: Presença do medicamento na(s) lista(s) oficial (ais) / A: Ausência medicamento na(s) lista(s) oficial (ais).

X: Medicação que faz parte do Componente da AF

x, xx, xxx, xxxx, xxxxx: Presença de judicialização por determinado medicamento de acordo com ano e número de solicitações por demanda repetidas para um mesmo fármaco;

*: Medicamento sem registro pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária(ANVISA) no Brasil

** : Não se trata de um medicamento, e sim de uma marca fornecedora de vacinas antialérgicas no Brasil; ***: Medicamento com prescrição e/ou apresentação farmacêutica errônea; ****: Medicamento disponibilizado pelo Governo do Estado do Maranhão, através de cadastramento de paciente, via Farmácia Estadual de Medicamentos (FEME)

Sobre as 257 apresentações farmacêuticas listadas acima, incluem-se 4 (1,9%) medicamentos que não possuem registro no Brasil, sendo estes o Ayslim, cujo a substancia ativa é o Extrato de Manga africana, usado como coadjuvante no emagrecimento; a Cisteamina 50mg e Cystagon, ambos tendo como Princípio ativo a substancia Birtatrato de Mercaptamina e; o medicamento Felbatol, cujo princípio ativo é o Felbamato (Figura 2).

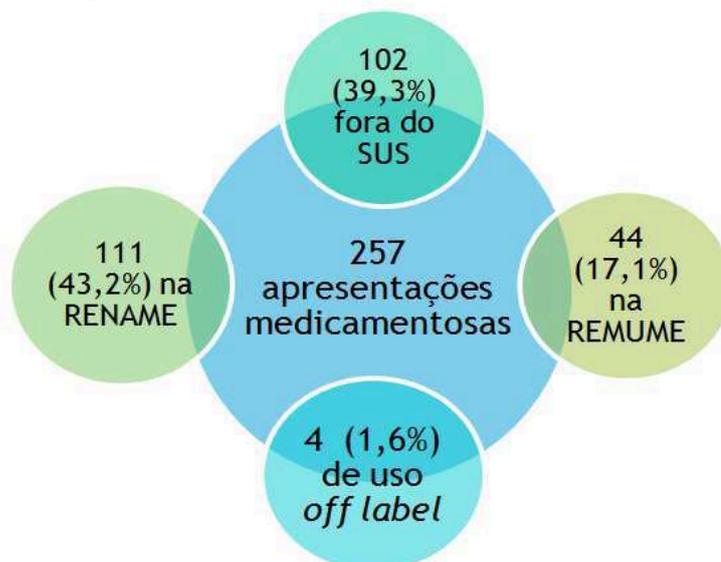


Figura 3 – Caracterização dos medicamentos ajuizados de acordo com a RENAME e REMUME de Imperatriz-MA e os componentes da Política de Assistência Farmacêutica(AF) entre os anos de 2012 a 2014.

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

Os resultados do presente estudo reafirmam as colocações apontadas por Figueiredo (2010) ao demonstrar que comumente são localizados em estudos sobre a judicialização da AF, características comuns a todas as regiões, estando incluídas nessas, o fato de a maioria das demandas serem deferidas via judiciário, tendo por base apenas a prescrição médica e ainda o fato de a prescrição conter tanto medicamentos contemplados ou não pela AF do SUS, como aqueles sem registro no Brasil ou com indicações terapêuticas distintas das autorizadas pelo registro sanitário.

Pepe et al., (2010) explana acerca da segurança do paciente, visto que em muitos casos de demandas judiciais é possível localizar medicamentos tidos como “novos”, onde a eficácia terapêutica ainda não foi comprovada, assim como as indicações terapêuticas, dessa forma, se favorece a introdução de novas tecnologias ou medicamentos de forma irregular no Brasil.

Cita-se ainda, que por vezes, a incorporação de novas substâncias se dá por pressões exercidas pela Indústria farmacêutica junto a prescritores e até mesmo dos pacientes. Atualmente o termo *off label* é utilizado para designar medicamentos sem registro sanitário no Brasil ou fora das indicações para as quais foram registrados. Angell (2007) alerta para os riscos que o uso dos medicamentos *off label* podem trazer aos pacientes.

É necessário compreender que uma vez que determinado medicamento seja registrado e autorizado pela ANVISA no Brasil, não necessariamente o SUS será obrigado a acrescentá-lo em suas listas (VIEIRA, 2008).

Pela análise dos medicamentos presentes nas demandas judiciais estudadas, cita-se também, a presença de prescrições médicas errôneas, uma vez que os nomes dos medicamentos foram citados na presente pesquisa exatamente como estava na demanda judicial e receitas médicas que acompanhavam os autos. Assim, totalizaram-se em 3 (1,2%) os medicamentos prescritos e judicializados em apresentações farmacêuticas equivocadas, sendo estes o Amplictil (Cloridrato de clorpromazina), cujo foi prescrito em dosagem de 0,5mg e a mesma sequer existe; o medicamento Balcor 240mg, uma vez que as apresentações disponíveis são de 30mg e 60mg e; o medicamento Carveject 10 mg e 20mg (Alprostadil), que foi prescrito na apresentação farmacêutica de mg (miligramas) enquanto na verdade tratam-se de microgramas (mcg).

A Assistência Farmacêutica possui um ciclo de serviços a ser executado, este inclui as etapas de seleção, programação, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos (MARIN et al., 2003). A última etapa do ciclo refere-se diretamente à prescrição, dispensação e uso de medicamentos, para tal, faz-se imprescindível a necessidade de prescrições adequadas, tanto para cumprimento dos parâmetros da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011, p. 2 - 4), como para ampliação do Uso Racional de Medicamentos, outro pilar da Assistência Farmacêutica no SUS.

Os problemas de gestão da AF não se restringem apenas à entrega de medicamentos incorporados ou não nas listas oficiais públicas. As demandas crescentes de ações judiciais forçam o farmacêutico a se ver fora do Ciclo da AF, pois uma característica típica das demandas analisadas é a condenação do município por Tutela Antecipada, onde neste tipo de ajuizamento, o medicamento deve ser entregue imediatamente ao paciente, removendo assim a possibilidade de análise coerente da prescrição pelo profissional farmacêutico. Esta demanda é, em boa parte dos casos, encaminhada diretamente ao setor de compras das secretarias de saúde e por estarem com suas prescrições equivocadas, ou seja, prescritas com nomes de medicamentos, doses/concentrações e, apresentações erradas, promovem ainda mais lentidão no atendimento ao paciente reclamante.

Para Pepe (et al., 2010) existem ponderações que devem ser feitas, acerca da judicialização da saúde, que prima por medicamentos como pedidos reclamados, pois estas, podem gerar inúmeros problemas na Gestão da Política de Assistência Farmacêutica, visto que, a resposta às demandas judiciais, geralmente o mais rápido possível, foge aos planejamentos dos serviços, e criam demandas diferenciadas e paralelas, quem em suma, representam maiores gastos à administração pública.

Fleury (2012) aponta que já é possível observar ordens judiciais que primam pelo direito coletivo e fogem de tutelas exóticas, e que a fase das tutelas individualizadas que causam forte aumento dos gastos públicos está acabando, visto que é crescente o número de tutelas que responsabilizam os 3 níveis de governo e que buscam soluções de interesse público e não apenas individualizado.

Sabe-se também, que no tocante à segurança do paciente, a judicialização contra a PNM e AF, pode representar riscos aos pacientes, em razão prescrições inadequadas, mesmo que de medicamentos já selecionados e incorporados nas

listas e protocolos clínicos do SUS, e em especial, na prescrição de novos medicamentos ou ainda, novas indicações terapêuticas para os quais as evidências científicas ainda não se encontram bem estabelecidas (PETERSEN, 2014).

O acesso a medicamentos e tratamentos específicos faz parte dos princípios que regulamentam o funcionamento do SUS e de seus programas, visto que a Integralidade prega o atendimento do usuário do Sistema de forma integral e de maneira a abranger todas as suas necessidades de saúde.

Ainda, na descrição de variáveis que permeiam as demandas judiciais pelos medicamentos listados no quadro 4, retorna-se ao resultado de que de 257 apresentações medicamentosas, 102 (39,7%) encontravam-se fora das listas oficiais analisadas, 111 (43,2%) encontram-se registradas na Relação Nacional de Medicamentos do Brasil (RENAME), e apenas 44 (17,1%) na Relação Municipal de Medicamentos. A mesma proporção da REMUME se aplica à dispensação dos medicamentos através do Componente Básico da Assistência Farmacêutica de Imperatriz-MA, visto que este componente refere-se aos medicamentos dispensados em nível de atenção básica do município.

Aliado ao dado acerca da presença ou ausência dos medicamentos judicializados nas listas oficiais do SUS, apresenta-se aqui, a frequência e repetições dos medicamentos entre os anos pesquisados, onde o total de 257 apresentações farmacêuticas aumenta, visto que vários medicamentos se repetem em um mesmo ano ou nos três estudados. Assim temos, considerando as repetições, 356 medicamentos prescritos e tutelados judicialmente, dado este já informado anteriormente. Assim, identificou-se:

- 25 solicitações se repetiram em 2012 e 2013;
- 06 solicitações se repetiram em 2012 e 2014 (ausência em 2013);
- 13 solicitações se repetiram em 2013 e 2014 (ausência em 2012) e;
- 02 solicitações se repetiram em 2012, 2013 e 2014.

A tendência demonstrada anteriormente pela Tabela 4, acerca da diminuição da judicialização por medicamentos no ano de 2014, novamente se concretiza com este último dado apresentado pelo Quadro 4. Entretanto, mesmo com a diminuição das judicializações ao longo do período de estudo, as demandas por itens inclusos

nas listas do SUS ainda chamam bastante atenção e por isso volta a ser discutida adiante.

O Componente Básico da AF (CBAF) a nível municipal inclui também os medicamentos conhecidos como psicotrópicos e inclusos na Portaria 344/98 do Ministério da saúde, elencando estes os medicamentos de saúde mental. Para Brasil (2001) o CBAF é destinado à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados deste nível de atenção.

Todos os municípios do país, devem arcar com a elaboração de suas respectivas Relações Municipais de Medicamentos, e em suma, os medicamentos presentes nestas, devem estar presentes também na RENAME brasileira, salvo casos em que devido à características da saúde local, podem ser acrescentados medicamentos que não estão na RENAME.

Em Imperatriz-MA, cita-se o caso dos medicamentos Metilfenidato 20mg e Clonazepam 2mg , que se encontram presentes na REMUME do município, entretanto não estão presentes na RENAME. A inclusão destes explica-se pela ação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) local que julgou, analisou e deferiu a inclusão dos mesmos devido a crescente demanda de solicitações por tais medicamentos. Neste caso, o recurso utilizado para a compra do medicamento sai do fundo municipal de saúde e não do recurso específico da AF.

Para Sant'Ana (2009), a seleção de um grupo de medicamentos, conhecidos como essenciais e previstos na lista oficial da RENAME, representam a criação de categorias de medicamentos com a melhor relação custo-benefício para determinadas condições patológicas e que refletem as necessidades coletivas, pois características epidemiológicas são consideradas e ponderadas.

Quando se compara esta informação, com o total de 17,1% de medicamentos do componente básico tutelados judicialmente, remete-se diretamente à informação de Petersen (2014), onde muitos medicamentos podem ser alvos de demandas, mesmo estando elencados nas listas oficiais do SUS. Possivelmente, o desconhecimento das listas por parte dos prescritores, seria o principal motivo para este acontecimento, mas é válido ressaltar que a atualização constante destas listas, influi diretamente sobre o acesso a medicamentos por parte

da população. A manutenção da REMUME com base nas necessidades locais é fundamental para a diminuição da judicialização deste componente da AF.

Para Petersen (2014, p.105-106), vários são os motivos que remetem à negativa de acesso a medicamentos ao paciente/cidadão e estão apresentados no Quadro 5, abaixo:

MOTIVOS PARA A NEGAÇÃO AO ACESSO AO MEDICAMENTO	
1.	Quando o fármaco solicitado não estiver contemplado pela lista oficial de medicamentos que compõem a RENAME, uma vez que a existência da mesma é fundamental para a PNAF;
2.	Caso o fármaco estiver presente na RENAME, porém as indicações de uso para o mesmo não se enquadram nos critérios estabelecidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCTD's) ou não ficar comprovada a gravidade da Doença ou ainda a inconsistência dos tratamentos de primeira escolha;
3.	Sempre que o fármaco solicitado tiver sido prescrito para um diagnóstico distinto daquele indicado na bula do mesmo, configurando assim o chamado uso <i>off label</i> (termo utilizado para designar medicamentos sem registro sanitário no Brasil ou fora das indicações para as quais foram registrados);
4.	Quando o fármaco solicitado encontra-se incluso na RENAME e nos Protocolos Clínicos, porém é destinado ao tratamento de alguma doença em específico, divergindo do diagnóstico declarado pelo médico prescritor, mesmo que sua bula o indique para o tratamento de outras doenças além das referidas pelos PCTD's;
5.	Caso o fármaco solicitado ainda não tenha obtido registro junto a ANVISA, visto que a mesma regula a comercialização de produtos em todo o país, exigindo para a tal a comprovação da segurança e eficácia do produto, como critério para liberação da venda.
6.	Pela falta do emprego das verbas destinadas à compra de medicamentos oncológicos, visto que devido ao alto custo dos mesmos, eles acabam sendo negados e fim de manter o dinheiro reservado à manutenção dos Centros Oncológicos;
7.	Quando por erro de gestão e atendimento, a medicação não for entregue ao paciente, mesmo que este esteja adequado ao tratamento do paciente e respaldado pelos Protocolos e listas oficiais de medicamentos no Brasil;
8.	Quando ocorrer a indisponibilidade do medicamento ao cidadão devido a erros administrativos como: Planejamento errôneo dos quantitativos a serem licitados, atrasos nas entregas, principalmente devido a erros por parte dos fornecedores e à falta de acompanhamento dos estoques;
9.	Quando os interesses da indústria farmacêutica conseguem induzir os profissionais médicos e estes prescrevem os medicamentos pelos seus nomes comerciais ou outras particularidades de posologia (formulas com associações, substâncias com liberação diferenciada, aplicações por canetas dosadoras, adesivos entre outros), desconsiderando a possibilidade de existência do mesmo, por sua substância ativa, na PNAF ou ainda, negando-se à substituição da apresentação comercial prescrita, pela disponibilizada pela lista do SUS.
10.	Caso mesmo sendo um fármaco pertencente a um dos componentes da PNAF, seu fornecimento for negado, visto que esta ação está aliada à análise minuciosa dos processos de paciente. Esta última etapa requer profissionais específicos e que sejam capazes de suprir a demanda necessária, entretanto, a falta de profissionais leva à ocorrência do não atendimento do cidadão, que por vez, possui apenas a opção da judicialização;
11.	Quando a medicação não for entregue, visto que a receita foi oriunda de prescrição médica da modalidade particular e não pelo SUS, mesmo havendo a existência de documentos que falem sobre a normativa da CIB e que esta tem flexibilizado este entendimento, aceitando prescrições que permeiam entre o público e o privado.

Quadro 5 – Principais motivos para a negação ao acesso ao medicamento.

Fonte: Adaptado de Petersen, 2014, p. 105-106

Buscando facilitar o entendimento dos dados expostos anteriormente no Quadro 5, apresenta-se a tabela 6, que demonstra acerca da ausência ou presença

das apresentações farmacêuticas judicializadas tanto na RENAME quanto na REMUME, bem como nos componentes da PNAF, não considerando o total de medicamentos com repetições em todos os anos, e sim as suas apresentações por ano.

Observa-se que durante os três anos alvos do estudo, independente das repetições de fármacos entre eles, as judicializações por medicamentos em Imperatriz-MA, seguem a tendência nacional de almejam medicamentos que não se enquadram nas listas do SUS, onde em 2012 estas representaram 67 (55,9%) demandas, em 2013, 67 (56,3%) e em 2014, 35 (53,1%).

É expressiva também a quantidade de medicamentos que mesmo presentes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), estão sendo judicializados. Considerando cada ano de forma isolada, e entendendo que as apresentações listadas podem ter se repetido entre eles, o CBAF representa 38 (31,6%) das apresentações farmacêuticas judicializadas em 2012, 28 (23,6%) em 2013 e 19 (29,7%) em 2014. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEBAF) aparece em segundo lugar no quesito de demandas judiciais, onde em 2012 apresentou 15 (12,5%) das demandas, em 2013 23 (19,3%) e em 2014, 10 (15,6%).

Quando considerado as 111 apresentações judicializadas e presentes na RENAME nos três anos de estudo, observa-se que 67 delas (60,4%) encontram-se presentes no CBAF. Relembra-se que 2 substâncias estavam na REMUME e não na RENAME (Quadro 4), mas que no município de estudo, são disponibilizadas pela rede básica de atenção a saúde. É o caso dos medicamentos Metilfenidato e Clonazepam. O CBAF ocupa então o primeiro lugar em termo de judicializações da Assistência Farmacêutica em Imperatriz-MA.

Para explicar sobre o CBAF, remete-se novamente à Petersen (2014), ao falar que erros de gestão e atendimento, podem causar a não entrega da medicação ao paciente, ou ainda, quando o medicamento encontrar-se em falta nos estoques das farmácias básicas em virtude dos planejamentos errôneos nos quantitativos de medicamentos a serem licitados; por atrasos nas entregas de medicamentos por parte do almoxarifado central; por atrasos de entrega dos fornecedores ou ainda por falta de gerenciamento de estoque.

Sobre o CEAF, pode citar-se que o não enquadramento de paciente aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas da AF (referido no quadro 5), representam um forte influenciador para o fenômeno da Judicialização da Assistência Farmacêutica, visto que o acesso é negado à aquele que não consegue cumprir os preceitos dos PCDT's.

Tabela 5 – Ausência e presença das apresentações farmacêuticas judicializadas entre os anos de 2012 a 2014, referentes às listas oficiais de medicamentos e componentes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

	AUSÊNCIA E PRESENÇA COM BASE NA RENAME E REMUME					
	2012		2013**		2014	
	N	%	N	%	N	%
Ausência na RENAME e REMUME	67	55,9	67	56,3	34	53,1
Presença na RENAME e ausência na REMUME	35	29,1	34	28,6	16	25
Presença na RENAME e REMUME	18	15	16	13,4	13	20,3
Presença apenas na REMUME*	0	0	2	1,7	1	1,6
TOTAL	120	100	119	100	64	100
	AUSÊNCIA E PRESENÇA COM BASE NOS COMPONENTES DA PNAF					
	N	%	N	%	N	%
Ausência em todos os componentes	67	55,9	67	56,3	34	53,1
Componente Básico da AF	38	31,6	28	23,6	19	29,7
Componente Estratégico da AF	0	0	1	0,8	1	1,6
Componente Especializado da AF	15	12,5	23	19,3	10	15,6
TOTAL***	120	100	119	100	64	100

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

Onde:

*: Os municípios podem adicionar algum medicamento que não se encontra na RENAME dependendo da realidade de saúde local, desde que o recurso para a compra deste não venha das contrapartidas da PANF; **: Mesmo que o volume de judicializações em 2013 tenha sido superior ao de 2012, o que se observou é que mais pacientes entraram na justiça por quantitativos menores de medicamentos em 2013, tornando a distribuição destes, semelhantes entre estes dois anos. ***: Cálculo baseado no total de 120 apresentações em 2012, 119 em 2013 e 64 em 2014.

Observa-se claramente a presença de medicamentos tutelados, mesmo que estes façam parte das listas oficiais ou componentes da Assistência Farmacêutica, tornando evidenciado o fato já discutido acerca do desconhecimento por parte de prescritores e defensores da Lei sobre a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, ou ainda problemas de gestão da PNAF, que incidem diretamente no acesso do paciente a medicamentos.

Seguindo uma tendência nacional, dos medicamentos reclamados através das ordens judiciais estudadas, cita-se ainda que entre os 111 presentes na RENAME, apenas 2 (1,8%) são disponibilizados pelo Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF). Tratam-se dos medicamentos Abatacept 500mg e Talidomida 100mg. Atualmente a dispensação dos mesmos é garantida pelo programa estratégico de prevenção e combate às hepatites e à hanseníase, respectivamente (Figura 2).

Sobre o CESAF, Brasil (2001) afirma que seu financiamento para o custeio dos medicamentos destinados ao tratamento de patologias que, por sua natureza, possuem abordagem terapêutica estabelecida, entre elas a tuberculose; hanseníase; malária; leishmaniose; doença de Chagas; e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais dos Programas de DST/AIDS; hemoderivados; e dos imunobiológicos. Com a publicação da Portaria GM/MS n. 3237/2007 (BRASIL, 2007), relacionada à regulamentação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, a partir de janeiro de 2008, passam a integrar este componente os medicamentos para os programas de combate ao tabagismo e de alimentação e nutrição. Este componente é financiado pelo Ministério da Saúde, que adquire e distribui os insumos a ele relacionados.

A judicialização pelos referidos medicamentos pode ser justificada pela não possibilidade recebimento via programa de dispensação, em muitos casos, a espera pelos tramites burocráticos para o recebimento deste medicamento, causa a desistência por parte do paciente e a judicialização de fato. Segundo, Petersen (2014), é uma condição observada em todo o país, o menor índice de judicializações em busca de medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.

Remetendo-se agora, ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), e não considerando as repetições entre anos, totalizou-se em

42 (37,8%) apresentações medicamentosas solicitadas para este componente, entre os 111 inclusos na RENAME e dos 257 tutelados judicialmente contra a Secretaria de Saúde de Imperatriz-MA (Figura 2).. É válido ressaltar que Imperatriz-MA possui uma Central Farmacêutica que dentre outros serviços, realiza o cadastramento e dispensação de medicamentos do CEAF, porém mesmo assim, este componente é o 2º mais judicializado frente à Política de Assistência Farmacêutica local.

O CEAF tem como principal característica a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, de agravos cujas abordagens terapêuticas estão estabelecidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde. Estes PCDT estabelecem quais são os medicamentos disponibilizados para o tratamento das patologias contempladas e a instância gestora responsáveis pelo seu financiamento. (BRASIL, 2001).

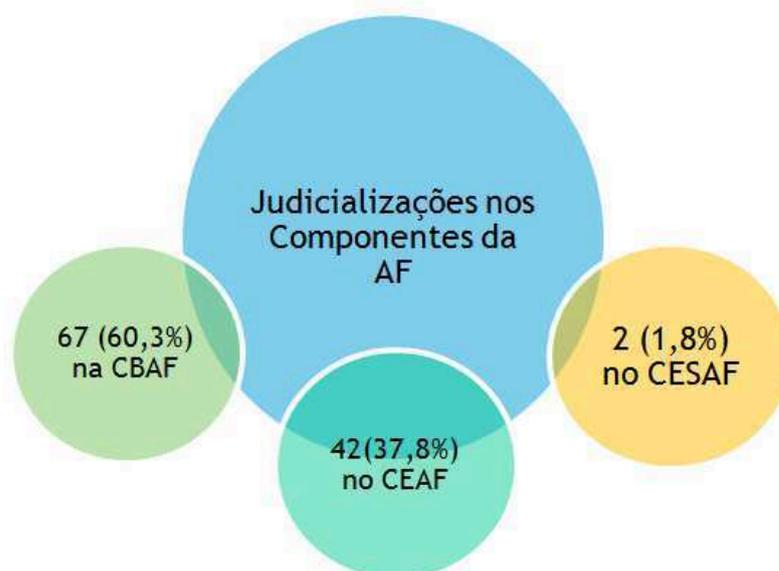


Figura 4 – Caracterização dos medicamentos ajuizados de acordo com os componentes da Política de Assistência Farmacêutica(AF) entre os anos de 2012 a 2014.

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

Andrade (et al., 2010) afirmam que facilmente são localizados trabalhos em que a principal justificativa para a demanda judicial por medicamentos, dar-se pelos mesmos estarem em falta no SUS, pela falta de recursos financeiros ou a associação de ambos, declarações de falta de tempo, desinformação sobre onde procurar, grande distância da casa ao local de acesso e associações entre esses. Cita-se que é possível localizar boa parte dos pedidos, com medicamentos

inclusos nas listas da Assistência Farmacêutica, como é o caso do presente estudo, mas devido ao cumprimento dos Protocolos Clínicos e Diretrizes, muitos pacientes acabam recorrendo judicialmente e excluindo a etapa mais burocrática, porém necessária à racionalidade do uso de medicamentos. Remete-se novamente ao Quadro 5, onde um dos principais motivos de negação ao acesso do paciente ao medicamento, é justamente a não adesão do mesmo aos PCDT's ou a não adequação da indicação de uso do mesmo à lista oficial do SUS.

A cobertura de medicamentos no SUS para tratamento de algumas doenças tem demonstrado avanços significativos na Assistência Farmacêutica. Todavia, mesmo que o SUS tenha capacidade de suprir as necessidades para tratamentos de doenças de maior prevalência, a prática de aumento da cobertura não deve ser baseada em apenas, doenças prevalentes, pois a individualidade deve ser preservada, assim como a coletividade também (PERINI, 2009).

Pepe (et al., 2010) afirmam que os mandados judiciais podem causar atritos tanto em questões orçamentárias quanto nas administrativas, ao determinarem a entrega de medicamentos que não são de responsabilidade do ente federativo, réu na ação judicial, conforme as pactuações existentes, ou mesmo quando de responsabilidade do réu, mas não programados pelos serviços.

Segundo a AGU (2013) existe um consenso nacional, entre os gestores de saúde, acerca do crescente número de ações judiciais interpostas contra o Poder Público no Brasil, seja para o fornecimento de medicamentos, realização de cirurgias ou até mesmo a incorporação de novas tecnologias à terapêutica oferecida pelo SUS. Fala-se ainda que não existe um levantamento nacional acerca desta situação, convencionalmente chamada de Judicialização da saúde e, muito menos do seu impacto sobre o Sistema Único de Saúde e seus usuários, visto que as demandas judiciais propostas, dividem-se entre a Justiça Federal e as de cada Estado da Federação e que estes possuem por vez, espaço de autonomia na tomada de decisões.

Ao falar da Judicialização da Saúde sobre a PNAF, Petersen (2014), refere-se ao mesmo, como um promovedor de descaminhos à política citada, visto que a análise deste fenômeno deve basear-se na estruturação da PNAF e de sua relação com os caminhos esperados pelos cidadãos/pacientes e seu acesso à

medicamentos, como item indispensável para recuperação da saúde, aliado ainda, aos conflitos de interesse que surgem entre os entes públicos e a ordem privada.

Barroso (2007) refere-se à judicialização, como um risco iminente à existência e continuidade das Políticas de Saúde Pública, obviamente, que no contexto estudado nesta pesquisa, identificam-se riscos à PNAF, principalmente de ordens administrativas, de gestão e técnicas, que incluem ainda, à má utilização dos recursos destinados à mesma. O autor, cita ainda, que o excesso de demandas judiciais podem levar à uma inconstitucionalidade, no sentido de descumprimento direto da CRFB/88, visto que por meio de demandas judiciais, fere-se a equidade e integralidade do SUS, pois privilégios são concedidos à alguns e não à todos da sociedade.

Entretanto, Ventura et al., (2010) explica que a medida judicial representa para o paciente a garantia de uma solução eficaz e justa e que garante diretamente a segurança de sua saúde. O autor compreende que o fenômeno da judicialização leva à falta de consenso entre as partes envolvidas, principalmente pela ausência da coletividade, mas que com a via judicial espera-se a solução do conflito gerado e a garantia de direito à saúde para os cidadãos.

É notória a dificuldade que o Sistema de Saúde brasileiro tem de efetivar o Direito à saúde a todos, segundo o que está previsto na CFRB/88. A via judicial, estudada neste trabalho, tem sido em muitos casos a alternativa final para a obtenção do acesso a saúde, medicamentos ou tratamentos. Para Silva (2013), a participação do Poder Judiciário, frente ao SUS, tem se tornado cada vez mais frequente e conseqüentemente, os gastos direcionados ao cumprimento de demandas judiciais individualizadas oneram progressivamente os gastos públicos.

A participação da população e o maior conhecimento acerca de seus direitos, também é influenciador do fenômeno em pauta, visto que segundo Ventura et al., (2010, p. 96):

A nova ordem constitucional permite a atuação do indivíduo como sujeito ativo de direitos, e não um mero alvo de políticas estatais ou portador de necessidades a serem moralmente concedidas. O Estado é indicado como principal responsável pelo cumprimento das obrigações legais de forma universal, igualitária e democrática, de modo a atender efetivamente aos interesses reais de toda a população.

Silva (2013) relata que os desequilíbrios orçamentários advindos das crescentes ações judiciais, prejudicam não somente o orçamento, mas também o planejamento e execução das políticas públicas previstas dentro do SUS. O presente estudo consegue demonstrar isso, visto que é notória a intervenção da Judicialização sobre a PNAF, bem como as consequências geradas para a mesma e para a população, como é o caso da quebra da igualdade e equidade previstas pelos princípios do SUS. Entretanto, a via judiciária ainda é a melhor alternativa para aqueles pacientes que mesmo abraçados pela PNAF, não conseguem efetivar seus direitos de acesso à saúde.

A judicialização da saúde, ou da própria Assistência Farmacêutica, não deve ser apontada apenas como um fenômeno isolado, ela representa um mecanismo também de construção da democracia brasileira, aliada ao resguardo da dignidade humana por meio do acesso a serviços de saúde e medicamentos (VENTURA et al.,2010), logo, não a como apenas acabar com este fenômeno.

Entende-se que o melhor caminho para a diminuição dos impasses entre Poder Público e Judiciário é a efetivação de alternativas que consigam diminuir de forma saudável e segura a judicialização da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, considerando o direito constitucional à saúde, seja diminuindo a quantidade de demandas ou ainda a quantidade de gastos destinados às mesmas, favorecendo diretamente a Estrutura da PNAF e evitando a desoneração dos seus recursos, como mantendo as listas oficiais atualizadas, promovendo o a maior acesso a informações de saúde, mas acima de tudo, melhorando o acesso da população aos itens considerados como essenciais para manutenção da saúde, os medicamentos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a realização da presente pesquisa, partiu-se do conceito da Dignidade Humana e como o direito à saúde está relacionado à mesma. Concomitantemente, estudou-se o medicamento como um item essencial à recuperação da saúde e meio para o alcance desse direito constitucional.

Objetivou-se com este estudo, identificar o perfil da judicialização da saúde em Imperatriz-MA e especialmente o acesso a medicamentos e Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a partir do conhecimento e da caracterização do perfil das demandas judiciais ajuizadas contra a Secretária Municipal de Saúde em Imperatriz-MA, identificando para tal, os medicamentos e componentes desta política mais suscetíveis às demandas judiciais e apresentando ainda, as principais negativas ao acesso de medicamentos no âmbito da Assistência Farmacêutica.

A judicialização pode causar efeitos diretos sobre as ações da Política de Assistência Farmacêutica, pois leva a quebra de seus princípios e diretrizes, baseados no SUS, bem como, prejudica a evolução do Ciclo da Assistência Farmacêutica, que inclui desde a seleção, programação, aquisição, controle de qualidade, manutenção, dispensação e uso racional de medicamentos.

É possível apontar mediante a pesquisa realizada, que o fenômeno por ela abordado, segue em Imperatriz-MA, tendências nacionais, assim como também, as influências que levam a sua ocorrência. Citam-se entre eles, as demandas excedidas, a falta de investimentos no setor da saúde, o atraso de repasses dos blocos de financiamento da Política de Assistência Farmacêutica ou a falta do emprego das verbas destinadas à AF, a morosidade na prestação de serviços, a gestão deficiente ou com impedimentos, os impasses entre o Poder Judiciário e Poder Público, a falta de conhecimento por parte dos prescritores e defensores da lei acerca das listas oficiais de medicamentos e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, disponibilizadas através da Assistência Farmacêutica do SUS e a possível influência e pressão exercida pela indústria farmacêutica.

Buscou-se a compreensão de como ocorre o acesso da população à medicamentos, mediante o perfil das demandas judiciais estudadas entre os anos de 2012 a 2014, alinhando o discurso ao direito do acesso a saúde como bem maior e primordial para a manutenção da vida e entendendo a via judicial como uma

reivindicação do direito à saúde, constitucionalmente previsto no Brasil pela Constituição da República Federativa Brasileira de 1988.

Diante da caracterização das 673 demandas judiciais tuteladas e estudadas, observou-se que no tocante à faixa etária, a maior representatividade fica a cargo das crianças, adolescentes e idosos, visto que são classes que amparadas pela constituição, são prioritárias, principalmente relacionadas ao risco de doenças e a fragilidade diante de doenças crônicas, consecutivamente. Sobre as solicitações advindas das demandas judiciais, a busca por medicamentos e leitos de UTI sobressaiu às demais. Foi visível observar a diminuição das reclamações em busca de leitos de U.T.I., que diminuíram durante os anos estudados e as por medicamentos, que levemente, também demonstraram um declínio quantitativo, que por indicações no estudo, foram frutos dos melhores investimentos dos recursos de saúde, ou em resposta a melhoria de comunicação entre o Poder Público e o Judiciário.

Quando o foco passou a ser caracterização de demandas apenas por medicamentos, observou-se um cenário que leva à compreensão de que possivelmente a Política de medicamentos encontra-se comprometida, entretanto também é observada a incompatibilidade de prescrições, que em muitos casos são oriundas de médicos do próprio SUS, quando comparadas às listas por este fornecidas; as indicações de uso que não se enquadram nos Protocolos dos componentes da Assistência Farmacêutica; o uso *off label*; as solicitações de fármacos que sequer possuem registro junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); o desconhecimento por parte dos prescritores sobre os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas; a falta de emprego das verbas destinadas à esta política; a pressão exercida pela indústria farmacêutica em busca de novas adesões/inclusões de fármacos; ou ainda, os erros de gestão da AF, que podem ser representados pela não manutenção de estoques, falta de recursos humanos adequados ou ainda, a falta do conhecimento técnico acerca da estrutura da PNAF. A soma destes fatores relaciona-se diretamente com o acesso ou a negativa deste, aos usuários do SUS e aos medicamentos por este disponibilizados.

Com o presente estudo, identificaram-se casos de medicamentos sem registro no Brasil, e ainda de outros que são contemplados por algum dos três componentes da Política Nacional de AF Brasileira, mas que foram igualmente judicializados. É

fato que a PNAF sofre diretamente os efeitos deste fenômeno, uma vez que os passos do Ciclo da AF são gravemente rompidos nestas tramitações judiciais, diminuindo inclusive, qualquer tipo de assistência que poderia e deveria ser prestada, pois este também representa um direito constitucional.

Do total de apresentações medicamentosas citada nos autos onde o município de Imperatriz figurou como réu é de 257 e que destes, 102 (39,7%) não faziam parte das listas oficiais do SUS. O Componente da Assistência Farmacêutica, que liderou a quantidade de judicializações na região estudada é o Básico, compreendendo 60,3% das demandas quando se consideram os 3 anos de estudo, sem repetições entre os medicamentos.

Existe uma forte presença do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, com 37,8% das demandas judiciais, seguido do Componente Estratégico, que representou apenas 1,8% das judicializações.

É válido lembrar que o Componente Básico relaciona-se às necessidades básicas de saúde da população, logo, a forte judicialização deste pode ser indicativo da má aplicação de verbas, falta de gerenciamento de estoques, falta de atualização constante da REMUME de acordo com as necessidades de saúde da população, atrasos nas entregas e recebimentos de medicamentos por parte de fornecedores, demora dos processos licitatórios, demandas excedidas, ou desconhecimento da Relação Municipal de Medicamentos vigente.

Para o Componente Especializado, que busca o tratamento de doenças crônicas, degenerativas e outros agravos, a judicialização pode estar fortemente ligada à dificuldade de alinhamento aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, onde o paciente apenas poderá ser cadastrado se for possuidor de doenças especificadas nas portarias deste componente e seu tratamento também. Cita-se ainda, a oneração e a burocracia como fortes fatores de judicialização para o CEAF, acompanhados da demora em novas atualizações dos PCDT's que regulam este componente.

Prescrições médicas são passíveis de tendenciamentos, que em suma, podem estar relacionados a atuação da Indústria Farmacêutica, e as pressões exercidas por esta, sobre os profissionais médicos e prescritores. Observou-se que entre as 257 apresentações classificadas, 135 estavam prescritas por seus nomes comerciais/marca, e 122 por suas denominações comuns (princípios ativos).

Mesmo com a diminuição das demandas judiciais ao longo dos três anos pesquisados, a possível desestruturação de políticas e a contínua dificuldade de acesso à serviços e bens de saúde por parte da população, causados pelos impasses constantes entre Poder Público e Judiciário, torna necessário que o fenômeno da judicialização seja acompanhado e controlado de perto.

Cabe salientar, que o direito constitucional a saúde não deve ser negligenciado, mesmo que a judicialização trace caminhos de discriminação entre os próprios usuários do SUS. O Sistema Único de Saúde elenca em seus princípios fundamentais, a universalidade a equidade e a integralidade, entretanto, a judicialização compromete estes princípios, uma vez que fomenta a entrega de medicamentos ou serviços de saúde apenas a parcela tutelada da população, removendo da outra parcela uma parte da equidade prometida, bem como também a comprometendo a coletividade.

Fica iminente a necessidade de se abrirem novas discussões entre os entes envolvidos no fenômeno da judicialização, sejam da saúde ou propriamente dita da Assistência Farmacêutica, pois, conforme demonstrado em alguns resultados é possível diminuir os números de demandas judiciais a partir da melhoria do acesso à saúde, bem como da prestação de serviços em prol da mesma.

Como fragilidade desta pesquisa, cita-se a dificuldade de coleta dos dados, visto que não existe nenhum programa ou recurso eletrônico que gere os dados que remetam aos processos tramitados e julgados contra a Secretaria de Saúde de Imperatriz-MA, o que onerou o tempo da pesquisa, porém não a anulou e nem diminuiu sua importância e necessidade de realização. Todos os processos foram analisados de forma individual, por meio do contato direto da pesquisadora com os processos arquivados no setor Jurídico da Secretaria de Saúde do Município de Imperatriz-MA.

Indica-se que a realização de estudos sobre a temática ou com fins de atualização constante dos dados presentes neste trabalho, são de suma importância, visto que o direito ao acesso à saúde, bem como o acesso a serviços prestados para esse fim, é ininterrupto.

Conclui-se, que a partir destes conhecimentos, novas estratégias e modelos de gestão, ou novos canais de diálogos que envolvam Poder Público, Judiciário e população, possam ser criados e/ou reformulados, tendo como bases maiores a

diminuição das demandas judiciais em Imperatriz-MA, a melhoria das Políticas Públicas de Saúde e a ampliação do direito constitucional ao acesso à saúde e a todos os outros direitos que este vier a incluir.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 10 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ANDRADE, Z. T. M. **Da efetivação do direito à saúde no Brasil**. Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 86, mar 2011. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9037>. Acesso em 29 ago 2015.

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. Como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Rio de Janeiro: Record; 2007. 319 p.

APPIO, E. **Controle Judicial das Políticas Públicas no Brasil**, Curitiba: Juruá Editora, 2007.

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (ADH). Brasil (Org.). **Perfil do Município de Imperatriz-MA**. 2013. Pnud, Ipea, FJP. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/imperatriz_ma>. Acesso em: 18 maio 2014.

ARAUJO, A. L. A.; PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, suppl., pp. 611-617. ISSN 1678-4561.

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 & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009.

BARBOSA, E. M. S.; TENÓRIO, F. C.; SOUZA, L. F. C. S. Análise Bibliográfica da Política Nacional de Distribuição de medicamentos. **Revista Eletrônica de Farmácia**. v 7, n. 2, 1-13, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/REF/article/view/11856>>. Acesso em 20 jan. 2014

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.

BARRETO, D. **A atuação dos conselhos tutelares**. Dra Diana Barreto 2010 - atuação dos conselhos tutelares. Disponível em: <<http://dradianabarreto.blogspot.com.br/2010/02/atuacao-dos-conselhos-tutelares-de.html>>. Acesso em 06 fev.2015

BARROS, R. P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R.. A Estabilidade inaceitável: desigualdade e Pobreza no Brasil. IPEA, **Textos para discussão** n. 800, jun. 2001, 24p.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Interesse Público, Belo Horizonte: **Fórum**, v. 9, n. 46, p. 31-61, nov/dez 2007.

BONETI, L. W. **Políticas Públicas por Dentro**. Ijuí: Editora da unijuí, 2006.p.12

BONFIM, R.A.B. Os dédalos da política de medicamentos. In: BONFIM, R.A.B.; MERCUCCI, V.L. (Org). A construção da política de medicamentos . p. 21-37, São Paulo: **Huci- tec**. 381 p

BRAGA. M. C. **O SUS no Brasil**. Sao Paulo: RTN, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos**. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14868&catid=471&Itemid=250. Acesso em: 06 jan. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde: **Entenda o SUS**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

BRASIL. Advocacia Geral da União. Do parecer no Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Parecer normativo, n. 803, de 01 de julho de 2012. Relator: Higor Rezende Pessoa. **Lex: Ações Judiciais**. Política Pública de Assistência Farmacêutica, Brasília, p. 01-46. 2012.

BRASIL. Advocacia Geral da União. **Intervenção Judicial na saúde pública: Panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais**. Consultoria Jurídica – Ministério da Saúde. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde: documento para discussão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos Humaniza SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, p. 256, 2010. 256 p

_____. 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. **Câmara dos Deputados**.

Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-65093-normaatualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2013.

_____, 2012. **Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA**. Lei Federal nº 8.069, de 13 de junho de 1990. Disponível em <<http://9cndca.sdh.gov.br/legislacao/Lei8069.pdf>>. Acesso em 06 de fevereiro 2015.

_____, 1938. Disponível em<: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/De10891.htm>. Acessado em: 15 mai 2014

_____. Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011. 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. **Presidência da República. Casa civil**. Brasília, 28 de abril de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>; Acesso em 21 jan. 2013

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 186 p.

_____. **Resolução 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Conselho Nacional de Saúde. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos**. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 1999.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 163-177.

CAMARGO, C.L. Saúde: um direito essencialmente fundamental. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVII, n. 120, jan 2014. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14074&revista_caderno=9>. Acesso em 09 maio 2014.

CARVALHO, G. C. M. **O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001**, 2002. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo.

CARVALHO, E. F. **Meio ambiente e direitos humanos**. Curitiba: Juruá, 2008.

CESSE, E. A. P. **Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Tese [Doutorado em Saúde Pública]. Recife: Centro

de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2007 [acesso em 18 fev 2013]. Disponível em: <http://cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007cesse-eap.pdf>. Acesso em Maio 2015.

COHN, A. Desenvolvimento social e impactos na saúde. In: BARATA, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 77-93.

CHIEFFI, A. L; BARATA, R.C.B Ações judiciais: estratégia da indústria Farmacêutica para introdução de novos Medicamentos. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 421-429. 2009

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Jornal do CREMESP, São Paulo, nº 231, novembro/2006, Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=753>> Acesso em: 27 agost. 2015.

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

DENCKER, A. F. M. **Métodos e técnicas de pesquisa em turismo**. São Paulo: Futura, 1998.

DELDUQUE, M. C. (et al). O direito social à saúde deve ser garantido por políticas públicas e decisões judiciais. In: Delduque, Maria Célia. (Org). **Temas Atuais de Direito Sanitário**. Brasília: CEAD/FUB, 2009, p. 122

BRASIL, 2012. **Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA**. Lei Federal nº 8.069, de 13 de junho de 1990. Disponível em <<http://9cndca.sdh.gov.br/legislacao/Lei8069.pdf>>. Acesso em 06 de fevereiro 2015.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

FALEIROS, V. P. Prioridade versus escassez de recursos em saúde. **Bioética**, Brasília- DF. v. 5, n. 1, p. 35-40, 1997

FIGUEIREDO, T. A. **Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro: A aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão**. 145 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010

FLEURY, S. **Judicialização pode salvar o SUS**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun. 2012

FLUMIAN, M. E. **Direito fundamental à saúde: políticas econômicas e sociais de atenção básica e os balizadores da prestação jurisdicional**. 2008. 225 f. Dissertação (Mestrado). Centro Universitário Unitoledo de Araçatuba

FUNDAÇÃO VALE. **Um olhar sobre Imperatriz-MA: Diagnóstico Socioeconômico**. 2010. 08 f.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. XI, n. 49, 2008. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?artigo_id=4182&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso em maio 2014.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 189 p.

GOOGLE. [Imagens] 2015. Mapa de Imperatriz https://www.google.com.br/search?q=imperatriz+mapa&es_sm=122&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0CCUQsARqFQoTCN_Mjv-x68cCFQOTDQodvwcAqQ&biw=1366&bih=599

GOIS, V.L.S. **Desafios na efetivação do direito à saúde, fundado no paradigma da dignidade Humana**. 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Desafios.pdf>>. Acesso em 09 mai. 2014

GOMES, C.A.P. A assistência farmacêutica no Brasil: análise e perspectivas. In: **Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. A formação em farmácia, perspectivas e necessidades da área de medicamentos**, 2004. Disponível em www.cgge.org.br. Acesso em 28 abril de 2013.

GONÇALVES, A. C. P; MARTIN, A. G. As políticas públicas de acesso à justiça como instrumento de inclusão social. **Conpendi**. Disponível em <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=e2521b89f813157a>> . Acesso em 28 junho de 2015.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION . **Medicines: rational use of medicines**. Fact sheet n° 338. 2010. Disponível em: <http://www.wiredhealthresources.net/resources/NA/WHO-FS_MedicinesRationalUse.pdf> Acesso em: 02 set. 2015.

IMPERATRIZ. **Lei Orgânica do Município de Imperatriz de 06 de abril de 1990**. Estado do Maranhão. Preâmbulo. Imperatriz, 06 de abril de 1990. Disponível em: <http://www.imperatriz.ma.gov.br/arquivos/leis/lei_organica_municipal.pdf>. Acesso em 01 maio 2014

JARDANOVSKI, E.; GUIMARÃES, P. C. V. Eqüidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 42, p. 4-10, mar. 1994.0.

KAMIMURA, Q. P. Logística em Serviços de Saúde. 2009. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

KAMIMURA, Q. P; OLIVEIRA, E. A. Q. A. Processo de regionalização da saúde na percepção dos gestores. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. Taubate, v. 9, n. 2, p. 280-300, mai-ago/2013

LEIVAS, P.G.C. Princípios de direito e de justiça na distribuição de recursos escassos. **Revista Bioética**, vol. 14, n. 1, 2006, Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2/2. Acesso em 20 jan. 2014

LESSA, T. C. A; KAMIMURA, Q. P; CORNETTA, V. K. O Fenômeno da Judicialização da Saúde sob o Enfoque da Análise dos seus Princípios Autorizadores. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, ed. 202, p. 001-008. Mai/jun2013

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo. 5 ed. Atlas, 2003.

LUCCHESI, P. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde — retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 14, p. 75-152, dez. 1996.

MARQUES, S. B. Judicialização do Direito à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**. v.9, n.2, p. 65-72. São Paulo. Jul/Out, 2008.

MARGONATO, F. B. As atribuições do Farmacêutico na Política Nacional de Medicamentos. **Infarma**. Brasília-DF. v.18, nº 3/4, 2006, p. 28-31. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/15/inf28a31.pdf>. Acesso em 20 jan. 2014

MARIN, N. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica**. São Paulo: Manole, 2011.

MARIN, Nelly; LUIZA, Vera Lucia; OSORIO-DE-CASTRO, Cláudia Garcia Serpa; MACHADO-DOS-SANTOS, Silvio (org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARINHO, T. L. Direito à saúde e o Supremo Tribunal Federal: mudanças de posicionamento quanto ao fornecimento de medicamentos. **Âmbito Jurídico**. Rio Grande, XVI, n. 118, nov 2013. Disponível em: <http://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13813&revista_caderno=9>. Acesso em ago 2015.

MENDES, C.S; BURNETT, F.L. **Rede de avaliação e capacitação para a implementação de planos diretores participativos**. São Luís - MA, 2009. Disponível em:<<http://web.observatoriodasmetroles.net/planosdiretores/produtos/ma/MA%20-%20Relat%C3%B3rio%20Municipal%2014%20-%20Imperatriz%20>

%20Claudiceia%20Silva%20Mendes%20-%20Jun%202009.pdf>. Acesso em 06 maio 2014

MESSEDER A. M; OSÁRIO-DE-CASTRO; C. G. S, LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia de acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n2, p.525-534, 2005.

MINAYO MC. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1986.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Nova Iorque, 22 de Julho de 1946*. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em 08 maio 2014.

O PROGRESSO NET: Estado contra 20 novos leitos de U.T.I em Imperatriz. Imperatriz-MA, 19 dez. 2012. Disponível em: <<http://oprogressonet.com/politica/estado-contrata-20-novos-leitos-de-uti-em-imperatriz/12365.html>>. Acesso em: 06 fev. 2015

PAIM, J. S. **O que é o SUS?**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009

PALMEIRA, M. J.; LECHNER, F. **As mutações sociais e as políticas públicas**. 2015, p. 02. Disponível em: <http://www.cedeca.org.br/PDF/mutacoes_maria_palmeira.pdf>. Acesso em 20 jun. 2015.

PEPE, V. L. E; FIGUEIREDO, T.A; SIMAS, L; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2405-2414, 2010.

PETERSEN, L. L. **Políticas Sociais no SUS e a Gestão da Assistência Farmacêutica na rede local/regional: O caso da judicialização na 17ª coordenadoria regional de saúde – RS**. 2014. 135f. Dissertação (Mestrado). Universidade de Santa Cruz do Sul

PERINI, E. **Acesso a medicamentos**. In: Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília, Min. Saúde, 2009, p 277-295

PORTELA, Tales Lima. Evolução histórica das bulas de medicamentos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, 2010.

REIS, D.O; ARAUJO, E.C; CECÍLIO, L.C.O. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde: Módulo político gestor**. Disponível em <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. Acesso em 15 jan. 2014

RIBEIRO, P. G. O direito à saúde e o princípio da Reserva do Possível. **Revista Eletrônica Jurídico-Institucional do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte**. Natal, v. 2, n. 2, 2011. Disponível em: <www.mp.rn.gov.br/revistaeletronicamprn>. Acesso em 10 maio de 2014

RIBEIRO, C. O; MENEZES, R. G. Políticas públicas, pobreza e desigualdade no Brasil **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre v. 7, n. 1 p. 42-55. jan./jun. 2008

ROMANELLI, P. R. S. MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO: Quem Paga a Conta? p. 2. In: **SAÚDE PÚBLICA: Bibliografia, Legislação e Jurisprudência Temáticas**. p. 30. Disponível em: Acesso em: 15 jan. 2015.

SÁ, D. A. **Atenção à saúde no Brasil: um estudo do acesso à assistência a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)**. 2002, 138 f. Dissertação (Mestrado), Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife-PE, 2002.

SANT'ANA, J. M. B. **Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, v.11, n. 93. 2009. Disponível em http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/2449/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Sant%20Ana_Jo%C3%A3o_Maur%C3%ADcio_Brambati.pdf. Acesso em 26 jan. 2013

SANTOS, L. O SUS e os contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. **Radis: Comunicação em saúde**. Rio de Janeiro. v. 1 n. 49, p. 35, 2006

SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007. Disponível em: Acesso em: 17 dez. 2014.

SARLET, I. W. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. Livraria do Advogado. 2001, p. 35

SEN, A. K. **Desenvolvimento como Liberdade**. Trad. Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. P. 462

SERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

SILVA, L. C. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 112, maio 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9>. Acesso em maio 2015.

SILVA, J. A. da. **Curso de direito constitucional positivo**. 28 ed. rev. atual. São Paulo: Malheiros, 2010.

SOUSA, R. da. C; BATISTA, F. E. B; **Batista. Política Pública de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. 2012, Palmas. **VII Connepi**. Palmas: Connepi, 2012. 08 p

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.17, v.1: 29-41, 2007.

SWALLOW D.M; POULTER M.; HOLLOX E.J. Intolerance to lactose and other dietary sugars. **Drug Metab Dispos**, 2001, p. 513-516.

VENTURA, M; SIMAS, L; PEPE, 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

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev. Panam Salud Pública**. 2010.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 2, p. 365 – 369, 2008.

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

TEIXEIRA, E.C. O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade, 2002. **Associação de Advogados de Trabalhadores Ruais no Estado da Bahia - AATR-BA**. Bahia. p. 01-11

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Conferência Municipal e Estadual de Saúde, Salvador, jun. 2011. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em 07 jan. 2014

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Institucional
(TCLE)**

Esta pesquisa está sendo realizada pela Srta. Rayssa Gabrielle Pereira de Castro, aluna do Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade de Taubaté – UNITAU, como dissertação de Mestrado, estando sob a orientação e supervisão da Professora Dra. Quésia Postigo Kamimura.

Seguindo preceitos éticos, informamos que pela natureza da pesquisa, a participação desta organização não acarretará em quaisquer danos à mesma. A seguir, são informados os dados gerais da pesquisa, reafirmando que qualquer outra informação poderá ser fornecida a qualquer momento, pelo aluno pesquisador ou pelo aluno responsável.

TEMA DA PESQUISA: A judicialização da saúde e sua influência sobre a Política Pública de Assistência Farmacêutica na macrorregião de saúde de Imperatriz-MA

OBJETIVO: Analisar quais são as influências do fenômeno da Judicialização da Saúde sobre a Política de Assistência Farmacêutica na Região de Saúde de Imperatriz-MA.

PROCEDIMENTO: A coleta de dados será documental e ocorrerá mediante análise demandas judiciais compreendidas entre os anos de 2012 e 2014, arquivadas no banco de dados do Setor Jurídico da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA.

SUA PARTICIPAÇÃO: Autorizar a aplicação da pesquisa nesta Instituição.

Logo após a conclusão da pesquisa, prevista para abril de 2015, estará disponível na Biblioteca da Universidade de Taubaté, todos os dados coletados e as conclusões acerca deste estudo.

Agradecemos a sua participação, enfatizando que a mesma em muito contribuirá para a construção de um conhecimento atual na área.

Imperatriz, _____ de _____ de 2015.

Rayssa Gabrielle P. de Casto
RG 179221282001-3
Mestranda

Profª. Drª. Quésia Postigo Kamimura
RG 136446
Orientadora

APÊNDICE B – Termo de Compromisso de Utilização de Dados - TCUD

Eu Rayssa Gabrielle Pereira de Castro, abaixo assinado, pesquisadora envolvida no projeto de título: A judicialização da saúde e sua influência sobre a Política Pública de Assistência Farmacêutica na macrorregião de saúde de Imperatriz-MA, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do Banco de dados do setor jurídico da Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 196/96 do Ministério da Saúde. Informo que os dados a serem coletados dizem respeito às ordens judiciais ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, no período compreendido entre janeiro de 2012 a dezembro de 2014.

Imperatriz – MA, ____ de _____ de 2015.

Rayssa Gabrielle Pereira de Castro

RG 17922182001-3

ANEXO A - Carta de Apresentação



Universidade de Taubaté
 Avenida Municipal de Regina Eulália
 Desplanada pelo Gov. F. de Toledo
 Reconstituída pelo CEMSP
 CEP: 13.100-000

UNITAU

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
 Rua Vinte e Nove de Abril, 112 - Centro
 Taubaté - SP - 13100-000
 Tel: (13) 3024-1111 - 3024-4018 Fax: (13) 3024-1118
 www.unitau.br/posp

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA, CONTABILIDADE E ADMINISTRAÇÃO – ECA

Taubaté, 17 de abril de 2015

De: Prof. Dr. Edson Aparecida de Araujo Querido Oliveira
 Coordenador Geral do Programa de Pós-graduação em Administração

À: Sra. Conceição Madeira

Função: Secretária

Empresa: Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz - MA (Setor Jurídico)

Endereço: Av. Dorgival Pinheiro de Souza, S/N - Centro

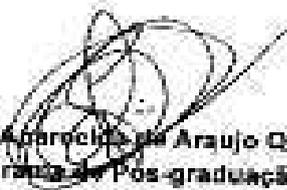
Prezada Senhora,

A Sra. Rayssa Gabrielle Pereira de Castro, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional desta Universidade, desenvolve uma dissertação de mestrado na área de Gestão e Desenvolvimento Regional. Sua proposta de trabalho intitula-se "A judicialização da saúde e sua influência sobre a Política Pública de Assistência Farmacêutica na macrorregião de saúde de Imperatriz - MA".

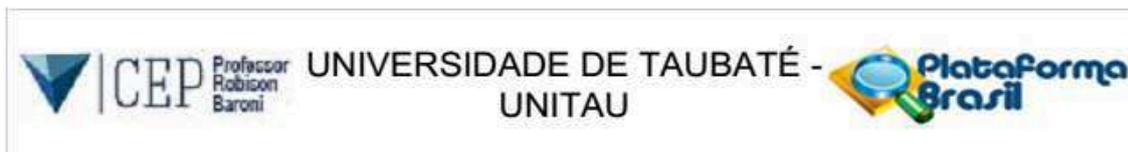
Tratando-se de pesquisa eminentemente aplicada, gostaria de solicitar a colaboração de V.Sª, no sentido de conceder à aluna autorização para acessar dados referentes a Ordens Judiciais ajuizadas entre janeiro de 2012 e dezembro de 2014. Tais informações serão utilizadas não-somente para fins acadêmicos.

Se V.Sª considerar necessário ou conveniente, o nome e qualquer outra forma de identificação dessa empresa poderão ser omitidos do manuscrito final da dissertação.

Atenciosamente,


 Prof. Dr. Edson Aparecida de Araujo Querido Oliveira
 Coordenador do Programa de Pós-graduação em Administração

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E SUA INFLUÊNCIA SOBRE A POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE IMPERATRIZ-MA

Pesquisador: RAYSSA GABRIELLE PEREIRA DE CASTRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43613215.2.0000.5501

Instituição Proponente: Universidade de Taubaté

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.080.448

Data da Relatoria: 12/06/2015

Apresentação do Projeto:

No que tange ao delineamento da pesquisa, a mesma será documental, através da análise de demandas judiciais, emitidas no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014 contra o Município de Imperatriz-MA, sobre a política de assistência farmacêutica (transcrito do projeto).

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desta pesquisa será de analisar quais são as influências do fenômeno da Judicialização da Saúde sobre a Política de Assistência Farmacêutica na Região de Saúde de Imperatriz-MA (transcrito do projeto).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Atende as recomendações da Resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tópicos da pesquisa interessantes para a área de saúde público.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atende as recomendações da Resolução 466/12.

Recomendações:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté recomenda a entrega do relatório final ao

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210

Bairro: Centro

CEP: 12.020-040

UF: SP

Município: TAUBATE

Telefone: (12)3635-1233

Fax: (12)3635-1233

E-mail: cepunitau@unitau.br



Continuação do Parecer: 1.080.448

término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendida a solicitação do parecer anterior.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 466/12, considerou o Projeto de Pesquisa: APROVADO.

TAUBATE, 26 de Maio de 2015

Assinado por:
Maria Dolores Alves Cocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
Bairro: Centro **CEP:** 12.020-040
UF: SP **Município:** TAUBATE
Telefone: (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cepunitau@unitau.br

ANEXO C – Instrumento para coleta de dados

Ordem nº:
Data de ajuizamento da ordem:
Sexo: () M () F
Idade:
Representante Judicial:
Vara de Tramitação:
Pedido ajuizado:
Medicamentos: () Sim () Não / Quantos:
Descrição do Medicamentos solicitados:

Ordem nº:
Data de ajuizamento da ordem:
Sexo: () M () F
Idade:
Representante Judicial:
Vara de Tramitação:
Pedido ajuizado:
Medicamentos: () Sim () Não / Quantos:
Descrição dos Medicamentos solicitados: