

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

MIRIAN CRISTINA RIBAS

JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO SUS ENTRE 2016 E 2018 EM UM
MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL

PONTA GROSSA

2020

MIRIAN CRISTINA RIBAS

JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO SUS ENTRE 2016 E 2018 EM UM
MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Área de concentração: Cidadania e Políticas Públicas. Linha de pesquisa: História, Cultura e Cidadania

Orientador: Prof. Dr. Bruno Pedroso

Coorientador: Prof. Dr. Gonçalo Cassins Moreira do Carmo

PONTA GROSSA

2020

R482 Ribas, Mirian Cristina
Judicialização de Medicamentos no SUS entre 2016 e 2018 em um Município da Região Sul do Brasil / Mirian Cristina Ribas. Ponta Grossa, 2020.
75 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Pedroso.

Coorientador: Prof. Dr. Gonçalo Cassins Moreira do Carmo.

1. Direito à saúde. 2. Judicialização. 3. Medicamentos. I. Pedroso, Bruno. II. Carmo, Gonçalo Cassins Moreira do. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Cidadania e Políticas Públicas. IV.T.

CDD: 323.49

TERMO DE APROVAÇÃO

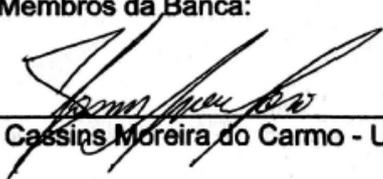
Mirian Cristina Ribas

“Judicialização de medicamentos no SUS entre 2016 e 2018 em um município da região sul do Brasil”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 30 de outubro de 2020.

Assinatura pelos Membros da Banca:



Prof. Dr. Gonçalo Cassins Moreira do Carmo - UEPG - PR -Presidente

Prof. Dr. José Roberto Herrera Cantorani – IFSP – Membro Externo

Prof. Dr. Fabiana Bucholdz Teixeira Alves – UEPG – Membro Interno

Prof. Dr. Luiz Alberto Pilatti – UTFPR – Suplente Externo

Prof. Dr. Miguel Archanjo de Freitas Junior – UEPG – Suplente Interno

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a Deus, pelo dom da vida.

À minha família; ao meu irmão Tadeu Luiz Ribas pelo incentivo e por vibrarem pelas minhas conquistas.

Em especial ao meu orientador Prof. Dr. Bruno Pedroso, por sua confiança e apoio intelectual, por seus ensinamentos e dedicação. Agradeço imensamente pela sabedoria, incentivo e conhecimento recebido que conduziram o presente estudo.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Gonçalo Cassins Moreira do Carmo, pelos direcionamentos e disponibilidade.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG e aos colegas de turma.

Aos Professores Dr. José Roberto Herrera Cantorani e Dra. Fabiana Bucholdz Teixeira Alves, pelas sugestões e orientações que foram de grande valia para a concretude desta pesquisa.

À Prof^a. Luciane Cabral e ao Prof^o. Everson Augusto Krum, pelo apoio e incentivo na continuidade dos estudos; a minha grande incentivadora e amiga Danielle Bordin, por todos os ensinamentos concedidos.

À Professora Dra. Clóris Regina Blanski Grden, por me apresentar a relevância na área acadêmica.

À Dra. Leidy Gonçalves da Silva - Farmácia Central do Município de Ponta Grossa, Paraná; ao Dr. Fernando Alcântara Castelo – Procurador-Chefe da Procuradoria de Saúde/Procuradoria-Geral do Estado do Paraná e suas equipes pela presteza, disponibilidade e por permitirem acesso aos dados para a presente pesquisa.

À amizade e ao carinho das amigas Thais Cristina Hermes, Thiane Cristina Wosniak, Jéssica Rodriguez Lara, Melina Lopes Lima, Daniele Brasil, Amanda G. S. Spósito Rangel e Inaiê Damas Polidoro.

Por fim, expresso gratidão a todas as pessoas (felizmente são muitas) que de forma direta ou indireta contribuíram para esta fase tão especial em minha vida!

“A saúde e a alegria promovem-se uma à outra”

(Joseph Addison)

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 reconheceu e consagrou o direito à saúde como *status* de direito fundamental a ser garantido pelo Estado às pessoas. Acerca deste entendimento, ações judiciais demandando medicamentos vêm sendo impetradas e se tornando comum em especial para o fornecimento de medicamentos em todo o país como garantia de acesso. A presente pesquisa tem como objetivo analisar as características das solicitações de medicamentos via judicialização em saúde pública de um município da Região Sul do Brasil, nos anos de 2016, 2017 e 2018. O estudo corresponde a uma pesquisa do tipo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa. O perfil geral das demandas foi obtido por meio da análise total dos processos relacionados à solicitação de medicamentos impetrados por autores residentes da cidade do estudo. A partir da leitura dos processos, os dados necessários foram extraídos e tabulados em planilha previamente estruturada e na sequência passaram por análise descritiva. Ao total foram incluídos 181 processos, sendo 93,9% (171) contra o estado do Paraná e 6,1% (11) contra o município do estudo entre 2016 e 2018, revelando perfil maior feminino de autores contra o estado e masculino contra o município. As doenças de base dos autores mais prevalentes foram as de olho e anexos contra o estado, enquanto contra o município foram as de transtorno mental e comportamental. Quanto às características jurídicas das ações, o Ministério Público representou 72,3% (123) dos autores, a justiça gratuita e o pedido de liminar ocorreram em 100% (181) dos casos, e a concessão de liminar em 95,5% (171). Foram sobrestadas 9,9% (18) das ações e o pedido de recursos ocorreu também em 9,9% dos casos. O tempo médio para término do processo foi de 13 meses, não diferindo entre município e estado. Já o tempo de concessão do medicamento foi inferior no estado, mostrando média de 24 dias, enquanto nas ações contra o município foi de 54 dias. O valor das ações variou de R\$ 180,00 a R\$ 551.632,60, sendo que a média de gastos do estado foi consideravelmente mais elevada que a média do município. Os grupos de medicamentos mais prevalentes variaram entre ações contra o estado e município, sendo no estado o grupo de órgãos sensoriais 24,2% (44) e agentes antineoplásicos e imunomoduladores 15,9% (29), e no município sistema nervoso 27,3% (3) e trato alimentar e metabolismo 27,3% (3). Do total de medicamentos, 96,7% (175) foram prescritos por serviços do sistema público, solicitado pelo princípio ativo em 92,2% (178) dos casos, além disso, 92,3% (167) não constavam nas listas oficiais de medicamentos. Concluiu-se que ao longo do período analisado houve aumento gradual no número de ações judiciais, com número bastante superior de ações contra o estado, além de dissociações entre características das ações impetradas contra o município e estado, principalmente em relação a medicamentos de alto custo em responsabilidade do estado. O pressuposto do direito a saúde garantido pelo Estado difere da situação evidenciada, uma vez que a busca pelas vias administrativas e judiciais para obtenção de medicamentos gratuitos ainda existe em número representativo e crescente, refletindo pontos de falha no acesso a medicamentos pela população neste cenário. As prescrições realizadas por profissionais do sistema público de saúde, em alta demanda por medicamentos não constantes nas listas oficiais, refletem a dificuldade que a estratégia das listas oficiais tem de acompanhar a crescente demanda de atualizações e novos medicamentos mundialmente disponíveis. Nesse cenário, o Poder Judiciário, quando recorrido, tem adotado interpretação concretizadora dos direitos estabelecidos pela Constituição Federal vigente, no sentido de fazer valer os fundamentos do Estado Democrático de Direito, bem como os objetivos fundamentais da República em especial ao direito à saúde. Por isso, a via judicial, apesar de morosa, tem sido uma alternativa na busca da garantia imediatista do direito na prática.

Palavras-chaves: Judicialização do Acesso a Medicamentos. Sistema Único de Saúde. Direito à Saúde.

ABSTRACT

The Federal Constitution of 1988 recognized and enshrined the right to health as a fundamental right status to be guaranteed by the State to people. Regarding this understanding, lawsuits demanding medicines being filed and becoming common, especially for the supply of medicines across the country as a guarantee of access. The present research aims to analyze the characteristics of the causes of medicines via judicialization in public health in a municipality in the Southern Region of Brazil, in the years 2016, 2017 and 2018. The study corresponds to a quantitative descriptive-exploratory research. The general profile of the demands was established through the total analysis of the processes related to the request for medicines filed by residents from the city of the study. From the reading of the lawsuits, the data provided were extracted and tabulated in a previously structured spreadsheet and subsequently underwent descriptive analysis. A total of 181 cases were included, 93.9% (171) against the state of Paraná and 6.1% (11) against the municipality of the study between 2016 and 2018, revealing a greater female profile of authors against the state and male against the municipality. The most prevalent underlying diseases of the authors were those of the eye and adnexa against the state, while against the municipality were those of mental and behavioral disorders. As for the legal characteristics of the actions, the Public Ministry represents 72.3% (123) of the plaintiffs, free legal assistance and the injunction request occurred in 100% (181) of the cases, and the injunction granted in 95.5% (171). 9.9% (18) of the cases were discontinued and the appeals also occurred in 9.9% of the cases. The average time to complete the process was 13 months, with no difference between city and state. The time for granting medication was shorter in the state, showing an average of 24 days, while in lawsuits against the municipality it was 54 days. The value of the lawsuits ranged from R\$ 180.00 to R\$ 551,632.60, with the state's average spending being considerably higher than the municipality's average. The most prevalent groups of medicines varied between actions against the state and municipality, with the state being the group of sensory organs 24.2% (44) and antineoplastic and immunomodulating agents 15.9% (29), and in the municipality nervous system 27, 3% (3) and alimentary tract and metabolism 27.3% (3). Of the total number of medicines, 96.7% (175) were prescribed by public services, requested by the active ingredient in 92.2% (178) of the cases; in addition, 92.3% (167) were not included in the drug formularies. It was concluded that over the analyzed period there was a gradual increase in the number of lawsuits, with a much higher number of lawsuits against the state, in addition to dissociations between the characteristics of the lawsuits filed against the municipality and the state, especially in relation to high-cost drugs under state's responsibility. The assumption of the right to health guaranteed by the State differs from the situation evidenced, since the seeking for administrative and judicial means to obtain free medicines still exists in a representative and growing number, reflecting points of failure in access to medicines by the population in this scenario. The prescriptions gave by professionals in the public health system, in high demand for medicines not included in the drug formularies, reflect the difficulty that the strategy of the drug formularies has to keep up with the growing demand for updates and new medicines available worldwide. In this scenario, the Judiciary, when appealed, has adopted a concrete interpretation of the rights established by the current Federal Constitution, in order to enforce the foundations of the Democratic State of Law, as well as the fundamental objectives of the Republic, especially the right to health. For this reason, the judicial way, although slow, has been an alternative in the seeking for the immediate guarantee of the right in practice.

Keywords: Judicialization of Access to Medicines. Unified Health System. Right to Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Artigos selecionados ordenados conforme classificação InOrdinatio	32
Tabela 2 – Artigos selecionados conforme período do estudo e principais doenças	36
Tabela 3 – Frequência e proporção das ações por ano de início do processo conforme réu, Ponta Grossa, Brasil.....	44
Tabela 4 – Frequência e proporção das características dos autores das ações para solicitação de medicamentos conforme réu nos anos 2016, 2017 e 2018, Ponta Grossa, Brasil.....	45
Tabela 5 – Frequência e proporção das características das ações para solicitação de medicamentos conforme réu nos anos 2016, 2017 e 2018, Ponta Grossa, Brasil..	46
Tabela 6 – Descrição do valor da ação e tempo para concessão do medicamento e término do processo nos anos 2016, 2017 e 2018, Ponta Grossa, Brasil.....	49
Tabela 7 – Frequência e proporção das características dos medicamentos judicialmente solicitados conforme réu nos anos 2016, 2017 e 2018, Ponta Grossa, Brasil.	50

LISTA DE BREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANC	Assembleia Nacional Constituinte
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEMEPAR	Centro de Medicamentos do Paraná
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CF	Constituição Federal
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DF	Distrito Federal
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
GM	Gabinete do Ministério
HIV/AIDS	<i>Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RS	Regionais de Saúde
SESA/PR	Secretaria Estadual de Saúde do Paraná

STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPITULO 1 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	14
1.1 CONCEPÇÕES ACERCA DA CRIAÇÃO E EVOLUÇÃO DO SUS.....	14
1.2 A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS.....	21
CAPITULO 2 – A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	27
2.1 DIREITO À SAÚDE E O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO	27
2.2 JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS	29
2.3 TEMAS ATUAIS ACERCA DA JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL.....	32
2.3.1 Perfil dos autores	33
2.3.2 Características das ações	34
2.3.3 O custo da judicialização de medicamentos	37
2.3.4 Questões que permeiam a judicialização de medicamentos.....	38
CAPÍTULO 3 – MATERIAIS E MÉTODOS.....	41
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE A – PLANILHA PARA COLETA DAS INFORMAÇÕES PROVENIENTES DOS PROCESSOS.....	67
APÊNDICE B – DOCUMENTO DE SOLICITAÇÃO AO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PR	68
APÊNDICE C – PLANILHA PARA COLETA DAS INFORMAÇÕES PROVENIENTES DOS PROCESSOS.....	70
ANEXO A – REMUME 2017-2019 DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA	72

INTRODUÇÃO

O direito à saúde qualifica-se como direito fundamental assistindo a todas as pessoas e representando consequência constitucional indissociável do direito à vida (BRASIL, 2000). A garantia constitucional abrange o direito do cidadão ao recebimento de medicamentos, inclusive de forma gratuita, desde que prescritos por médico à pessoa portadora de doença desprovida de recursos financeiros para custear o tratamento (BRASIL, 1988).

Silva e Alves (2014) relatam que um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido conseguir recursos necessários para contemplar o acesso às ações e aos serviços de saúde de forma universal e igualitária, em especial na área da Assistência Farmacêutica (AF) que constantemente vem sendo alvo de ações judiciais, refletindo a ineficiência de acesso aos serviços. Contudo, o avanço de numerosas normas, que configurou o direito à saúde e à AF o *status* de direito fundamental, concedeu também o recurso da busca pela tutela jurisdicional. Deste modo, o cidadão, em especial aquele que possui maiores informações e subsídios, tem buscado nas instâncias jurídicas a efetivação desse direito (FLEURY, 2009).

Para o poder público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode se mostrar indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional (BRASIL, 2010a). No entanto, frequentemente a via judicial configura-se como solução de acesso para os indivíduos ao SUS em tempo razoável no que tange ao atendimento, aos procedimentos ou aos medicamentos (BRASIL, 1990b).

A sistemática da judicialização da saúde e conseqüentemente de medicamentos, permeia a saúde como um direito público subjetivo fundamental, constitucionalmente garantido e ligado à dignidade da pessoa humana, cabendo ao Estado implementar políticas públicas que atendam às necessidades dos hipossuficientes, assegurando-lhes, na prática, a obtenção do direito à saúde integral, conforme disposto no artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Muito embora a judicialização seja fruto de importantes transformações operadas na sociedade brasileira à luz da CF, em um contexto de reconhecimento do protagonismo dos direitos fundamentais e das deficiências da democracia representativa, muitas são as controvérsias em torno desse fenômeno, em especial no que concerne à efetivação da decisão judicial sobre o alcance das políticas públicas.

Sendo assim, o fenômeno da judicialização da saúde tornou-se um desafio para todos os entes federativos, considerando que as ações judiciais, muitas vezes, são movidas em face da União, estados e municípios (WANG et al., 2014).

No entendimento de Marques (2002), a justiça tem agido, em sua maioria, em função daqueles usuários que são capazes de acioná-la quando tem seus direitos negados por possuírem maiores informações e recursos. Nesse sentido, a judicialização vem se contrapondo ao direito do cidadão e dever do Estado.

O número de ações judiciais, em se tratando de pedidos de medicamentos, tem mostrado notório crescimento, gerando preocupação aos gestores de saúde em todas as esferas federativas. Sob esta ótica, algumas decisões judiciais comprometem o orçamento destinado à saúde em razão do elevado preço de alguns medicamentos pleiteados (BIEHL; SOCAL; AMON, 2016).

Por conseguinte, as demandas judiciais por medicamentos podem ser um reflexo da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, envolvendo também aspectos políticos, sociais, éticos, jurídicos e sanitários. O que se depreende em alguns casos é a liberação do medicamento pelo Poder Judiciário com somente o receituário médico, sem nenhum laudo técnico que justifique a escolha pelo medicamento ou tratamento alternativo (LISBOA; SOUZA, 2017).

Os magistrados, cumprindo suas funções legais, determinam liminarmente, a depender do caso, a obrigação do ente federativo em fornecer o medicamento ou procedimento ao cidadão, mas isto não é garantia de efetividade, considerando que em alguns casos pode haver inúmeros recursos e óbices à entrega do medicamento em tempo hábil.

A judicialização de medicamentos não deveria se tornar preocupação superior à própria efetividade dos serviços. Sob este prisma, o direito à saúde não pode ser concebido tão somente como uma oferta de medicamentos no mercado, deve também reputar e interpretá-lo como políticas públicas de assistência à saúde, com seus valores sociais e econômicos, com o propósito de garantir a assistência aos indivíduos por meio dessas políticas (ESPÍNDULA, 2013). Portanto, torna-se fundamental buscar modelos de atuação e repercussão a fim de contextualizar a intervenção do Poder Judiciário nas políticas de saúde no SUS.

Nessa perspectiva, emanam-se várias questões de pesquisa, como: Qual é o perfil dos autores das solicitações de medicamentos via judicialização em saúde pública inerentes a um município da região Sul do Brasil? Quais os medicamentos presentes nas demandas judiciais que tenham como parte esse município entre os anos de 2016 e 2018? Quais os medicamentos demandados que contemplam as listas oficiais do SUS? Qual a origem das receitas médicas?

Quais as características das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos, a forma de representação legal, concessão de justiça gratuita e medida liminar, recursos e tempo para a concessão do medicamento pleiteado?

Frente ao exposto, o objetivo deste estudo é analisar as características das solicitações de medicamentos via judicialização em saúde pública de um município da Região Sul do Brasil, entre os anos de 2016 e 2018.

CAPITULO 1 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1.1 CONCEPÇÕES ACERCA DA CRIAÇÃO E EVOLUÇÃO DO SUS

As diferentes formas de oferta do serviço público de saúde brasileiro revelam que o Estado privou parte significativa da população do direito ao acesso aos serviços e bens de saúde, em se tratando de um sistema de saúde excludente e segmentado. Nos anos de 1960 e 1970, uma parcela significativa da população não tinha direito à assistência à saúde, uma vez que os poucos recursos públicos disponíveis para a saúde de caráter universal estavam altamente centralizados no Ministério da Saúde (MS) e secretarias de saúde de estados e municípios. Esses segmentos atuavam principalmente na seara da vigilância à saúde em ações de controle de doenças transmissíveis e de vigilância sanitária, ou ficavam à mercê de recursos provenientes de entidades religiosas ou filantrópicas (PIOLA et al., 2009).

Para compreensão acerca das raízes do SUS, é necessário adentrar o contexto de 1970, fase da Ditadura Militar, em que houve uma massiva migração populacional para as periferias urbanas e se intensificou a tensão social e concentração de renda. As respostas estatais à conjuntura daquela época se concentraram nas Prefeituras municipais com a elevação da oferta de serviços sociais básicos, mínimos e precários. No final da década de 1970, dezenas de municípios em seus respectivos territórios haviam constituído Unidades Básicas e acumulavam experiências de atenção integral e equitativa no campo da saúde (SANTOS, 2018a).

Nesse período havia certa inquietação Estatal com os gastos crescentes na saúde, em um cenário de crise econômica que conjecturava a falência do modelo utilizado, considerando o grande contingente de trabalhadores no sistema e a má distribuição de recursos. Nesse período, o movimento da Reforma Sanitária nasceu em meio a conjuntura da luta contra a ditadura, permeando um conjunto de necessárias mudanças e transformações na área da saúde; tais mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde em busca da melhoria das condições de vida da população (LUZ, 1991).

Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que elaborou um novo plano de reorientação da Assistência Médica, com o propósito de melhorar a qualidade do atendimento de saúde, fazendo modificações no modelo privatizante, descentralização e utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial. A reestruturação do país em direção a um estado de direito desenvolveu-se de maneira conflituosa e morosa; a partir das eleições de 1982, período

em que as negociações entre as forças políticas mais conservadoras permearam a busca da abertura democrática (FRANÇA, 1998).

Sob esta ótica, o país vivenciou uma crise econômica patente, momento em que se iniciam as políticas racionalizadoras na saúde e as mudanças incipientes com o CONASP e o surgimento das Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinham como objetivo integrar os serviços que prestavam assistência à saúde da população de uma região. Assim, os governos estaduais, por meio de convênios com o MS e a Previdência Social, recebiam recursos para executar o programa, sendo que as prefeituras participavam pela adesão formal ao convênio. Este é um momento tumultuado na saúde, tendo em vista a quebra de hegemonia do modelo anterior (CUNHA; CUNHA, 1998).

Nas referidas ações, havia a concepção de integração da saúde pública com a assistência médica individual; destarte, encontrava interesses contrários à sua concretização nos grupos médicos privados e na destoante burocracia do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Contudo, no governo da Nova República, ocorreu o fortalecimento das AIS na qual passava pela valorização das instâncias de gestão colegiada, com participação de usuários dos serviços de saúde (RODRIGUEZ NETO, 1998).

No ano de 1986, Brasília foi cenário da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação do governo, usuários, prestadores de serviços de saúde e trabalhadores, efetivando-se como um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, alicerçadas na Reforma Sanitária Brasileira. Em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte (ANC) aprovou a nova CF, inserindo na ocasião, uma seção sobre a saúde (CUNHA; CUNHA, 1998).

A partir dos delineamentos estabelecidos pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, foi aprovada a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população. Na ocasião foram estabelecidas normas e diretrizes que orientaram os aspectos relacionados à organização do novo sistema de saúde e às propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, refletido na CF de 1988 (FINKELMAN, 2002; FARIA, 2003; SOUZA, 2003).

Assim, o Estado foi chamado a assumir nova posição de garantidor e regulador dos serviços públicos. A assunção desta responsabilidade pública acaba por traduzir a busca pela satisfação das necessidades fundamentais da coletividade e o compromisso com os fins constitucionais. Por conseguinte, no texto constitucional ficam estabelecidos como direitos

sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, e a proteção à maternidade e à infância, garantidos 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 a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988; OLIVEIRA, 2016).

Ao Estado incumbe garantir o direito à vida uma vez que são garantias elencadas sob uma definição de Estado Democrático de Direito, apresentadas como exigência de reger-se por normas democráticas, com eleições livres, periódicas e pelo povo, bem como o respeito das autoridades públicas aos direitos e às garantias fundamentais normatizados. Nessa perspectiva, uma constituição material legítima, rígida, emanada da vontade do povo, munida de supremacia e que vincule todos os poderes com a realização da democracia, da política social, econômica e cultural, com a consequente promoção da justiça (MORAES, 2000).

O SUS, concebido então pela CF de 1988 e regulamentado dois anos depois pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema. Ou seja, formado pelos três níveis de Governo (União, estados e municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado. Nesse passo, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, se utiliza das mesmas normas do serviço público e deve assim atuar nos ditames deste serviço (BRASIL, 1998; BRASIL, 1990).

As referidas leis ordinárias chamadas de Leis Orgânicas de Saúde (LOS) apresentam regras a fim de orientar a organização, planejamento, execução no monitoramento dos serviços de saúde nas esferas federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2007a).

Nesse contexto, o direito à saúde é 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 aos serviços para a promoção, proteção e recuperação. Entretanto, este direito não se restringe apenas atendimento no hospital, em unidades básicas ou mesmo no acesso a serviços que tenham como basilar o direito fundamental, implica, também, na garantia ampla de qualidade de vida em conjunto a outros direitos básicos como educação, lazer e cultura, segurança e saneamento básico. Assim, a saúde passou a ser promovida e a prevenção dos agravos a fazer parte do planejamento das políticas públicas (BRASIL, 1988).

O teor constitucional no que se refere à concepção do SUS demonstra a formulação de um modelo de saúde envolvido nas necessidades dos indivíduos, buscando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, em atenção aos direitos da cidadania (BRASIL, 1988). Para Kerstenetzky e Kerstenetzky (2015), democracias tornaram o Estado

do bem-estar mais responsivo quando associado aos regimes democráticos, este pode proporcionar o que a maioria dos eleitorados escolheu como as prioridades do desenvolvimento. Estados de bem-estar podem contribuir para aprofundar democracias: intervenções de promoção de igualdade aumentam o valor das liberdades políticas para os menos favorecidos e mecanismos de negociação e participação as tornam mais diretas e representativas.

A CF de 1988 introduziu uma noção de seguridade social como expressão dos direitos sociais integrando saúde, previdência e assistência à luz da cidadania, o que refletia o momento político pelo qual passava a sociedade, recém saída de uma Ditadura Militar que não considerava a cidadania um princípio de Governo. Em toda a história da República, é a primeira vez que os brasileiros podem comemorar um período tão longo de vigência de um texto constitucional (POLIGNANO, 2015).

Para Tavares (2008) o direito à vida talvez seja o primeiro direito do homem, pois sem a vida, exaure-se qualquer discussão sobre outros direitos da pessoa, por isso, diz-se direito inviolável, no sentido de que surge como verdadeiro pré-requisito da existência dos demais direitos consagrados no texto constitucional. Daí decorre o dever estatal de adotar políticas públicas para prover e manter a vida do indivíduo, perpassando pelas ações de saúde, educação, segurança pública, lazer, bem como de condições econômicas adequadas, que também se traduzem na vida digna.

O SUS ampliou a assistência à coletividade em se tratando de saúde, de maneira a possibilitar acesso aos serviços e às ações assistenciais, norteado pelos princípios e diretrizes (REIS, 2003). Salienta-se que a participação popular se destaca de grande importância política e social considerando a garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. Além disso, denota-se o controle social no que se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação governamental (ARANTES et al., 2007).

A solidificação do SUS a partir CF de 1988, em especial no artigo 198, promoveu a descentralização/regionalização, estipulou a universalização do acesso, bem como a integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais. Nessa toada, as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde apresentam-se estruturalmente mais adequadas reduzindo, também, os custos dos serviços por externar uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos encartados (SILVA, 2011).

A descentralização pode ser compreendida como a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo,

de modo que as decisões sejam tomadas em escala mais próxima à luz da realidade populacional, ou seja, grande parte das ações em saúde ficaram sob a responsabilidade municipal. Na Regionalização, a ideia central é que a população tenha acesso a todas as modalidades de assistência diante da organização dos serviços do SUS, em níveis de complexidade tecnológica crescente e dispostos em área geográfica delimitada. Em se tratando de Hierarquização, remete à forma de acesso dos indivíduos aos serviços do SUS, que deve dar-se, inicialmente, por meio dos serviços a nível primário de atenção, bem como estes devem ser capazes de atender e resolver a maioria das demandas dos serviços de saúde (BRASIL, 1990a).

A integralidade sob o viés vertical implica na busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral, a fim de captar holisticamente o que pode beneficiar a saúde à luz dos diferentes pontos do sistema. Outro ponto é a integralidade horizontal, onde se evidencia as necessidades dos usuários que não são obtidas a partir de um único contato com o sistema de saúde, necessitando de outros contatos com diferentes unidades e serviços. Já a intersetorialidade pressupõe que as redes de atenção à saúde devem incluir políticas de outros setores relacionados às determinantes do processo saúde-doença (MATTOS, 2006; MAGALHÃES JUNIOR, 2006).

O princípio da universalidade de atendimento retrata a garantia da gratuidade de atendimento no uso dos serviços de saúde sem qualquer restrição, evidenciando as ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos (BRASIL, 2006a). O princípio da integralidade enfatiza que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. Este princípio remete ao da autonomia, que assegura que a cada qual será dado de acordo com suas necessidades, inclusive no que diz respeito aos níveis de complexidade diferenciados (SILVA, 2010).

A equidade também é um dos princípios doutrinários do SUS, o qual assegura que todo cidadão deve ser atendido conforme suas necessidades, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde, considerando que o direito à saúde perpassa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade (BRASIL, 1990a).

No que diz respeito às competências, as comuns entre os entes federativos para cuidar da saúde consta no artigo 23, II, da CF, ou seja, União, estados, Distrito Federal (DF) e municípios são responsáveis solidários pela saúde junto à coletividade e ao cidadão, desse modo, são partes legítimas nas demandas judiciais com pedidos por bens e serviços de saúde (BRASIL, 1988). A divisão de competências impõe ao MS a responsabilidade de conduzir o

SUS em nível nacional, por meio de planejamento, controle e assistência. Também estão sob a sua coordenação os serviços assistenciais de alta complexidade, redes nacionais de laboratórios, de sangue e hemoderivados em nível nacional e a missão exclusiva de regulação dos planos de saúde (BRASIL, 2006a).

Assim, a CF de 1988 determina que as três esferas de governo no âmbito federal, estadual e municipal financiem o SUS, gerando receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse essencial a garantir a universalidade e integralidade do sistema, tem se mostrado, no entanto, uma questão bem delicada. As restrições orçamentárias para o referido setor, bem como a falta de recursos nos municípios e a necessidade iminente de superá-las, tornam frequentes as discussões acerca do financiamento na agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 2006a).

Em se tratando da Secretaria de Estado, está designada para organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, cujo funcionamento deve controlar e avaliar. Ainda é prevista a coordenação dos serviços assistenciais de alta complexidade, laboratórios de saúde pública e hemocentros sob a sua responsabilidade (FINKELMAN, 2002). Já às Secretarias Municipais é concedido o papel de protagonista, confiados o seu planejamento, organização, execução e serviços de saúde, controle e avaliação, bem como a gestão dos laboratórios públicos de saúde e dos hemocentros.

O poder municipal também é exercido na celebração de contratos e convênios (FINKELMAN, 2002). Assim, o fato do SUS ter descentralizado seus serviços reforça a obrigação solidária e subsidiária entre os entes federativos. Os percentuais de investimento das três esferas governamentais no SUS são definidos pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Por esta lei, municípios e DF devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%. Em relação à União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual (BRASIL, 2012b).

Sob a ótica de superação de problemas técnicos, políticos e administrativos na gestão do SUS, foi aprovado, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) o Pacto pela Saúde, o qual envolve o compromisso de ampliar a mobilização popular e o movimento em defesa do SUS. O aludido Pacto apresenta três elementos basilares: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

Conforme estabelecido, o Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS com as prioridades estabelecidas a partir de metas nacionais, estaduais ou municipais, que impactam na situação de saúde da população brasileira. No tocante as prioridades, são divididas em seis eixos: saúde do idoso, controle de câncer de colo de útero e de mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento de capacitação de respostas às doenças emergentes e endemias como a dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006b).

O Pacto em Defesa do SUS tem o compromisso com o desenvolvimento e a articulação de ações que visem a qualificar e a assegurar o SUS como política pública por meio de seus gestores. Com a retomada das discussões sobre os desafios atuais e futuros do SUS, a ampliação e o fortalecimento das relações com os movimentos sociais em prol da saúde e da cidadania, por meio da construção coparticipativa com a inserção da população no controle social e a transparência de seu processo de fiscalização, conduz para a construção no processo decisório em saúde (BRASIL, 2006b).

Já o Pacto de Gestão do SUS determina as diretrizes para a gestão do sistema no que tange aos aspectos de descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde. Destarte, o referido pacto colabora com a busca da equidade social na saúde, tendo em vista que é uma alternativa real visando melhorias, avanços e qualidade nas ações e serviços de saúde no país (BRASIL, 2006b).

Portanto, hodiernamente o pacto pela saúde constitui uma evolução em se tratando das ações do SUS, haja vista que orienta as condutas inerentes à equidade social. Assim, esta política intimamente relacionada à transposição dos entraves em cada nível de gestão, sejam técnicos ou operacionais, condiz a uma realidade altamente viável à otimização das práticas inerentes à saúde pública no Brasil (BRASIL, 2006b).

No campo político, visa à pactuação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) por meio de realidade de ações e serviços de saúde dos estados e municípios, assim como o fortalecimento da atenção básica mediante o apoio instituído aos diferentes modos de organização e sua consolidação em grandes centros, respeitando suas diferenças regionais. Já o financiamento e a infraestrutura garantem o funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) a partir de recursos oriundos das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

Os desafios a serem enfrentados no âmbito do SUS e nas ações de saúde para obtenção de maior eficiência na alocação de recursos e qualidades dos serviços prestados, vêm sendo

construídos ao longo de três décadas e implicam a participação da sociedade e consequente controle social na busca da preservação das conquistas e avanços já produzidos.

1.2 A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) se trata de documento emitido pela Portaria Gabinete do Ministério (GM)/MS nº 3.916/1998. Como parte essencial da Política Nacional de Saúde (PNS), representa um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde dos indivíduos. A PNM estipula direitos, obrigações e papéis dos diferentes atores envolvidos, sejam eles do setor público ou privado, bem como o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BERMUDEZ; OLIVEIRA; LUIZA, 2008).

De acordo com as diretrizes da referida política, os gestores do SUS das três esferas de Governo, atuando em estreita parceria, deverão concentrar esforços a fim de assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível em conjunto de ações direcionadas, as quais englobam: adoção de relação de medicamentos essenciais, regulamentação sanitária de medicamentos, reorientação da AF, promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento científico e tecnológico, promoção da produção de medicamentos, garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998).

Com relação à adoção de relação de medicamentos essenciais, consideram-se medicamentos essenciais aqueles produtos básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Tais produtos devem estar continuamente disponíveis à sociedade nas formas farmacêuticas apropriadas e compõem uma relação nacional de referência, bem como para nortear a definição de listas de medicamentos essenciais junto aos estados e municípios (BRASIL, 1998).

Ao MS incumbe o financiamento, aquisição centralizada e distribuição às Secretarias de Estado da Saúde dos referidos municípios, elaboração de protocolos de tratamento e também estabelecer mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), este que é considerado um instrumento que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das doenças prevalentes no país. Para maior veiculação, ficou estabelecido que a RENAME deverá ser

continuamente divulgada por diferentes meios a fim de possibilitar a aquisição de medicamentos a preços menores, tanto por parte do consumidor em geral, quanto por parte dos gestores do Sistema (BRASIL, 1998).

Nesse contexto, a RENAME deverá ser a base para a organização das listas estaduais e municipais e favorecerá o processo de descentralização da gestão, considerando que estas instâncias são, com a participação financeira e técnica do MS, responsáveis pelo suprimento de suas respectivas redes de serviços. Os municípios podem implantar a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), que se refere a uma lista de medicamentos construída com base nessa relação para atender as necessidades da população municipal (VIEIRA; ZUCHI, 2007).

Na regulamentação sanitária de medicamento, cabe ao gestor federal dar subsídio às questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, assim como as restrições e eliminações de produtos que venham a se revelar inadequados ao uso. A reorientação da AF deve ser exercida de modo que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos, com o objetivo da promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais (BRASIL, 1998).

Quanto à promoção do uso racional de medicamentos é concedida informação especialmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes com ênfase ao processo educativo dos usuários acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca do medicamento prescrito, e à dispensação de medicamentos tarjados. Em se tratando das demais diretrizes apontadas, são estimuladas medidas de apoio ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos, bem como de estímulo à produção nacional, que assegure o fornecimento regular para a população (BRASIL, 1998).

Igualmente, a AF no SUS engloba as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização, medida que visa favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos. Denota-se que a PNM é altamente complexa, vez que também demanda esforços financeiro e administrativo dos três entes governamentais, da sociedade e de parcerias com o setor privado (BRASIL, 1998).

Embora já existisse o incentivo da AF na Atenção Básica, o bloco de financiamento da AF só foi estabelecido com o Pacto pela Saúde no ano de 2006, com a definição dos três componentes, quais sejam: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF); Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF); e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Destarte, nesse bloco de financiamento são estabelecidos os recursos para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e

insumos essenciais destinados ao atendimento dos usuários nos serviços de saúde, conforme especificidade de cada um dos respectivos componentes (BRASIL, 2006b).

O Programa de Atenção Básica, ou também intitulado de Programa de Medicamentos Essenciais, se destina a atender os agravos prevalentes e prioritários da atenção básica à saúde. São assim, os procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade, indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população: analgésicos, antibióticos, antiparasitários, medicamentos de uso contínuo para o diabetes mellitus (DM) e hipertensão, para a saúde mental, entre outros (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, as UBS compõem a principal porta de entrada do sistema de assistência à saúde estatal no Brasil. As farmácias, ali constituídas, ocupam espaços relativamente pequenos, cerca de 20 metros quadrados, os quais são estruturados como um local de armazenamento dos medicamentos até que estes sejam dispensados. O atendimento é geralmente externo, em local de circulação da UBS e os medicamentos são dispensados por meio de uma “janela” ou balcão envidraçado (ARAÚJO, 2005).

As legislações: Lei Federal nº 9.313/93, Portarias GM/MS nº 399/96 nº 814/00 nº 204/07, nº 4.217/10 e nº 533/12 definem o Programa de Medicamentos Estratégicos, composto por medicamentos utilizados em doenças que configuram problemas de saúde pública que atingem ou põem em risco as coletividades e cuja estratégia de controle se concentra no tratamento de seus portadores. Os medicamentos são destinados a programas específicos por doença (tuberculose, hanseníase, combate ao tabagismo, alimentação e nutrição), para o HIV/AIDS (antirretrovirais) e para o controle de endemias (destinados à doença de chagas, esquistossomose, filariose, malária, peste e tracoma), vacinas e soros.

O acesso administrativo ao CESA, via de regra, se dá por meio das UBS do município onde reside o paciente. Assim, a dispensação dos medicamentos deve estar integrada às demais etapas da atenção integral. Ou seja, para que o paciente tenha direito ao medicamento ele deve estar fazendo o seu tratamento em um dos centros especializados. Em se tratando do estado do Paraná, por exemplo, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA/PR) tem o condão de recebimento, armazenamento e distribuição aos municípios que lhe são pertinentes, por sua vez o papel dos municípios é o recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação aos usuários (PARANÁ, 2020a).

Na SESA/PR o planejamento, a execução e o acompanhamento das atividades relacionadas a programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos do CESA são competências do Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR). O CESA, regulamentado pela Portaria Conjunta nº 2, de 28 de setembro de 2017, Título IV, capítulos I

a IV e Portaria Conjunta nº 6, de 28 de setembro de 2017, título V, capítulo II, é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS. Seu objetivo majoritário é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em todas as fases evolutivas das doenças contempladas em nível ambulatorial (PARANÁ, 2020b).

As linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo MS, com o objetivo de estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, de inclusão e exclusão ao tratamento, os medicamentos e esquemas terapêuticos, bem como mecanismos de monitoramento e avaliação. Assim, os medicamentos do CEAF estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas (BRASIL, 2019).

O Grupo 1 é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva do MS. Engloba os medicamentos indicados para doenças com tratamento de maior complexidade, para os casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento, medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente e aqueles incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. O Grupo 1 está subdividido em Grupo 1A – medicamentos com aquisição centralizada pelo MS e Grupo 1B – medicamentos adquiridos pelos estados, porém com transferência de recursos financeiros advindos do MS (BRASIL, 2017).

A responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos é do CEMEPAR, devendo ser dispensados somente para as doenças contempladas nas portarias relacionadas ao CEAF (PARANÁ, 2020b). O Grupo 2 é constituído por medicamentos destinados a doenças com tratamento de menor complexidade em relação aos elencados no Grupo 1 e aos casos de refratariedade ou intolerância à primeira linha de tratamento (BRASIL, 2017).

O Grupo 3 é formado por medicamentos constantes no CBAF e indicados pelos PCDT como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas no CEAF (BRASIL, 2017). A responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição, o armazenamento e a distribuição realizadas de acordo com a pactuação da Comissão Intergestores Bipartite de cada unidade federada. A dispensação deve ser executada pelas Secretarias Municipais de Saúde. Após os medicamentos serem adquiridos/recebidos pelo CEMEPAR eles são distribuídos para as Regionais de Saúde (RS) de acordo com a demanda de número de pacientes cadastrados (PARANÁ, 2020b).

Nessa lógica, existindo a lista padronizada de medicamentos disponibilizados pelo SUS, quando profissionais médicos não a conhecem ou não a respeitam, receitando

medicamentos não padronizados, há descumprimento não só da PNM, como também das diretrizes delineadas. Denota-se que em alguns casos, a demanda judicial poderia ser evitada caso houvesse observância das políticas de saúde existentes (VIEIRA; ZUCHI, 2007).

Do mesmo modo, a padronização de medicamentos é imprescindível para execução da PNM. No entanto, apenas ter a ciência da listagem de medicamentos não é suficiente, é necessário também compreender informações como: formas de administração, efeitos adversos, utilização, recomendações ao paciente, contraindicações, tendo desse modo um guia para melhor prescrever para os pacientes segundo aquilo que foi padronizado (BRASIL, 2008). Outro ponto importante é que a Lei nº 6.360/76 estabelece normas para o registro de medicamentos no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e destaca que medicamentos não cadastrados não poderão ser comercializados ou vendidos. Tal aspecto é de suma relevância, em se tratando de análise judicial que versa as demandas relativas ao fornecimento de novos medicamentos no mercado farmacêutico brasileiro.

O SUS disponibiliza o Formulário Terapêutico Nacional (FTN), que pode ser utilizado pela equipe médica para adequarem as condutas terapêuticas, referido documento permite comparar as informações dos medicamentos padronizados com aqueles que ainda não são, a fim de garantir qualidade e segurança no tratamento escolhido. Ou seja, no âmbito da gestão federal, há a responsabilidade das questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de estabelecimentos e empresas, assim como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância (BRASIL, 2010b).

Para esta efetivação faz-se necessário a utilização de comissões técnicas e grupos assessores, com o intuito de respaldar e subsidiar as atividades de regulamentação e as decisões que envolvam questões de natureza científica e técnica (BRASIL, 1999). O acesso aos medicamentos é um dos pontos centrais da PNM, ou seja, tentar garantir à população brasileira que deles necessita requer uma ação coordenada entre os três níveis de gestão do SUS; conquanto, a população vem encontrando certas barreiras para conseguir efetivar esse acesso.

A constitucionalidade em relação ao direito dos indivíduos nesse aspecto é inegável, inclusive podendo utilizar de mecanismos judiciais para tanto. Em relação ao fornecimento de medicamentos tendo em vista a finitude dos recursos disponíveis; a aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos individuais pode estar levando a uma diminuição dos recursos disponíveis para a efetivação de direitos coletivos, debilitando a AF (GARCIA et al., 2004). Por conseguinte, existe uma política pública de fornecimento gratuito de

medicamentos aos indivíduos, que envolve medicamentos para doenças mais comuns, para doenças graves, medicamentos de uso contínuo, cuja gestão nas três esferas de governo tem responsabilidade compartilhada, mas descentralizada.

CAPITULO 2 – A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

2.1 DIREITO À SAÚDE E O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO

A assistência à saúde é dever do Poder Público e consequentes falhas em sua prestação levam indivíduos e diversos grupos da sociedade a buscar no campo do Direito a materialização de seus direitos constitucionalmente garantidos, e, por meio do poder judiciário, a Administração Pública é obrigada a cumprir suas obrigações perante o usuário. A este fenômeno dá-se o nome de judicialização de políticas de saúde (FRANCO, 2010).

A judicialização das políticas de saúde é um tema importante, amplamente discutido na Audiência pública realizada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em abril de 2009, a fim de subsidiar o poder judiciário na tomada de decisões com pareceres acerca do tema.

As primeiras impressões da judicialização da saúde no Brasil surgiram no início dos anos 90, pelas ações judiciais individuais dos pacientes com HIV/AIDS (*Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome*) que, em razão da inércia dos entes federativos, passaram a requerer o tratamento por via do poder judiciário. Os pacientes conseguiram estipular uma relação favorável entre o acesso à justiça e direito à saúde e sua efetividade, resultando em jurisprudência favorável à responsabilização dos entes federativos para o cumprimento imediato da prestação estatal (VENTURA et al., 2010).

Na sequência houve avanços significativos, a exemplo da incorporação de uma lei infraconstitucional (Lei nº 9.313/96) específica para os pacientes com HIV/AIDS. A partir de então, a atitude destes pacientes estimulou a propositura de ação para outras enfermidades, e consequentemente outras demandas para o fornecimento de medicamentos começaram a emergir nos Tribunais brasileiros após a promulgação da CF de 1988 (VENTURA et al., 2010).

A partir da CF de 1988, a busca pela garantia dos direitos humanos ganhou força, e consequentemente do cidadão atrelado ao direito à saúde. O judiciário utiliza de seu poder no sentido de impor a prestação do serviço de saúde quando a administração pública é omissa ao cidadão que necessite, portanto, não cria direitos, apenas ordena algo que já está garantido em lei. A intensidade de demandas individuais de medicamentos nos tribunais de Justiça brasileiro tem sido denominada pelo fenômeno Judicialização da Saúde.

O direito à saúde constitui-se como cláusula pétrea na esfera constitucional, nesse passo duas repercussões acerca da temática tornam-se importantes: a primeira importa na responsabilidade legal e ética pública na formulação e ações que garantam o acesso da

população aos serviços de saúde; a segunda diz respeito a possibilidade do cidadão reivindicar pela via judicial, seja de modo individual ou coletivo, o cumprimento da referida obrigação estatal (PEPE et al., 2010).

A saúde então passa a ser considerada, nos limites entre o biológico e o social, como expressão de estilos e condições de vida, e por conta disso a promoção de saúde passa a figurar como estratégia privilegiada de investimento na vida, nos modos de viver e não exclusivamente na não doença. A promoção de saúde torna-se ao mesmo tempo ampliação dos escopos de intervenção e disparador de novos arranjos epistemológicos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

No entendimento de Santos (2011), não é possível identificar um conjunto único de razões entorno da judicialização da saúde e o então protagonismo do judiciário, todavia, deve-se considerar a posição do Brasil no sistema mundial, bem como o seu desenvolvimento econômico e os processos históricos e sociais que levaram à construção do Estado. O poder judiciário consolida-se como protagonista no contexto das sociedades de massas, vez que inova seus métodos de resolução de conflitos e arbitragem, passando a atuar na proteção dos direitos fundamentais (AGUIAR, 2007).

Para Carvalho (2008), a constituição dos direitos no país desenvolveu-se tardiamente em comparação a outros países; salienta que os direitos sociais foram constituídos no período de supressão dos direitos civis e políticos. Aponta que, ao longo dos anos, houve restrição no acesso aos direitos à população, de modo que a proteção das leis era designada apenas a uma parcela dos indivíduos. Isto é, a cidadania como resultante de um longo caminho e conflito histórico/social, abrangendo não apenas os interesses de todos os cidadãos; assim as conquistas são incorporadas, tanto das classes sociais desfavorecidas, como também dos novos atores sociais como as mulheres, meio ambientalistas e negros. Nessa perspectiva, os direitos civis conseguem sustentáculo pela CF de 1988, ao lado dos direitos políticos e sociais (MOTTA, 2014).

Uma pesquisa publicada pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) destaca a complexidade do fenômeno da judicialização da saúde, principalmente no que diz respeito a traçar um perfil padrão da necessidade da população. Segundo Marques (2008), a questão da judicialização é confusa, vez que permeia diferentes atores (magistrados, promotores de justiça, gestores do SUS, procuradores públicos, advogados, profissionais de saúde, usuários e também a indústria farmacêutica). Entretanto, boa parte das decisões no Judiciário tende a fundamentar a obrigação do Estado no fornecimento de medicamentos prescritos pelo médico, com base na garantia do direito à saúde, assegurado constitucionalmente.

2.2 JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Apesar do acesso aos medicamentos ser um dos objetivos centrais das políticas de saúde, em especial a AF, em decorrência das inúmeras demandas judiciais por parte dos usuários do SUS, há que ser repensado se o acesso está sendo efetivamente viabilizado. O panorama geral tem sido motivo de preocupação e intenso debate entre todos os níveis governamentais, em especial pelo fato de que as decisões são de predomínio em liminares favoráveis ao autor da ação e representam inegável impacto sobre a estruturação financeira no SUS (MARQUES, 2008).

De um lado, as contínuas demandas judiciais para a obtenção de medicamentos podem expressar um avanço em relação ao legítimo exercício da cidadania, sob outro prisma, representa apreensão perante os executores e elaboradores das políticas na saúde, que hodiernamente atendem um número elevado de ordens judiciais. São assim consideradas prestações estatais, as quais representam gastos públicos, acarretando consequências na gestão pública de saúde (MARQUES, 2008). Para o Ministro do STF Gilmar Mendes, tal entendimento pode implicar na concepção de que por vezes irá se atender a um indivíduo e, deixar de atender a outro; a garantia do direito de alguém não deve colocar em risco o direito coletivo de toda a comunidade, cada caso deve ser analisado individualmente (BRASIL, 2007b).

Cabe pontuar que os mandados judiciais são ordens emitidas pelo poder judiciário determinando a prática de ato ou diligência. No caso específico dos medicamentos, os mandados visam a obrigar o gestor a garantir o acesso do impetrante da ação aos medicamentos pleiteados; encontram-se fundamentados no texto constitucional, sobre o papel do Estado na formulação das políticas públicas de saúde. Quando os medicamentos solicitados nas ações não fazem parte dos elencos padronizados pela Secretaria, esta deve providenciar a aquisição específica do medicamento para o autor da ação (ZAGO et al., 2016).

É possível afirmar que o Estado tem por finalidade a prestação do bem comum, posto que governará com base no interesse geral. Na medida em que despontam os conflitos entre grupos sociais e indivíduos, torna-se imprescindível a intervenção de uma vontade então dominante, capaz de preservar a ordem da própria sociedade (BASTOS, 2002). Os pedidos judiciais se respaldam na presumida urgência no fornecimento do medicamento, alicerçados com a prescrição médica.

Em alguns casos, a escolha pela via judicial também pode ocorrer a fim de pressionar a incorporação do medicamento no SUS ou ainda, pela ausência ou deficiência da prestação do serviço. Considerado um meio legítimo de impelir o Estado a cumprir as promessas nos ditames constitucionais, ou seja, o Poder Judiciário passou então a ser acionado a fim de resolver situações de conflito resultantes de negativas pelo Estado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Após a concessão judicial há a obrigação do Estado em arcar com fornecimento imediato do medicamento, dispensados em algumas situações o processo licitatório, ocasionando desequilíbrio nas contas públicas, bem como no orçamento destinado para a saúde. Em outras situações, o medicamento solicitado pode não estar padronizado e incluso nas listas de medicamentos que fazem parte das instâncias do SUS. Em outros, o medicamento, objeto da ação, não possui nem mesmo a autorização da ANVISA. Há que se considerar o desenvolvimento de novos medicamentos, bem como tratamentos para doenças graves ou raras, os quais também resultam em progressivas demandas judiciais para que sejam fornecidos medicamentos em geral de alto custo (CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016).

No Brasil, os medicamentos não são vistos como uma ação efetiva de manutenção de saúde, mas como bens de consumo; o mercado farmacêutico brasileiro se caracteriza principalmente pela extrema dependência tecnológica e pela desigualdade de acesso, onde há grande parcela da população excluída (COSENDEY, 2000). O STJ em sede de julgamento do Recurso Especial 1.657.156, definiu que a concessão de medicamentos que não se encontrem nas listas oficiais do SUS depende do cumprimento dos requisitos cumulativos: laudo médico comprovando a necessidade do medicamento, bem como a ineficácia de outros produtos já fornecidos pelo SUS; incapacidade financeira do paciente para arcar com o tratamento e o registro do medicamento junto a ANVISA.

De acordo com Medeiros, Diniz e Schwartz (2013), os principais motivos para que um medicamento não faça parte das listagens oficiais do SUS seriam a administração e problemas de estocagem, o não conhecimento científico e eficácia terapêutica do fármaco e, por vezes, a demora no trâmite de autorização por parte da vigilância sanitária. Os medicamentos pertencentes às listagens do SUS contemplam medicamentos de baixo, médio e alto custo, em que pese incorpore grande variedade e quantidade, não atende a todas as necessidades dos usuários (BRASIL, 2012a). No que se refere ao registro de medicamentos no Brasil, há o seguimento de uma série de normas exigidas pela ANVISA, como exemplo a apresentação de

relatórios técnicos com dados minuciosos inerentes à comprovação da eficácia, segurança e resultados de ensaios clínicos (BRASIL, 2005).

As vias alternativas de busca por medicamentos são, em parte, reflexo da insuficiência da garantia de acesso por meio das listas oficiais do SUS (SOARES; SILVA; PROVIN, 2013), seja por desconhecimento ou resistência dos prescritores em utilizar as listas disponíveis, oferta em grande escala equivocada, ou mesmo por pressão da indústria farmacêutica do uso de fármacos não contemplados nas listas (CATENHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016). Tem-se registrado um constante desequilíbrio entre os medicamentos ofertados pelo SUS e aqueles que a população tem buscado acessar, resultando na crescente busca por medicamentos pela via da judicialização (CATENHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016; BOING et al., 2013).

Além disto, o envelhecimento populacional gera novas demandas, bem como o fato de indivíduos sofrerem de doenças simultaneamente, cujo atendimento requer a constante adequação do sistema de saúde e a transformação do modelo de atenção prestada. A política de medicamentos adquire especial relevância em face do aumento da demanda daqueles medicamentos de uso contínuo, como a exemplo também no tratamento das doenças cardiovasculares, reumáticas, DM e doenças crônico degenerativas. Observa-se em algumas situações a irregularidade no abastecimento de medicamentos em nível básico, a falta de prioridades pelo prescritor na adoção de produtos padronizados, constantes nas listagens oficiais (ZAGO et al., 2016; PAIM et al., 2017; BIEHL; SOCAL; AMON, 2016).

A partir do crescimento desenfreado da demanda por medicamentos via judicial no país, estratégias foram e ainda têm sido pensadas e implementadas a fim de minimizar o trabalho e os gastos a partir da judicialização. Iniciou-se em diversos locais do país a implementação da via administrativa para solicitação dos medicamentos, resolvendo situações que em outra hipótese, seguiriam a via judicial (BRASIL, 2015). Os processos administrativos são solicitações realizadas pelo usuário diretamente à Secretaria de Saúde, caracterizando-se, em grande parte, por ser mais ágil que a via judicial, provavelmente por ser menos burocrática (SOARES; SILVA; PROVIN, 2013).

A via administrativa tem se tornado deveras importante em alguns locais do país, resultando em diminuição no número de processos judiciais e aumento no número de processos administrativos (BRASIL, 2015). Os entes federativos são solidários no dever de fornecer medicamentos aos usuários e, considerando a descentralização como um dos princípios do SUS, bem como a PNM, todos os entes federativos contra os quais foi proposta

a ação judicial, passam a ser igualmente responsáveis no fornecimento do medicamento objeto do pedido (MARQUES, 2008).

2.3 TEMAS ATUAIS ACERCA DA JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

O levantamento de informações acerca da judicialização da saúde com enfoque no fornecimento de medicamentos considerou estudos publicados entre 2015 e 2019. Caracterizou-se como um estudo de revisão sistemática realizada por meio da metodologia multicritério *Methodi Ordinatio*, utilizando para busca as bases de dados Scopus, Scielo e Science Direct. Foram selecionados para leitura e análise 16 artigos (Tabela 1), em que 93,7% (n=15) tinham como local de estudo o Brasil, e um o Uruguai.

A leitura dos artigos deu origem a quatro categorias: perfil dos autores, características das ações, o custo da judicialização de medicamentos e questões que permeiam a judicialização de medicamentos.

Tabela 1 – Artigos selecionados ordenados conforme classificação *InOrdinatio*, 2019

(continua)						
Autores	Título	Ano	Revista	FI	Ci	InOrd
BIEHL; SOCAL; AMON	The judicialization of health and the quest for state accountability: Evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern Brazil	2016	Health and Human Rights	1,407*	55	125,00
BIEHL; PETRYNA	Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde	2016	História, Ciências, Saúde- Manguinhos	0,270	32	102,00
MARQUES et al.	Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça	2019	Estudos Avançados	0,310	1	101,00
LOPES et al.	Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde	2019	Saúde e Sociedade	0,500	0	100,00
SANTOS et al.	Judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com diabetes mellitus	2018	Texto & Contexto – Enfermagem	0,680	2	92,00
SOUZA, SOUZA, LISBOA	Ações judiciais e incorporação de medicamentos ao SUS: a atuação da Conitec	2018	Saúde em Debate	**	2	92,00
ANDRADE et al.	Processos judiciais para aquisição de bomba de insulina em Ribeirão Preto	2018	Revista Bioética	**	1	91,00
ARAÚJO; QUINTAL	The Judicialization of access to medication in Belo Horizonte: An equity issue	2018	Revista Brasileira de Políticas Públicas	0,340	0	90,00
PAIM et al.	Qual é o custo da prescrição pelo nome de marca na judicialização do acesso aos medicamentos?	2017	Cadernos Saúde Coletiva	**	10	90,00

Tabela 1 – Artigos selecionados ordenados conforme classificação InOrdinatio, 2019
(conclusão)

Autores	Título	Ano	Revista	FI	Ci	InOrd
CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA	Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática	2016	Physis: Revista de Saúde Coletiva	0,330	18	88,00
LISBOA; SOUZA	Por que as pessoas recorrem ao Judiciário para obter o acesso aos medicamentos? O caso das insulinas análogas na Bahia	2017	Ciência & Saúde Coletiva	0,960	6	86,00
ALEMAN; GALAN	Impact of health technology assessment in litigation concerning access to high-cost drugs	2017	International Journal of Technology Assessment in Health Care	1,418*	5	85,00
CAMPOS NETO; GONÇALVES; ANDRADE	A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores	2017	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	0,610	4	84,00
ZAGO et al.	Aspectos Bioéticos da Judicialização da Saúde por Medicamentos em 13 Municípios no Meio-Oeste de Santa Catarina, Brasil	2016	Acta bioethica	0,191*	7	77,00
AQUINO; PISCOPO	Conflitos entre gestores públicos, Ministério Público e usuários na dispensação de medicamentos de alto custo: Judicialização do Sistema Único de Saúde Brasileiro	2016	Espacios	0,190	2	72,00
PINTO; OSORIO- DE-CASTRO	Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul	2015	Saúde em Debate	**	11	71,00

*JCR **Não encontrado

Fonte: A autora (2019).

2.3.1 Perfil dos autores

O perfil dos autores das ações foi descrito por três estudos (ANDRADE et al., 2018; ARAÚJO; CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016; QUINTAL, 2018; BIEHL; SOCAL; AMON, 2016) em busca de medicamentos a partir da judicialização de medicamentos. Os estudos de Biehl, Socal e Amon (2016) e Araújo e Quintal (2018) mostram que os autores das ações eram em mais da metade dos casos do sexo feminino, equivalendo a 54% (n=685) e 62% (n=116) das amostras, respectivamente. Ambos os estudos consideraram o total de ações demandadas em razão de medicamentos diversos, sem especificações a um tipo de doença ou grupo de medicamento. Quando a amostra foi especificamente para medicamentos relacionados a DM, há um maior número de homens como autores das ações (72,5%) (ANDRADE et al., 2018).

Quanto a faixa etária de impetrantes, Araújo e Quintal (2018) encontraram 52,7% de autores idosos, Biehl, Socal e Amon (2016) destacam prevalência de 61% de adultos. Quando

especificado ações judiciais relacionadas a DM, como no estudo de Andrade et al., (2018) a faixa etária mais presente está entre 11 e 20 anos com 35,9% (n=14).

Biehl, Socal e Amon (2016) exploram o perfil em outros aspectos, destacando que no estado do Rio Grande do Sul, 92% (n=1160) dos autores residiam fora da capital do estado, 40% (n=510) eram casados, 32% estavam aposentados e 21% desempregados. Quanto ao *status* socioeconômico, Biehl, Socal e Amon (2016) evidenciaram nível predominantemente baixo, enquanto Catanheide, Lisboa e Souza (2016) em revisão sistemática afirmam que grande parte dos estudos sobre o tema exibem benefícios da judicialização a indivíduos com boas condições socioeconômicas, mas reconhecem a existência de resultados contraditórios.

Portanto, parece não haver um padrão esperado quanto ao perfil dos autores na judicialização de medicamentos diante de estudos recentemente publicados sobre o tema, permitindo o questionamento de relação entre perfil e características socioeconômicas podem variar de acordo com o tipo de doença ou medicamento solicitado.

2.3.2 Características das ações

Os estudos analisados exploram questões sobre as características das ações no que diz respeito ao número de deferimentos, ao tipo de representação jurídica, a origem da prescrição médica e principais medicamentos solicitados.

O tipo de representação judicial dos autores foi descrito por quatro estudos, englobando representações públicas e particulares. A representação pública esteve predominante em três estudos, em 68,5% (n=436) (SANTOS et al., 2018b), 69% (n=129) (ARAÚJO; QUINTAL, 2018) e 66% (n=843) (BIEHL; SOCAL; AMON, 2016) dos casos. Arelado a isso, Lisboa e Souza (2017) identificaram que 78,5% (n=117) das ações foram motivadas pela hipossuficiência financeira do autor. A representação particular predominou apenas no estudo de Paim et al. (2017) com 81,2% (n=151) das representações realizadas por advogados oriundos de escritórios particulares.

Revisão sistemática observou que dentre 18 estudos que calcularam a concessão da medida liminar, 90% tiveram deferimento. Apenas em cinco estudos havia documentos adicionais, além da prescrição médica, inseridos no processo. Assim, evidenciou-se que a concessão de liminar é regra, e a prova que o autor precisa é a prescrição do médico (CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016).

Quanto ao pedido de antecipação de tutela, o estudo de Araújo e Quintal (2018) encontraram que dos 187 pedidos de antecipação de tutela, 80,7% foram deferidos, mesmo

que parcialmente. Os autores ainda ressaltam que todos os pedidos de tutela antecipada negados não citaram a CF de 1988.

No que concerne às prescrições médicas, dois estudos elucidaram o tema revelando proporção elevada de prescrições provenientes de consultórios particulares. Santos et al. (2018b) mostraram que 71,9% (n=457) das prescrições de insulina glargina eram de consultórios particulares, 12,6% (n=80) de hospital universitário, de convênios 7,7% (n=49), de instituições municipais 6,4% (n=41), Fundações/Santas Casas 1,1% (n=07) e médicos conveniados ao SUS 0,3% (n=02). Enquanto Andrade et al. (2018) mostraram que 100% (n=40) das prescrições das demandas judiciais solicitando insulinas análogas eram provenientes de consultórios médicos particulares.

Em relação aos medicamentos e doenças, oito autores citaram em seus estudos os medicamentos mais solicitados por demanda judicial e indicaram as doenças mais prevalentes, demonstrados na Tabela 2.

Com relação às demandas por medicamentos mais frequentes, de acordo com ação referente ao Grupo Anatômico Principal, foram identificados: sistema cardiovascular, que esteve em todos os estudos entre os seis sistemas mais descritos (PINTO; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2015; ZAGO et al., 2016; PAIM et al., 2017; BIEHL; SOCAL; AMON, 2016), chegando a 25% no estudo de Pinto e Osório-de-Castro (2015); sistema nervoso e respiratório, que apareceram ambos em três estudos (ZAGO et al., 2016; PAIM et al., 2017; BIEHL; SOCAL; AMON, 2016), chegando a 34,7% relacionados ao sistema nervoso no estudo de Paim et al. (2017), e 11,6% no respiratório descrito por Zago et al. (2016).

Outros medicamentos classificados por sistemas foram encontrados em menor proporção, como: agentes antineoplásicos em 10,8% e 1,4% (ZAGO et al., 2016; PAIM et al., 2017); medicamentos relacionados ao sangue e órgãos hematopoiéticos em 5,8% e 6,8% (PAIM et al., 2017; ZAGO et al., 2016); anti-infecciosos sistêmicos em 3,3%, 2,4% e 1% (ZAGO et al., 2016; BIEHL; SOCAL; AMON, 2016; PAIM et al., 2017); relacionados ao sistema músculo esquelético representaram 4,2%, 3,7% e 1,1% (ZAGO et al., 2016; PAIM et al., 2017; BIEHL; SOCAL; AMON, 2016).

Além disso, estudos de Aquino e Piscopo (2016) pesquisaram medicamentos relacionados a doenças específicas, descrevendo as demandas referentes aos antineoplásicos, enquanto Andrade et al. (2018), Santos et al. (2018b) e Lisboa e Souza (2017) citam a judicialização por insulinas análogas como principal discussão dos estudos e Biehl e Petryna (2016) descrevem a busca pela terapia de reposição enzimática para mucopolissacaridose.

Tabela 2 – Artigos selecionados conforme período do estudo e principais doenças

Autores	Período	Principais doenças
ANDRADE et al., 2018	2007 a 2013	Diabetes Mellitus*
AQUINO; PISCOPO, 2016	2012 a 2014	Neoplasias*
BIEHL; PETRYNA, 2016	2008 a 2011	Mucopolissacaridose*
BIEHL; SOCAL; AMON, 2016	2008	Doenças do sistema respiratório, nervoso, cardiovascular, infecções sistêmicas e musculo esquelético
LISBOA; SOUZA, 2017	2010 a 2013	Diabetes Mellitus*
PAIM et al., 2017	2004 a 2015	Doenças cardiovasculares, respiratórias e do sistema nervoso central
PINTO; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2015	2008 a 2011	Sistema cardiovascular e o sistema gastrointestinal
SANTOS et al., 2018b	2004 a 2013	Diabetes Mellitus*
ZAGO et al., 2016	2007 a 2012	Aparelho digestivo, Sistema nervoso, Aparelho cardiovascular e respiratório

*Doença usada como critério de inclusão para amostra do estudo.

Fonte: A autora (2019).

Ainda sobre medicamentos, os mais solicitados nas ações são nominalmente citados por cinco artigos. Andrade et al. (2018), considerando apenas demandas relacionadas a DM, encontrou 43% (n=17) de demandas judiciais para a insulina Aspart, 28% (n=11) insulina Lispro, 8% (n=3) insulina Detemir, 8% (n=3) insulina Glulisina, 3% (n=1) insulina Lantus e 3% (n=1) Aspart + Protamina. Enquanto em Santos et al. (2018b), dos 636 processos, 51,1% (n=325) requeriam a insulina Glargina.

Por fim, Aquino e Piscopo (2016) descrevem medicamentos utilizados para o tratamento de neoplasias solicitados por meio de judicialização: Tarceva/cloridrato de Erlotinib, Velcade/Bortezomibe, Erbitux/Cetuximabe, Mabthera/Rituximab, Temodal/Temozolomida, Avastin/Bevacizumabe, Nexavar/Tosilato de sorafenibe, Sutent/Malato de sunitinibe, Herceptin/Trastuzumab e Revlimid/eLenalidomida.

Por sua vez, Zago et al. (2016) encontraram 175 ações requerendo medicamentos, sendo 9,7% (n=17) delas para Insulina Glargina, 4,6% (n=8) Prepagalina e 2,8% (n=5) Fumarato de Formoterol. Biehl, Socal e Amon (2016) descrevem os seguintes medicamentos mais solicitadas nas ações avaliadas: Formoterol 3,1% (n=107), Budesonida 3% (n=105), Risperidona 1,8% (n=63), Sinvastatina 1,5% (n=52), Ácido acetilsalicílico 1,5% (n=51), Hidroclorotiazida 1,4% (n=48), Brometo de tiotrópio 1,3% (n=44), Clonazepam 1,2% (n=43),

Citalopram 1,2% (n=42), Peginterferon alfa-2a 1,2% (n=40), Ribavirina 1,2% (n=40), Glucosamina 1,1% (n=39) e Fluoxetina 1% (36).

2.3.3 O custo da judicialização de medicamentos

Os custos elevados relativos a medicamentos têm sido uma realidade em municípios brasileiros, com um pico evidenciado a partir de 2007 (ZAGO et al., 2016; PINTO; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2015). Esse aumento se deve a crescente busca pela via judicial, representando em alguns municípios a principal via de acesso aos medicamentos. Pinto e Osório de Castro (2015) discorrem que as principais causas desse aumento podem estar relacionadas à falta de estrutura e controle baseado em informações em saúde dos municípios. Quanto maior a falta de estratégias e estruturas materiais, humanas e organizacionais do município, mais frequente é a utilização da via judicial, tornando-se o principal meio de acesso aos medicamentos.

Não se pode inferir, no entanto, que a judicialização seja a causa isolada e direta do aumento desenfreado de custos com medicamentos, pois ela própria é uma consequência das lacunas deixadas pela má gestão da AF no município (PINTO; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2015). O próprio custo por habitante discrepante entre municípios semelhantes, variando de R\$ 1,33 a R\$ 36,34 por habitante, é uma prova de que diversos fatores relacionados à gestão da AF influenciam nos gastos públicos com medicamentos (ZAGO et al., 2016).

Zago et al. (2016) discutem a questão da igualdade, equidade e justiça distributiva do acesso a medicamentos via judicial. As ações impetradas individualmente geram altos custos e não garantem o acesso igualitário e equitativo aos que possuem igual necessidade. Ou seja, há um elevado custo concentrado num grupo minoritário, assim como representado pelos mesmos autores em que 175 (0,134%) pacientes dos 129.497 habitantes de municípios de pequeno porte no estado de Santa Catarina geraram um custo total de R\$ 1.484.389,92.

Os autores Biehl, Socal e Amon (2016) destacam que no estado do Rio Grande do Sul, a maioria dos medicamentos solicitada é de baixo custo, no entanto, aqueles de alto custo raramente solicitados são responsáveis por grande parte do valor gasto com a judicialização de medicamentos.

Extrapolando as fronteiras brasileiras, Aleman e Galan (2017) relatam a situação no Uruguai, em que os medicamentos de alto custo predominam os gastos referentes à judicialização de medicamentos. Destacam que apesar dos esforços do Estado em implementar estratégias que controlem essa situação, continuam crescentes as demandas por medicamentos não inclusos na relação nacional disponível.

Diante desse panorama de elevados custos, Paim et al. (2017) realizaram uma análise comparativa dos gastos com compra de medicamentos deferidos no Brasil, supondo sua compra por marca prescrita, genérico e medicamento de menor valor. O valor economizado de compra do medicamento genérico comparado ao da marca prescrita seria de 13,44% (R\$1.1019.365,39), enquanto o medicamento prescrito comparado ao medicamento de menor valor, a economia seria de 17,94% (R\$ 1.235.626,76).

Os gastos elevados com a judicialização de medicamentos parecem refletir inversamente os esforços dispensados com a gestão da AF nos municípios brasileiros. A preocupação com a distribuição igualitária e equitativa dos recursos destinados a medicamentos e a preocupação com medicamentos de alto custo são discussões recorrentes nos estudos.

2.3.4 Questões que permeiam a judicialização de medicamentos

A respeito da judicialização de medicamentos, Andrade et al. (2018) destacam que a Constituição promulgada em 1988 garante a saúde como direito igualitário e dever do Estado, todavia, os usuários do SUS necessitam recorrer a propositura de ação judicial a fim de garantir seus direitos.

As demandas judiciais têm sido favorecidas em razão da impossibilidade do judiciário em negar os pedidos de medicamentos, vez que estão pautados em uma prescrição médica com a presunção de veracidade (ZAGO et al., 2016). O poder judiciário tem partido da premissa de que a saúde, enquanto constitucionalmente garantida, deve ser assegurada a qualquer custo, de modo que sob esta ótica coloca em segundo plano a escassez de recursos financeiros perpetrada (SANTOS et al., 2018b).

Desta feita, o poder judiciário acaba por interferir demasiadamente nas políticas públicas, influenciando diretamente na incorporação de novas tecnologias no SUS (SOUZA; SOUZA; LISBOA, 2018). Além disso, ao assegurarem o direito à AF a alguns indivíduos, quando em demasia, comprometem o acesso da população geral, haja vista a violação da questão orçamentária, que reflete na redução da oferta de medicamentos, invertendo a lógica dos princípios do SUS (PAIM et al., 2017).

Visivelmente, as demandas judiciais impactam financeiramente sobre a gestão da AF, provocando a desestruturação do serviço (PINTO; OSORIO-DE-CASTRO et al., 2015). O Poder Judiciário decide sem a percepção que está diante de recursos finitos, sendo necessário

cumprir o papel constitucional evitando o enfraquecimento de políticas públicas (ARAÚJO; QUINTAL, 2018).

Aleman e Galan (2017), diante de situação semelhante no Uruguai, destacam que a judicialização do direito à saúde desafia, além das prioridades definidas pelo Estado de alocar recursos finitos para a saúde, também o acesso preferencial a população de *status* socioeconômico mais elevado, por possuírem maiores condições de bancar os custos da judicialização. Essa situação permite aumentar as desigualdades no acesso a medicamentos de alto custo para a população geral (ALEMAN; GALAN, 2017; BIEHL; PETRYNA, 2016).

Outra questão discutida por alguns autores trata do poder da prescrição médica sobre decisão favorável da ação. Lisboa e Souza (2017) indicam que a prescrição e o laudo médico devem ser elementos basilares para a tomada de decisão dos juízes, entretanto, é muito comum se deparar com decisões favoráveis baseadas somente em receituário médico.

Sob este vértice, fica evidente a necessidade de conhecimento prévio pelos magistrados das políticas de saúde vigentes. Considerando esse contexto, Campos Neto, Gonçalves e Andrade (2017) entrevistaram prescritores e puderam concluir que o aumento das ações judiciais ocorre, também, por deficiência da política pública e desconhecimento do prescritor.

Possível intervenção para essa situação, foi descrita por Marques et al. (2019) pontuando que desde 2010 o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) dedicou-se a estabelecer uma política pública judiciária para a saúde. Neste sentido, estimulou que os tribunais celebrem convênios a fim de obterem apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os juízes na apreciação das ações, visando a extrapolar a decisão pautada apenas na prescrição médica, isenta de análise de questões clínicas envolvidas.

Além disso, em 2011 foram instituídos critérios de acesso a AF pelo Decreto nº 7.508, citado no estudo de Lopes et al. (2019), em que são empregados parâmetros em ações deferidas anteriores à implementação do Decreto. O estudo encontrou que entre 68,8% e 85,7% dos medicamentos judicializados em Minas Gerais no período de 1999 a 2009 teriam sido indeferidos se aplicados os critérios referentes a 03 critérios: (1) usuário assistido por ações e serviços do SUS, (2) medicamento prescrito por profissional de saúde atuante no SUS e, (3) prescrição em conformidade com os PCDT e/ou RENAME.

Lopes et al. (2019) ainda concluem que racionalizar a judicialização não significa automaticamente aproximar o Estado na efetivação do direito à saúde nos ditames da CF, deve-se refletir sobre os impactos da atuação do poder judiciário neste sentido.

Aleman e Galan (2017) apontam a judicialização de medicamentos como um problema crescente no contexto latino-americano, tornando essencial a busca por soluções. O direito à saúde é desafio enfrentado por toda a sociedade, por isso as soluções devem incluir um amplo debate sobre os problemas com todas as partes interessadas, para que se construa um entendimento mútuo sobre a acessibilidade aos medicamentos dentro do sistema de saúde.

A judicialização de medicamentos vem fazendo parte do cenário brasileiro desde os anos 1990 com solicitações de medicamentos para inúmeras patologias. Assim, a partir destas solicitações, percebe-se um conflito entre o direito à saúde constitucionalmente garantido e a estruturação dos serviços para sua efetivação. Nesse contexto, tem-se delegado ao Poder judiciário o papel de árbitro para a garantia do acesso ao medicamento, gerando um desvio no ingresso dos usuários ao sistema público de saúde.

Diante desse panorama, as principais solicitações de medicamentos relatadas estão relacionadas às doenças crônicas, podendo citar diabetes, doenças gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórias e do sistema nervoso central. Por fazerem parte de programas específicos do SUS, a dificuldade de acesso a estes fármacos e consequente judicialização da saúde demonstrou a fragilidade das políticas públicas existentes.

Por fim, fica evidente a necessidade da realização de novos estudos sobre a judicialização de medicamentos, para que se explicita a realidade nas mais diversas regiões do país e exterior, bem como diferenciadas vivências e experiências acerca da temática.

CAPÍTULO 3 – MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental, do tipo descritivo-exploratório (POLIT; BECK, 2019), de abordagem quantitativa dos mandados judiciais determinando a entrega de medicamentos, atendidos e arquivados na Farmácia Central do Município e junto à 3ª Regional de Saúde.

O universo pesquisado concerne às ações judiciais propostas nos anos de 2016, 2017 e 2018, contra o Município de Ponta Grossa, Paraná e contra o Estado do Paraná inerente ao Município de Ponta Grossa, perante as Varas de Fazenda Pública e Juizados da Comarca de Ponta Grossa, Paraná. A escolha do lapso temporal deu-se em razão de que, a partir de 2015, os processos estavam informatizados e a não inclusão do ano de 2019, vez que não se tratava de um ano completo inerente à coleta de dados. O banco de dados foi acessado por um único pesquisador, utilizando uma ficha padrão e inclusão dos processos dos anos de 2016 a 2018.

Foram incluídos na amostra todos os processos impetrados contra o município e o estado relacionados a Ponta Grossa, Paraná na 3ª Regional de Saúde, que estivessem dentro do marco temporal determinado e contivessem dados referentes ao: tipo de medicamentos pleiteados nas ações, doença que acomete a parte autora no processo, sexo, origem da receita médica, medicamento contemplado ou não nas listas oficiais do SUS, o teor final das decisões, isto é, se favoráveis ou não ao usuário, forma de representação legal, concessão de justiça gratuita, medida liminar e tempo para a concessão do medicamento pleiteado. Foram excluídos da amostra os processos decretados como segredo de justiça, bem como àqueles que embora versem de demandas relacionadas à saúde, não contemplam medicamentos.

Para coleta das informações, criou-se uma planilha no programa Microsoft Excel® (Apêndice A) para tabulação dos processos referentes a: ano da ação, tipos de medicamentos pleiteados, doença que acomete a parte autora, sexo, forma de representação legal, origem da receita médica, forma de prescrição (princípio ativo ou nome comercial), concessão da justiça gratuita, tempo para a concessão do medicamento, liminar, condição atual do processo, tempo para término do processo, e se contempla a RENAME e REMUME (Anexo A), valor da ação, extinção do processo.

Duas das informações extraídas foram trabalhadas, ainda, para seu agrupamento a fim de facilitar a visualização dos dados apresentados: os medicamentos pleiteados foram

classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical*¹ (ATC), enquanto as doenças que acometem a parte autora foram classificadas conforme grupo principal da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

Diante do número do processo, ocorreu posterior acesso por meio de cadastro prévio e consulta pública no *site* da Justiça Estadual (<https://projudi.tjpr.jus.br/projudi/>), garantindo privação do nome das partes e número do processo. A partir disso, os dados foram extraídos dos processos e manualmente digitados na planilha Excel, sendo posteriormente exportados para o programa SPSS versão 20.0 para análise descritiva dos dados.

Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa não necessitou de aprovação pelo Comitê de Ética e está de acordo com as Resoluções do CNS 466/2012 e 510/2016, considerando que os dados estudados são de acesso público e não há a identificação de indivíduos.

No entanto, solicitou-se previamente na Prefeitura Municipal de Ponta Grossa - PR, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, permissão documental para desenvolver o projeto de pesquisa no Protocolo Geral (Apêndice B). Desta forma, o Núcleo Permanente de Atualização e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa autorizou o estudo. Também foi enviada uma solicitação por meio da Ouvidoria do Estado do Paraná no *site*: <http://www.saude.pr.gov.br/>, cujo Protocolo foi autuado com o número e 123964/2019 para a obtenção de dados junto à 3ª Regional de Saúde do município de Ponta Grossa, o qual autorizou o estudo com acesso aos dados por meio da Procuradoria Geral do Estado do Paraná (Apêndice C).

¹Site para consulta da classificação ATC: https://www.whooc.no/atc_ddd_index/

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo dados fornecidos pela Farmácia Central do Município de Ponta Grossa, no ano de 2016 foram realizados 95.158 atendimentos relacionados à dispensação de medicamentos pela via administrativa, em 2017 foram 92.029 e, em 2018, os atendimentos chegaram ao montante de 97.000. Quanto à via judicial, a coleta de dados resultou em 181 processos relacionados a medicamentos nos anos 2016, 2017 e 2018 impetrados por munícipes pontagrossenses. Neste estudo, a via administrativa mostrou-se significativamente maior que a via judicial, podendo ser resultado de estratégias implementadas no âmbito municipal.

Todavia, a utilização de vias alternativas, sejam elas administrativas ou judiciais indicam falhas no acesso e funcionamentos da AF, no que tange à disponibilidade dos medicamentos por meio das listas, conhecimento dos profissionais prescritores, dentre outras situações (SOARES; SILVA; PROVIN, 2013; CATENHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016).

Além disso, a via judicial indica que os autores das ações tiveram de acessar o Poder Judiciário para obter o fornecimento de determinado medicamento que deveria lhes ter sido dispensado pela via administrativa. Nesse caso, se vislumbram duas hipóteses distintas: a do indivíduo que primeiramente recorreu ao órgão de saúde e teve o fornecimento do medicamento negado, buscando então a via do Poder Judiciário; e a daquele que sequer tentou receber o medicamento por intermédio do órgão de saúde competente, e de posse da respectiva prescrição recorreu diretamente ao Poder Judiciário para obter o seu fornecimento (BORGES; UGÁ, 2010).

Sob esta ótica Borges e Ugá (2010) destacam que como o indivíduo não necessita comprovar na via judicial que tentou receber anteriormente o medicamento pela via administrativa, a sua opção em recorrer ao Poder Judiciário pode estar relacionada não somente à recusa no fornecimento do medicamento pela administração pública, mas também ao tempo de espera que o órgão de saúde possa impor para fornecê-lo. O autor ainda sugere que independente da hipótese, os órgãos do Poder Executivo têm falhado na prestação da AF.

Salienta-se que, ainda que a via judicial não seja a via mais adequada para o fornecimento de medicamentos aos usuários, o crescimento das demandas judiciais podem operar um efeito indutor no processo político, não só alterando as políticas públicas já em curso, como também, indicando como devem ser pensadas tais políticas para o futuro (STONE-SWEET, 2000).

A quantidade de processos impetrados contra o estado mostrou-se superior ao município, sendo 93,9% (n=170) ocorreram contra o estado do Paraná, enquanto, 6,1% dos processos (n=11) foram impetrados contra o município de Ponta Grossa (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência e proporção das ações por ano de início do processo conforme réu, Ponta Grossa, Brasil.

Ano	Município n (%)	Estado n (%)	Total n (%)
2016	4 (36,4)	52 (30,6)	56 (30,9)
2017	5 (45,4)	52 (30,6)	57 (31,5)
2018	2 (18,2)	66 (38,8)	68 (37,6)
Total	11 (6,1)	170 (93,9)	181 (100)

Fonte: A autora (2020).

Estudo proposto por Araújo e Machado (2020) também mostra proporção superior a 90% de ações impetradas por residentes de Manaus contra o estado do Amazonas. A relação de medicamentos disponibilizada pelo estado, por contemplar um número mais de medicamentos, pode ser um dos motivos pelos quais o número de ações tendo o estado como réu predominante.

As informações na Tabela 4 mostram as características dos autores das ações quanto ao sexo e doença. Houve maior número de mulheres como autoras dos processos de modo geral (60,2%; n=109), no entanto, nas ações que consideram o município como réu, a proporção de mulheres cai para 36,4% (n=4), enquanto contra o estado fica em 61,8% (n=105).

Em estudos que traçaram o perfil dos autores responsáveis pelas ações, mostraram que a busca por medicamentos no Brasil tem um perfil de aproximadamente 60% de mulheres como autoras das ações (BIEHL; SOCAL; AMON, 2016; ARAÚJO; QUINTAL, 2018; MACHADO et al., 2015; CAMPOS NETO et al., 2012), exceto em situações que tratam de alguma amostra específica, como por exemplo, apenas pacientes com DM (ANDRADE et al., 2018). Os dados coletados incluindo as 181 ações mostram padrão semelhante ao descrito na literatura. A situação inversa é mostrada quando considerado somente as ações contra o município de Ponta Grossa, em que 63,6% foram homens.

As doenças mais prevalentes nos autores das ações mostram diferença entre as solicitações realizadas para o município e o estado (Tabela 4). No município, o perfil mostra os transtornos mentais e comportamentais como o mais prevalente (27,3%; n=3), enquanto no estado, o grupo em destaque foi doenças do olho e anexos (31,9%; n=58). Desses classificados como doença do olho e anexos, 65,5% (n=38) tinham como diagnóstico médico a retinopatia diabética.

Tabela 4 – Frequência e proporção das características dos autores das ações para solicitação de medicamentos conforme réu nos anos 2016, 2017 e 2018, Ponta Grossa, Brasil.

Variável	Município n (%)	Estado n (%)	Total n (%)
Sexo			
Feminino	4 (36,4)	105 (61,8)	109 (60,2)
Masculino	7 (63,6)	65 (38,2)	72 (39,8)
Total	11 (100)	170 (100)	181 (100)
Classificação CID-10*			
Neoplasmas (tumores)	0 (0)	9 (4,9)	9 (4,7)
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	0 (0)	4 (2,2)	4 (2,1)
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1 (9,1)	21 (11,5)	22 (11,4)
Transtornos mentais e comportamentais	3 (27,3)	6 (3,3)	9 (4,7)
Doenças do sistema nervoso	0 (0)	7 (3,8)	7 (3,6)
Doenças do olho e anexos	0 (0)	58 (31,9)	58 (30,1)
Doenças do aparelho circulatório	2 (18,2)	10 (5,5)	12 (6,2)
Doenças do aparelho respiratório	0 (0)	26 (14,3)	26 (13,5)
Doenças do aparelho digestivo	2 (18,2)	4 (2,2)	6 (3,1)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0 (0)	5 (2,7)	5 (2,6)
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2 (18,2)	14 (7,7)	16 (8,3)
Doenças do aparelho geniturinário	1 (9,1)	14 (7,7)	15 (7,8)
Algumas afecções originadas no período perinatal	0 (0)	1 (0,6)	1 (0,5)
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0 (0)	1 (0,6)	1 (0,5)
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0 (0)	1 (0,6)	1 (0,5)
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	0 (0)	1 (0,6)	1 (0,5)
Total	11 (100)	182 (100)	193 (100)

*Alguns autores contabilizaram mais de uma doença, perfazendo com que a soma ultrapasse o “n” do estudo.
Fonte: A autora (2020).

Os diagnósticos prevalentes em estudos relacionados à judicialização de medicamentos revelam doenças referentes do sistema nervoso, aparelho circulatório e respiratório como as mais prevalentes (PINTO E OSÓRIO-DE-CASTRO, 2015; PAIM et al., 2017; BIEHL, AMON, SOCAL, 2016; ZAGO et al., 2016; SANT’ANA et al., 2011). Os dados apresentados no presente estudo revelam, de fato, a presença desses grupos de doenças nas ações, no entanto, não como as mais prevalentes.

As características jurídicas das ações, apresentadas na Tabela 5, mostram que a maioria absoluta dos casos foi representado pelo Ministério Público (MP) (72,3%; n=123), com pedido de justiça gratuita em 100% dos casos. O pedido de liminar foi realizado em todas as ações do estudo, sendo indeferida em apenas 5,5% (n=10) dos casos. No entanto, durante a coleta 30,4% (n=55) das ações ainda não haviam finalizado, estando 9,9% (n=18) do total de ações sobrestadas e os recursos foram utilizados também em 9,9%.

Tabela 5 – Frequência e proporção das características das ações para solicitação de medicamentos conforme réu nos anos 2016, 2017 e 2018, Ponta Grossa, Brasil.

Variável	Município n (%)	Estado n (%)	Total n (%)
Forma de representação legal			
Particular	3 (27,3)	20 (11,8)	23 (12,7)
Ministério Público	8 (72,7)	123 (72,3)	131 (72,4)
Advogado Dativo	0 (0)	11 (6,5)	11 (6,1)
Sem advogado	0 (0)	16 (9,4)	16 (8,8)
Total	11 (100)	170 (100)	181 (100)
Justiça gratuita			
Sim	11 (100)	170 (100)	181 (100)
Total	11 (100)	170 (100)	181 (100)
Pedido liminar			
Sim	11 (100)	170 (100)	181 (100)
Total	11 (100)	170 (100)	181 (100)
Concessão de liminar			
Deferido	10 (90,9)	161 (94,7)	171 (94,5)
Indeferido	1 (9,1)	9 (5,3)	10 (5,5)
Total	11 (100)	170 (100)	181 (100)
Andamento do processo*			
Finalizado	5 (45,5)	121 (71,2)	126 (69,6)
Sobrestado	4 (36,4)	14 (8,2)	18 (9,9)
Recurso	4 (36,4)	14 (8,2)	18 (9,9)
Em andamento	6 (54,5)	39 (22,8)	45 (24,9)

*Algumas ações foram contabilizadas em mais de uma variável, perfazendo com que a soma ultrapasse 100%.
Fonte: A autora (2020).

Tem-se a alegação de que o indeferimento de uma demanda judicial inerente à saúde por falta de recursos, poderia ser comparado ao de condenar, subjetivamente, uma pessoa à morte, pena esta proibida no ordenamento jurídico brasileiro (SARLET, 2007). Neste estudo, observou-se a alegação de urgência na totalidade das ações, representado por 100% de pedidos de liminar. O usuário, ao procurar o poder judiciário pela urgência do agravo à saúde ou necessidade no fornecimento do medicamento, deseja rápida satisfação, fato verificado pelo número de pedidos liminares, desejando a solução antes do julgamento de seu processo.

Na decisão liminar o magistrado se baseia na constatação do autor da ação em relação à urgência do seu pedido pelo medicamento, pelos documentos juntados, em especial o receituário médico. Na sequência, quando há a possibilidade, o juiz encaminha os documentos a um setor especializado para a emissão de um laudo médico que esclareça acerca da necessidade do medicamento e impedimento pela substituição de outro. Para Borges e Ugá (2010), constantemente os pedidos contêm uma providência em caráter de urgência (liminar ou pedido de antecipação de tutela) a fim de que o medicamento solicitado seja fornecido desde logo.

Segundo o Conselho Federal de Medicina, para se caracterizar urgência e emergência, considera-se como urgência a “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco

potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” e emergência “a constatação de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (BRASIL, 1995).

Ou seja, não é um conceito fácil de definição para juízes e profissionais da área jurídica, deste modo, o usuário a utiliza de acordo com sua percepção individual, analisando o seu próprio estado de saúde. O deferimento da medida liminar tem impacto no erário, entretanto seu indeferimento pode causar, a depender do caso em concreto, comprometimento à saúde do cidadão, podendo custar sua própria vida.

De acordo com o estudo de Biehl, Amon e Socal (2016), na maioria dos casos estudados os juízes decidiram em favor dos pacientes 93,4% (n=1.179), assim, concederam aos demandantes uma liminar na íntegra para acessar o pedido de medicamentos e em 3,6% (n=45) dos casos, concederam uma liminar parcial. Na pesquisa de Zago (2016), as demandas judiciais em se tratando de medicamentos, são favorecidas pela quase impossibilidade do Judiciário negar tais pedidos instruídos com a prescrição médica e, gerando a presunção de veracidade, bem como a necessidade de cumprir o preconizado na CF de que a saúde é um direito e que cabe ao Estado o dever de provê-la. Portanto, de modo geral o Poder Judiciário tem se manifestado a favor do paciente quando se trata de solicitações sobre medicamentos, mesmo que o medicamento não seja padronizado pelo MS (BORGES; UGÁ, 2010).

No que diz respeito à justiça gratuita, o acesso à justiça é condição essencial para o exercício dos direitos da cidadania. Assim, a assistência judiciária é garantida ao considerado hipossuficiente economicamente, nos termos da lei nº 1.060 de 1950 como “aquele cuja situação econômica não lhe permita pagar custas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do sustento próprio ou da família” (BRASIL, 1950, Art. 2º). A CF de 1988 procura promover legalmente esta assistência aos que comprovarem insuficiência de recursos, bem como consideram o MP, Defensoria e a Advocacia Pública como funções essenciais ao acesso à Justiça (BRASIL, 1950; BRASIL 1988).

Estudo de Macedo, Lopes e Barberato Filho (2011) afirma a obrigação do Estado em fornecer medicamentos indispensáveis à necessidade do indivíduo carente de recursos. Contudo, o direito à saúde e, por consequência, o direito de receber medicamentos não se restringem aos que não dispõem de recursos, mas se estende também aos que possuem maior capacidade econômica.

A variável justiça gratuita foi incluída nesta pesquisa considerando que alguns autores consideram que a judicialização de medicamentos poderia estar somente ou em maioria para aqueles usuários que podem arcar com as custas do processo, priorizando assim as pessoas

que poderiam então arcar com o tratamento requerido (PENALVA, 2011). Todos beneficiários da justiça gratuita, ou seja, isentos das custas dos processos nos termos da lei, a condição socioeconômica é verificada no caso concreto. Mesmo requerendo à justiça gratuita, o usuário pode utilizar-se de advogado particular, sob a alegação de não poder comprometer o seu sustento e de sua família com as custas processuais.

Em que pese, não se tenha acesso a dados sobre renda dos autores nos processos, a representação legal dos mesmos oferece evidência indireta de seu *status* econômico. Na amostra do presente estudo, mais da metade (72,4%) dos autores foram representados pelo MP. O MP é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (art. 127, CF/88) (BRASIL, 1988). A CF lhe confere a capacidade de poder atuar por um único paciente para atender seus direitos individuais e indisponíveis.

Alguns processos foram sobrestados (9,9%), ou seja, não terminaram ou transitaram em julgado, mas que por terem demandas repetitivas acerca do tema, a instância superior decidiu suspender todos para avaliar melhor e ter um julgamento semelhante. Nesse sentido, o término do processo ainda não ocorreu, mas a liminar foi concedida. Nesses casos, o paciente já vem recebendo o medicamento, e pode ser que quando termine a ação ele nem precise mais daquele medicamento, ou seja, substituído por outro.

As informações quanto o valor da ação, tempo para concessão dos medicamentos e tempo para término do processo estão descritos na Tabela 6. Os valores das ações variaram de R\$ 180,00 a R\$ 551.632,60, média de R\$ 14.009,70 por ação (DP=R\$ 44.280,7). A média de gasto por ação quando o réu foi o município foi relativamente menor (R\$ 3.380,00; DP=R\$7.317,4) que o estado (R\$ 14.697,50; DP=R\$ 45.578,6). O tempo de concessão do medicamento nas ações contra o município teve média superior (54 dias) à do estado (24 dias). O tempo para o término do processo, em meses, apresentou período semelhante em ambos os entes federativos, com média de 13 meses (DP=13) considerando os 136 processos finalizados.

As ações no judiciário são morosas, mas nesta pesquisa a concessão da liminar foi rápida na maioria dos processos. A média para concessão de medicamentos foi de 26 dias (DP=48), sendo ainda menor no estado quando comparado com o município.

No que tange ao valor dos medicamentos, os dados angariados tendo como réu o município mostram padrão de baixo custo, no entanto, algumas pesquisas têm sugerido que o litígio sobre direito ao tratamento, em sua maior parte, é uma prática dos indivíduos que dispõem de mais recursos financeiros (CHIEFFI; BARATA, 2009; SILVA; TERRAZAS,

2011; VIEIRA; ZUCCHI, 2007) e que pacientes de baixa renda tendem a processar por medicamentos de baixo custo, enquanto pacientes de alta renda tendem a processar por medicamentos muito caros (SILVA; TERRAZAS, 2011).

Tabela 6 – Descrição do valor da ação e tempo para concessão do medicamento e término do processo nos anos 2016, 2017 e 2018, Ponta Grossa, Brasil.

Variável	Réu	NV	Mínimo	Máximo	Média	DP
Valor da ação (R\$)	Município	11	180,00	25.000,0	3.380,00	7.317,4
	Estado	170	300,00	551.632,6	14.697,50	45.578,6
	Total	181	180,00	551.632,6	14.009,70	44.280,7
Concessão medicamento (dias)	Município	11	1	300	54	92
	Estado	159	1	425	24	43
	Total	170	1	425	26	48
Término do processo (meses)	Município	5	8	27	13	8
	Estado	131	2	95	13	13
	Total	136	2	95	13	13

NV: número válido de processos incluídos. DP: desvio padrão.

Fonte: A autora (2020).

Nos valores apresentados tendo como réu o estado, percebe-se um aumento de 335% na média do valor das ações (R\$14.697,50) em comparação a média do valor das ações contra o município (R\$ 3.380,00). Esse dado indica que os medicamentos de alto custo, concentram-se nas ações contra o estado.

De modo geral, de acordo com Pereira et al. (2010), os medicamentos mais polêmicos, pleiteados em ações judiciais, são aqueles impostos ao SUS no rol de medicamentos de alto custo, em especial para tratamento de doenças crônicas, como câncer, hepatites, DM e doenças raras; a concentração de diagnósticos permeiam também doenças crônico-degenerativas, em especial neoplasias.

São consideráveis os valores envolvendo demandas por antineoplásicos, os quais corroboram com os encontrados neste estudo (Tabela 7). Os dados reforçam a importância do acesso e organização a estes medicamentos de alto custo nos sistemas de saúde do país. Os elevados preços com os quais novos medicamentos oncológicos são lançados no mercado, e sua relação com os benefícios clínicos têm sido objeto de discussão (BRASIL 1990, SHULMAN et al., 2016).

São os medicamentos que não constam nas listagens oficiais do SUS que geram a maior parte dos custos da judicialização ao Estado, conforme estudo publicado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS, 2018).

Os medicamentos classificados pela ATC, conforme o Grupo Anatômico Principal, estão apresentados na Tabela 7. Os medicamentos mais solicitados para o município foram do sistema nervoso (27,3%; n=3) e trato alimentar e metabolismo (27,3%; n=3). Já os mais

solicitados para o estado foram relacionados a órgãos sensoriais (24,2%; n=44) e agentes neoplásicos e imunomoduladores (15,9%; n=29).

Tabela 7 – Frequência e proporção das características dos medicamentos judicialmente solicitados conforme réu nos anos 2016, 2017 e 2018, Ponta Grossa, Brasil.

Variável	Município n (%)	Estado n (%)	Total n (%)
Classificação ATC medicamento solicitado			
Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	0 (0)	29 (15,9)	29 (15,0)
Antiinfeciosos para uso sistêmico	0 (0)	1 (0,5)	1 (0,5)
Órgãos sensoriais	0 (0)	44 (24,2)	44 (22,8)
Preparações hormonais sistêmicas, exceto sexuais e insulina	0 (0)	24 (13,2)	24 (12,4)
Sangue e órgãos hematopoiéticos	1 (9,1)	13 (7,1)	14 (7,3)
Sistema cardiovascular	2 (18,2)	4 (2,2)	6 (3,1)
Sistema gênito-urinário e hormônios sexuais	0 (0)	2 (1,1)	2 (1,0)
Sistema músculo esquelético	2 (18,2)	10 (5,5)	12 (6,2)
Sistema nervoso	3 (27,3)	14 (7,7)	17 (8,8)
Sistema respiratório	0 (0)	22 (12,1)	22 (11,4)
Trato alimentar e metabolismo	3 (27,3)	18 (9,9)	21 (10,9)
Vários	0 (0)	1 (0,5)	1 (0,5)
Total	11 (100)	182 (100)	193 (100)
Medicamento consta nas listas oficiais do SUS			
Sim	4 (36,4)	10 (5,9)	14 (7,7)
Não	7 (63,6)	160 (94,1)	167 (92,3)
Total	11 (100)	170 (100)	181 (100)
Origem da receita médica			
SUS	10 (90,9)	165 (97,1)	175 (96,7)
Particular	1 (9,1)	5 (2,9)	6 (3,3)
Total	11 (100)	170 (100)	181 (100)
Descrição do medicamento na ação			
Nome comercial	4 (36,4)	11 (6,0)	15 (7,8)
Princípio ativo	7 (63,6)	171 (94,0)	178 (92,2)
Total	11 (100)	182 (100)	193 (100)

Fonte: A autora (2020).

Demais estudos que tratam do perfil de medicamentos, não definem um padrão daqueles mais solicitados, assim como não há um padrão de doenças mais prevalentes. As solicitações mostram variar entre os sistemas nervoso, cardiovascular, respiratório, músculo esquelético, sangue e órgãos hematopoiéticos, trato alimentar e metabolismo, agentes neoplásicos e imunomoduladores e anti-infeciosos gerais para uso sistêmico (PINTO; OSÓRIO DE CASTRO, 2015; ZAGO et al., 2016; PAIM et al., 2017; BIEHL; SOCAL; AMON, 2016; AQUINO; PISCOPO, 2016).

As doenças da parte autora e medicamentos solicitados no total no estudo presente parecem mostrar um perfil não peculiar ao descrito na literatura, com o destaque de medicamentos para órgãos sensoriais, corroborando a prevalência de doenças do olho e anexos previamente discutidos. Os medicamentos solicitados apenas ao município de Ponta Grossa, conforme os dados coletados, parecem aproximar-se mais do perfil mostrado na

literatura, com solicitações presentes em cinco grupos dos oito em destaque em outros estudos.

O modo como o medicamento é descrito na ação também merece destaque, uma vez que aproximadamente 7,8% foram registrados conforme marca comercial do total de 193 medicamentos solicitados. Igualmente, no estudo de Biehl, Socal e Amon (2016), reiteradas vezes as ações judiciais são deferidas em razão de determinada marca comercial, desta feita, o judiciário não permite que o poder público adquira a opção mais vantajosa, pois o medicamento de referência em geral é o de maior custo. Em suposição, o estudo de Paim et al. (2017) mostra a proporção de economia caso os medicamentos deferidos prescritos por marca, fossem comprados na forma genérica, com economia de 13,44%, ou de menor valor, com economia de 17,94%.

No estudo de Bianchin et al. (2012), os custos médios das ações, também verificam que a aquisição de medicamentos similares, comparados aos de referência e aos genéricos, é a que gera maior economia, porém resta a dúvida sobre a qualidade dos medicamentos similares. Paim et al. (2017) aponta que as ações judiciais deferidas em razão da marca comercial vão ao encontro do princípio da economia e acabam por impor gastos muito maiores ao sistema público de saúde, diante daquelas cumpridas com seus correspondentes genéricos e/ou similares.

Do total de casos, 96,7% das receitas medicas tinham como origem o SUS, enquanto demais estudos destacam maior proporção de receitas médicas de consultórios particulares. De modo inverso, Santos et al. (2018b) e Andrade et al. (2018) destacam taxas totalizando 71,9% (n=457) e 100% (n=40), respectivamente, de prescrições provenientes de consultórios médicos particulares para judicialização de medicamentos.

Pereira (2006) defende a necessidade de se verificar nas ações judiciais se o médico prescritor no receituário é advindo do SUS, a fim de não se inverter a lógica do sistema, privilegiando-se a compra de medicamentos a pacientes que não utilizaram o SUS. Isto porque, existem evidências de que o gasto público decorrente das demandas judiciais por medicamentos pode favorecer os segmentos de mais alta renda da população, pois grande parte das prescrições nos processos judiciais é proveniente dos serviços privados de saúde.

Do total de medicamentos solicitados, a maioria não constava nas listas oficiais (92,3%; n=167), no entanto, o município recebeu maior proporção de solicitação de medicamentos que constavam nas listas oficiais do que o estado (36,4%; n=4). Denota-se que é crescente o número de ações judiciais inerentes ao acesso a medicamentos que não são disponibilizados pelo SUS. A literatura tem mostrado taxas acima de 50% para medicamentos

solicitados que não constam nas listas oficiais do SUS (CATENHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016). Pode-se inferir, portanto, que as demandas judiciais têm impacto sobre a gestão da AF.

A lista de medicamentos no SUS inclui o alto, médio e baixo custo, o que ocorre é que o medicamento não está nas listas oficiais. No entanto, é necessário que se verifique as evidências científicas e terapêuticas que justifiquem o uso. Ao encontro disso, na maioria das ações analisadas no país, a RENAME e a REMUME sequer são citadas, ignorando a importância de primeiramente relatar a ausência do medicamento nas relações oficiais para que se justifique a judicialização, refletindo, por outro lado, desconhecimento ou desconsideração da importância das listas oficiais no âmbito da AF (BRASIL, 2015).

No entanto, a judicialização para o fornecimento de medicamento mostra-se importante ao SUS, vez que possibilita a reflexão sobre as deficiências e necessidade de atualização das listas, de novas políticas e estratégias (GOMES, 2014). As três principais razões para que um medicamento não faça parte das listas oficiais do SUS referem-se à administração e aos problemas de estocagem; o não reconhecimento científico da eficácia terapêutica e se o trâmite de autorização pelo sistema de vigilância sanitária não foi concluído. O terceiro motivo se trata da recusa da distribuição em razão da existência de potenciais substitutos com melhor relação custo-benefício (MEDEIROS; DINIZ; SCHWARTZ, 2013).

Os dados mostram que os magistrados de primeiro grau não consideram a relação oficial dos medicamentos incorporados do SUS nas decisões envolvendo o fornecimento de medicamentos. Como resultado, medicamentos não listados oficialmente acabam por ser dispensados aos demandantes. Nessa forma de atuação, o Poder Judiciário acaba intervindo na política de saúde planejada pelo Poder Executivo, o que representa uma forma de judicialização da política de saúde (BIEHL; SOCAL; AMON, 2016).

Em decisão no âmbito do STJ acerca da padronização de medicamentos, foi pontuado que o dever do Estado em garantir o direito à vida e à saúde não se confunde com o direito de escolha do paciente a medicamentos específicos (BRASIL, 2009). Infere-se a importância da seleção oficial de medicamentos para viabilizar a AF junto ao SUS, mas que a lista oficial não é imprescindível para a tomada de decisão dos juízes.

A solicitação de medicamentos fora de listas oficiais pode não representar ganhos terapêuticos reais, bem com aumentar os riscos de aparecimento de eventos adversos inesperados. A seleção de medicamentos na lista daqueles considerados essenciais surge para atender às necessidades sanitárias locais (FIGUEIREDO; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2010).

Já para Borges e Ugá (2010), o Poder Judiciário começa a reconhecer a importância da relação oficial de medicamentos como condição para viabilidade da AF no SUS. Contudo, algumas decisões contrárias representam verdadeira violação ao princípio da isonomia, considerando que o fornecimento de determinado medicamento não padronizado a um usuário, pode representar a falta de outros para o restante da coletividade, contribuindo, para as iniquidades dentro do sistema de saúde.

Como exemplo disso, na pesquisa de Zago et al. (2016), um total de 116 medicamentos foi solicitado por via judicial, sendo que 30 (25,8%) deles faziam parte da lista dos fármacos fornecidos pelo SUS nos 13 municípios catarinenses, enquanto para toda Santa Catarina, entre os anos de 2000 a 2006, 29% dos medicamentos eram padronizados por algum programa do Governo. Aponta-se a hipótese de que, ao melhorar a gestão da AF, este tipo de demanda judicial tende a se concentrar nos medicamentos não fornecidos pelo SUS, sobretudo, os de alto custo, podendo diminuir o número das ações. Outro fator importante é a indisponibilidade de medicamentos, que deveriam estar acessíveis aos usuários, é apontado como causa da judicialização.

Há que se considerar que as listas de medicamentos esbarram na impossibilidade de incluir todos os medicamentos destinados a tratar de todas as necessidades de saúde dos usuários, uma limitação inerente à dinâmica do processo saúde e doença em uma população. Assim, as listas são, por natureza, restritivas (WANNMACHER, 2006).

Para Messeder, Osorio-de-Castro e Luiza (2004), recusar-se a fornecer um medicamento pautando-se na justificativa de que ele não pertence às listas oficiais, significa o direito de o indivíduo como negar também a própria base ético-conceitual sobre a qual a seleção de medicamentos essenciais foi concebida. Nesse passo, a exclusão, ou não inclusão de um medicamento numa lista oficial não significa a rejeição do emprego terapêutico daquele princípio ativo, e sim a relativização de sua aplicação dentro de uma ótica epidemiológica.

Faz-se necessária a atualização das listas de medicamentos e dos protocolos de tratamento, além da expansão concreta da cobertura por meio da criação de espaços dedicados à consideração técnica dos casos não previstos nas mesmas listas e protocolos junto ao SUS (SANT'ANA, 2009).

Considerando os resultados produzidos neste estudo, sendo os dados apontam o caráter individual das ações, o estudo de Figueiredo, Pepe e Osorio-de-Castro (2010), aponta que o caráter individual das ações, considerando que não se estendem a outras pessoas que

possivelmente possam estar na mesma situação e que ingressaram com uma ação judicial, incorre contra o princípio da universalidade que compõe o SUS.

Sendo a saúde um direito de todos, pode-se argumentar que no momento da concessão judicial de um benefício pessoal, sugere-se que sejam ampliadas ainda mais as diferenças entre os usuários na conquista desse direito, de modo a ferir os princípios basilares da igualdade e equidade. Pode-se indicar a mudança da postura do Poder Judiciário, destacando-se a importância para que os tribunais estendam as demandas individuais, com o intuito de atingir todos os que necessitam de determinado bem na região de sua jurisdição (ZAGO et al., 2016).

No entendimento de Zago et al. (2016), o atendimento da Justiça nas necessidades individuais, sem extensão do benefício aos demais portadores da mesma carência, as decisões continuarão a ampliar as injustiças, ainda se considera que não é possível prover todos os direitos sociais em grau máximo a todas as pessoas.

O direito à saúde, em especial em se tratando da esfera individual, revela uma importância singular para o Judiciário, que tem o condão de decidir quando solicitado, geralmente em situação de prestações de caráter emergencial, cujo indeferimento poderia comprometer a vida, dignidade da pessoa humana e a integridade física do cidadão. Denota-se que o perfil dos demandantes já não é àquele quando do início da judicialização da saúde, em que houve a mobilização dos usuários com os mesmos interesses (PENALVA, 2011).

No ajuizamento da ação em caráter individual, provocaria na oportunidade de escolhas peculiares, dentre elas, os tratamentos e recursos aos usuários. Em se tratando da esfera coletiva, diz respeito à garantia da oferta de cuidados da saúde dos quais a população em geral necessita (NOGUEIRA, 2004). Sob esta ótica, a decisão judicial do caso individual, a quem teve a oportunidade de acesso ao Poder Judiciário, não pode desconsiderar a política pública destinada a garantir o mesmo direito à coletividade, privilegiando por vezes os interesses de um pequeno grupo (MARQUES, 2002).

Tem-se como limitação do estudo o uso de dados coletados de sistema de informações no âmbito administrativo, que pode conter um limitado conjunto de informações e/ou informações faltantes, que poderiam dar ainda mais robustez à temática. Ademais considera-se a dificuldade em acessar os referidos dados devido à sistemática administrativa. Contudo, a proposta do presente estudo era voltada a analisar as características das solicitações de medicamentos entre os anos de 2016 e 2018 no município estudado, justamente considerando a concretude presente nos processos judiciais.

Ainda, por se tratar de pesquisa documental, do tipo descritivo-exploratório e investigar apenas sob a ótica do poder judiciário, não se pode analisar causa, efeito e impacto da judicialização em quem recebeu o medicamento e no município e estado que precisaram custeá-los. Porém, ressalta-se a importância da realização de estudos que abordem essa condição, visto que o número de judicializações encontra-se em crescimento, sobretudo considerando a situação atual de congelamento do financiamento do SUS.

Os achados do presente estudo poderão subsidiar o planejamento da aquisição de medicamentos de alto custo, considerando a classe de medicamentos, gastos com judicialização e proporcionando melhor qualidade de vida aos usuários do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do direito constitucionalmente garantido e dos esforços por meio da AF para garantir o acesso a medicamentos, o estudo mostra fração considerável da população que ainda não possui um acesso facilitado aos medicamentos necessários para manutenção da saúde. Ainda que a via judicial seja consideravelmente peculiar à via administrativa, a última, por si só, indica que a proposta das listas oficiais pode não estar sendo cumprida em sua integralidade, ou não consegue acompanhar a crescente demanda por novos medicamentos em tempo oportuno.

Ademais, ao adentrar a via judicial, com os dados que configuram a maioria absoluta de solicitações por medicamentos que não constam nas listas oficiais, infere-se que, nesse caso, a atualização das listas oficiais e/ou a diversidade de medicamentos novos no mercado a cada período, saturam a capacidade de atualização das listas oficiais. Todavia, ainda que a maioria não componha estas listas, em proporção semelhante os próprios serviços do SUS são responsáveis pela maioria absoluta das prescrições. Ou seja, a vanguarda que fornece e visa a garantir um rol de medicamentos à população, parece não estar do mesmo lado de quem indica e prescreve o medicamento.

A dificuldade por vezes encontrada no acesso ao medicamento junto aos serviços de saúde, ao adentrar o caminho da judicialização, parece sofrer uma inversão no que tange à garantia de direitos, uma vez que a representação pelo MP esteve presente em sua maioria, a justiça gratuita requisitada em todos os casos e o pedido de liminar foi concedido na grande maioria das situações. A justiça, de fato, tem buscado cumprir seu papel em garantir o direito do cidadão quando os meios comuns de acesso não conseguem suprir a demanda.

Os valores das ações indicam que a judicialização faz cumprir o custeio de medicamentos de baixo, médio e alto custo por ambos os entes federativos (estado e município), entretanto, observou-se que o estado deteve um maior número de solicitações por medicamentos de maior custo, enquanto o município deteve as de baixo custo. Outro ponto importante quanto aos valores das ações caracteriza-se nas prescrições por nome comercial, ainda que tenham aparecido em proporção reduzida, podem gerar custos muito mais elevados aos cofres públicos por não permitirem a escolha por medicamento genérico ou de menor custo que seja similar.

O estado apresenta período bastante inferior para a concessão do medicamento, mas este fato não altera o período para o término do processo, que mostrou média similar entre os entes. Ou seja, a necessidade de conceder os medicamentos solicitados ao estado pode ter

maior urgência do que os medicamentos solicitados ao município, interferindo no tempo de concessão, mas não no tempo para finalização do processo.

Em se tratando, especificamente, dos medicamentos pleiteados, os de maior número refletem aqueles relacionados aos órgãos sensoriais e às neoplasias, este último representando grande parte dos medicamentos de alto custo. Ambos os grupos, por estarem repetidamente presentes nas solicitações, representam duas possíveis lacunas da AF dessa região, sugerindo atenção dos gestores a fim de aprimorar as estratégias atualmente em curso.

O presente estudo partiu do pressuposto de que a saúde é um bem tutelado pela CF de 1988, sendo este o bem mais precioso ao ser humano. Incluído assim como direito social fundamental, a saúde deve ser objeto de proteção pelo Estado, considerado indissociável do direito à vida. Este delineamento normativo confere proteção individual e coletiva à saúde, bem como ao acesso aos medicamentos essenciais para preservação à manutenção da vida.

Com efeito, estar expresso no texto constitucional não constitui garantia de sua real aplicação no mundo fático. Nem sempre as políticas públicas de saúde na seara do fornecimento de medicamentos têm atendido às necessidades da população, ou ainda às expectativas individuais dos indivíduos. Diante das negativas no campo administrativo no que tange ao fornecimento de medicamentos, ou até mesmo a sua disponibilidade, as pessoas têm acionado o Poder Judiciário a fim de efetivar seus direitos na prática, resultando no fenômeno da judicialização de medicamentos.

Não obstante, constitui em alguns casos dilema para o julgador em decidir pelo atendimento a uma demanda em detrimento da coletividade, sob o viés de maior amplitude e eficácia das políticas públicas. Assim, este processo de judicialização por intervenção do poder judiciário e suas nuances, na busca para a obtenção de tratamentos, procedimentos, medicamentos, têm ascendido crescente vulto na sociedade brasileira.

No atual contexto, há maior acesso à informação pelos usuários da saúde e que por vezes impõem ao Estado uma atuação de forma mais imediata e efetiva. Contudo, as deficiências das políticas públicas de saúde associadas aos entraves burocráticos para acesso a medicamentos gratuitos, pode resultar em sofrimento físico e mental ao indivíduo, ainda em redução da qualidade de vida, sequelas perenes e até mesmo no fim da vida. Portanto, motivação razoável para que se imponha ao Estado, ainda que por meio de decisão judicial, o dever imprescindível de disponibilizar os meios materiais aos que necessitam, com o intuito de fazer valer, efetivamente, o comando constitucional.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, T. F. A judicialização da política ou rearranjo da democracia liberal. **Ponto-e-Vírgula**, n. 2, p. 142-59, 2007.
- ALEMAN, A.; GALAN, A. P. Impact of health technology assessment in litigation concerning access to high-cost drugs. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**. v. 33, n. 4, p. 411-4, 2017.
- ANDRADE, R. G. S. et al. Processos judiciais para aquisição de bomba de insulina em Ribeirão Preto. **Revista Bioética**, v. 26, n. 1, p. 102-8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000100102&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2019.
- AQUINO, S.; PISCOPO, M. R. Conflitos entre gestores públicos, Ministério Público e usuários na dispensação de medicamentos de alto custo: Judicialização do Sistema Único de Saúde Brasileiro. **Revista ESPACIOS**, v. 37, n. 23, p. 01-09, 2016. Disponível em: <<https://www.revistaespacios.com/a16v37n23/16372328.html>>. Acesso em: 13 ago. 2019.
- ARANTES, C. I. S. et al. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-8, 2007.
- ARAUJO, A. L. A. **Assistência farmacêutica como modelo tecnológico**. 2005. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.
- ARAUJO, I. C. S.; MACHADO, F. R. S. A judicialização da saúde em Manaus: análise das demandas judiciais entre 2013 e 2017. **Saude soc.**, v. 29, n. 1, e190256, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000100316&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 set. 2020.
- ARAÚJO, K. E. G.; QUINTAL, C. M. M. A judicialização do acesso aos medicamentos em Belo Horizonte: uma questão sobre equidade. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, p. 213-35, 2018. Disponível em: <www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2s2.085062868567&doi=10.5102%2Frbpp.v8i3.5689&partnerID=40&md5=def2d0e362f2377bd75a47b2dd14f253>. Acesso em: 20 ago. 2019.
- BASTOS, C. R. **Curso de teoria do Estado e ciência política**. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A.; LUIZA, V.L. Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- BIANCHIN, M. D. et al. Evaluation of the quality of propranolol and enalapril tablets supplied in the public health system in a southern Brazilian city. **Ciencia saude coletiva**, v. 17, n. 2, p. 491-8, 2012.
- BIEHL, J.; PETRYNA, A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **A História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, n. 1, p. 173-92, 2016.

Disponível em: <www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n1/0104-5970-hcsm-23-1-0173.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2019.

BIEHL, J.; SOCAL, M. P.; AMON, J. J. The judicialization of health and the quest for state accountability: evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern Brazil 2016. **Health and Human Rights Journal**, v. 18, n. 1, p. 209-20, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5070692/>>. Acesso em: 30 set. 2019.

BOING, A. C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

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

BRASIL. **Lei nº 1.060, de 5 de fevereiro de 1950**. Estabelece normas para a concessão de assistência judiciária aos necessitados. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1950.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.451 de 10 de março de 1995. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 1995.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília (DF), 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 07 jan. 2020.

BRASIL. **Lei 8.142 de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: desafios e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9782.htm. Acesso em 23 jul. 2020.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 271286/RS**. Recorrente: município de Porto Alegre e estado do Rio Grande do Sul. Recorrido: Diná Rosa Vieira. j. 02/08/2000. Relator Ministro Celso de Mello, em 02/08/2000. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14825415/recurso-extraordinario-re-271286-rs-stf>. Acesso em 12 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O remédio via justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada – 1973 a 2006.** Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 566.471/RN.** Recorrente: Estado do Rio Grande do Norte. Recorrida: Carmelita Anunciada de Souza. j. 15/11/2007. Relator Ministro Marco Aurélio, em 07/12/2007. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=113461>>Acesso em 15 de set de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2012 de 24 de setembro de 2008.** Aprova a 6ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2008.

BRASIL. Recurso em mandado de segurança nº. 28.338 – MG (2008/0264294-1). **Diário Oficial da União,** Brasília (DF), 2009.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Saúde pública:** bibliografia, legislação e jurisprudência temática. 2010a. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/bibliotecaConsultaProdutoBibliotecaBibliografia/anexo/Saude_Publica_jul2010.pdf>. Acesso em 07 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formulário terapêutico nacional 2010:** RENAME 2010. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais - Rename.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/CONITECANEXOSRENAME.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2020.

BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Brasília (DF), 2012b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. 2012. Acesso em 26 jul. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Justiça pesquisa:** Judicialização da saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXXVIIIITIV> Acesso em 26 jun. 2020.

BRASIL. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT**. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>>. Acesso em 26 jun. 2020.

CAMPOS NETO, O. H.; GONÇALVES, L. A. O.; ANDRADE, E. L. G. A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 64, p. 165-76, 2017. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100165&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2019.

CAMPOS NETO, O.H. et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Revista de saúde pública**, v. 46, p. 784-90, 2012.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 10. ed. Rio de Janeiro: Civilizações brasileiras, 2008.

CATANHEIDE, I. D.; LISBOA, E. S.; SOUZA, L. E. P. F. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n; 4, p. 1335-56, 2016. Disponível em: <www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312016000401335&lang=pt> Acesso em: 20 ago. 2019.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1839-49, 2009.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. Cadernos de Saúde. **Planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Coletânea Direito à Saúde – Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2018.

COSENDEY, M. A. E. **Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em 5 estados do Brasil**. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

ESPÍNDULA, T. C. A. S. Judicialização da medicina no acesso a medicamentos: reflexões bioéticas. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 21, n. 3, p. 438-47, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a08v21n3.pdf>>. Acesso em 23 jan. 2020.

FARIA, C. A. P. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, p. 21-30, 2003.

FIGUEIREDO, T. A.; PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. A sanitary focus on medicines lawsuit. **Physis**, v. 20, n. 1, p. 101-18, 2010.

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

FLEURY, S. Reforma Sanitária brasileira: dilema entre o instituinte e instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-52, 2009.

FRANÇA, S. B. A presença do estado no setor saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 49, n. 3, p. 85-100, 1998.

FRANCO, T. B. **Judicialização das políticas de saúde pública no Brasil**: uma revisão sobre o caso do acesso a medicamentos. Trabalho apresentado no XXI Congresso – Cidade do México, 2010, Cidade do México, México.

GOMES, F. F. C. et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 31-43, 2014.

KERSTENETZKY, C. L.; KERSTENETZKY, J. O estado (de bem-estar social) como ator do desenvolvimento: uma história das ideias. **Dados**, v. 58, n. 3, p. 581-615, 2015.

LISBOA, E. S.; SOUZA, L. E. P. F. Por que as pessoas recorrem ao Judiciário para obter o acesso aos medicamentos? O caso das insulinas análogas na Bahia. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1857-64, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002601857&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2019.

LOPES, L. M. N. et al. Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 124-31, 2019. Disponível em: <www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902019000200010&lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2019.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **Physis**, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MACEDO, E. I.; LOPES, L. C.; BARBERATO-FILHO, S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 706-13, 2011.

MACHADO, M. A. A. et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 590-8, 2015.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes**: a experiência de Belo Horizonte 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 2006.

MARQUES, M. C. C. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. **História, Ciência, Saúde Manguinhos**, v. 9, n. 1, p.41-65, 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000400003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 07 jan. 2020.

MARQUES, S. B. Judicialização do direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v.9, n.2, p. 65-72, 2008.

MARQUES, A. et al. Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça. **Estudos Avançados**, v. 33, n. 95, p. 217-34, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142019000100217>. Acesso em: 28 ago. 2019.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2006.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; SCHWARTZ, I. V. D. Tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1079-88, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/22.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2020.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Arcabouço legal da política nacional de medicamentos no Brasil: uma revisão. In: GARCIA, M. et al. (Orgs.) **Volume 1: Coleção Escola de Governo Série Trabalhos de Alunos Vigilância em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

MOTTA, L. E. **Acesso à Justiça, Cidadania e Judicialização no Brasil**. 2014. Disponível em: <http://www.achegas.net/numero/36/eduardo_36.pdf>. Acesso em 18 de jan. de 2020.

MORAES, A. **Jurisdição constitucional e tribunais constitucionais**. São Paulo: Atlas, 2000.

NOGUEIRA, V.M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cad Saude Publica**, v. 20, n. 3, p. 753-60, 2004.

OLIVEIRA, P. O Estado Regulador e Garantidor em tempos de crise e o Direito Administrativo da Regulação. **Revista Digital De Direito Administrativo**, v. 3, n. 1, p. 163-83, 2016.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, L. F. N. A. et al. Qual é o custo da prescrição pelo nome de marca na judicialização do acesso aos medicamentos? **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 201-9, 2017. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n2/1414-462X-cadsc-25-2-201.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. **Assistência Farmacêutica**. 2020a. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/Farmacia>. Acesso em: 26jun. 2020.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. 2020b. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Componente-Especializado-da-Assistencia-Farmaceutica>. Acesso em: 26 jun. 2020.

PENALVA, J. **Judicialização do Direito à Saúde: O caso do Distrito Federal**. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2011.

PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p 2405-14, 2010.

PEREIRA, J. R. **Análise das demandas judiciais solicitando medicamentos encaminhados à Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004**. 2006. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

PEREIRA, J R. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Cien Saude Colet.**, v. 15, suppl 3, p. 3553-60, 2010.

PIOLA, S. F. et al. **Gasto tributário e conflito distributivo na saúde**. Políticas sociais: acompanhamento e análise, n. 17, v. 1, cap. 3. Brasília: Ipea, 2009.

PINTO, C. B. S.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. O. Gestão da assistência farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. **Saúde Debate**, v. 39, n. 1, p: 171-83, 2015. Disponível em: www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000500171&lang=pt> Acesso em: 28 ago. 2019.

POLIGNANO, M. V. Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2015 Disponível em: <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>. Acesso em 18 ago. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REIS, E. P. Reflexões leigas para a formulação de uma agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, 2003.

RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos para conselheiros de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 7-17, 1998.

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**. 2009. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

SANT'ANA, J. M. B. et al. Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 714-21, 2011.

SANTOS, B. S. **Para uma revolução democrática da justiça**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-36, 2018a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601729&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 16 ago.2020.

SANTOS, E. C. B. et al. Judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 01-7, 2018b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000100321&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 ago. 2019.

SARLET, I. W. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **RERE**, n. 1, p. 171-213, 2007.

SILVA, V. L.; ALVES, M. Judicialização e Gestão pública: uma análise a partir da assistência farmacêutica. **Anais... II Congresso de Política, Planejamento e Gestão da Saúde**. Belo Horizonte, 2014.

SILVA, R. A. D. **Direito fundamental à saúde**: o dilema entre o mínimo existencial e a reserva do possível. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciências Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p.2753-62, 2011.

SILVA, V. A.; TERRAZAS, F. V. Claiming the right to health in Brazilian courts: the exclusion of the already excluded? **Law and Social Inquiry**, v.36, n.4, p.825-53. 2011.

SHULMAN, L.N. et al. Proposing essential medicines to treat cancer: methodologies, processes, and outcomes. **J Clin Oncol**, v. 34, n. 1, p. 69-75, 2016.

SOARES, A. Q.; SILVA, P. I.; PROVIN, M. P. A via administrativa como mecanismo de efetivação do acesso a medicamentos essenciais. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 194-207, 2013.

SOUZA, C. Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, n. 39, p. 11-24, 2003.

SOUZA, K. A. O.; SOUZA, L. E. P. F.; LISBOA, E. S. Ações judiciais e incorporação de medicamentos ao SUS: a atuação da Conitec. **Saúde Debate**, v. 42, n. 119, p. 837-48, 2018. Disponível em: <www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000700837&lang=pt>. Acesso em: 21 ago. 2019.

STONE-SWEET, A. **Governing with judges: constitutional politics in Europe**. Oxford: Oxford University Press, 2000.

TAVARES, A. R. **Curso de direito constitucional**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, sup. 2, p.190-8, 2004.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis (Rio J.)**, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

GARCIA, M. et al. **Vigilância em Saúde**. Coleção Escola de Governo. Série Trabalhos de Alunos. Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Escola de Governo em Saúde, 2004.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 214-22, 2007.

WANG, D. W. L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Rev. Adm. Pública**, v. 48, n. 5, p. 1191-206, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v48n5/06.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2020.

WANNMACHER, L. **Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto**. Brasil: OPAS/OMS, 2006.

ZAGO, B. et al. Aspectos Bioéticos da Judicialização da Saúde por Medicamentos em 13 Municípios no Meio-Oeste de Santa Catarina, Brasil. **Acta bioethica**, v. 22, n. 2, p. 293-302, 2016. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v22n2/art16.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

APÊNDICE B – DOCUMENTO DE SOLICITAÇÃO AO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PR



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
CNPJ: 76.175.884/0001-87
Estado do Paraná
Exercício 2019

CÓPIA



Processo 3250282/2019

Interessados

*Senha
63195*

Requerente: 338922 MIRIAN CRISTINA RIBAS
Protoc. em: 1052 SMARH - Departamento de Atendimento ao Cidadão.
Assunto: 2199 A - Solicitação.
Data Inicial: 21/11/2019 17:09
Local Inicial: 1121 SMS - Núcleo de Educação Permanente - NEP

Situação: Em trâmite

Resultado:

Observações: SOLICITAÇÃO DE ACESSO AOS NUMEROS DE PROCESSOS JUDICIAIS RELATIVOS AOS MEDICAMENTOS FORNECIDOS DURANTE OS EXERCICIOS 2016 , 2017 , 2018 , PARA FINS DE PESQUISA DE MESTRADO - CONFORME SOLICITAÇÃO EM ANEXO - NEP - SMS

Atenção: Somente serão prestadas informações referente ao processo com apresentação deste.

Telefone Protocolo: (042) 3220-1364 - Internet: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br>
 Consulta do andamento processual: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/consulta>



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

21
/11

Declaro que as informações prestadas em apenso ao Processo 3250282/2019 (folhas 22 e 23) foram obtidas a partir de planilha de controle interno de medicamentos fornecidos via Mandados Judiciais pela Farmácia Central (FMS de Ponta Grossa). Autorizo a publicação dos dados fornecidos, exceto nomes dos pacientes, exclusivamente no projeto de pesquisa e na dissertação de mestrado intitulada *A análise da efetivação da judicialização da saúde no acesso aos medicamentos no município de Ponta Grossa, Paraná* - de autoria de Mirian Cristina Ribas, desde que mencionada a Fonte nos anexos ou em referencial bibliográfico.

Ponta Grossa, 11 de dezembro de 2019


Leidy Gonçalves da Silva
Farmacêutica
CRF 11.722

FARMÁCIA CENTRAL
Rua: XV de Novembro, 40 Centro
3220-1020 Ramal 4073

APÊNDICE C – PLANILHA PARA COLETA DAS INFORMAÇÕES PROVENIENTES DOS PROCESSOS

10/03/2020 14:12

Serviço de Informação ao Cidadão - SIC/SESA, em 10 de março de 2020.

Prezado(a) Sr(a)

Primeiramente, agradecemos a confiança depositada nesta Corregedoria/Ouvidoria e ressaltamos que a participação do cidadão é fundamental no aprimoramento da qualidade dos serviços públicos prestado pelo governo do Paraná.

Com referência a sua reivindicação, encaminhamos abaixo a informação que nos foi enviada pelo DEAF/SESA a qual transcrevemos na íntegra.

"

DEAF, em 06/03/2020

Ref.: Atendimento 123964/2019 "Cidadã solicita:

a) a quantidade de processos judiciais com pedidos de medicamentos em que a 3ª Regional de Saúde foi obrigada (mandado judicial) a fornecer para os pacientes do Município de Ponta Grossa/PR no anos 2016, 2017 e 2018;

b) o número de cada processo para posterior acesso;

c) o número de pacientes residentes no município de Ponta Grossa que foram atendidos regularmente pela 3ª Regional de Saúde nas solicitações administrativas de medicamentos, nos anos de 2016, 2017 e 2018;

d) os fluxos de entrega de medicamentos para pacientes na 3ª Regional de Saúde."

a) Quantidade de processos judiciais com pedidos de medicamentos em que a 3ª Regional de Saúde foi obrigada (mandado judicial) a fornecer para os pacientes do Município de Ponta Grossa/PR no anos 2016, 2017 e 2018:

2016

2017

2018

79

79

102

Informamos que esses dados referem-se ao número de novos processos atendidos pela SESA/PR nos respectivos anos, em consulta realizada no dia 06/03/2020.

b) Número de cada processo para posterior acesso:

Essa demanda deve ser encaminhada à procuradoria Geral do Estado que é o órgão com gerência sobre o número dos autos.

c) Número de pacientes residentes no município de Ponta Grossa que foram atendidos regularmente pela 3ª Regional de Saúde nas solicitações administrativas de medicamentos, nos anos de 2016, 2017 e 2018:

Os dados referentes a esse questionamento não estão prontamente disponíveis em Sistema de Informação. Dispomos dos dados do número de pacientes atendidos na Farmácia da 3ª Regional de Saúde, por ano, independente do município de origem.

De acordo com o Decreto 10.285/2014, Art19:

Art. 19. Não serão atendidos pedidos de acesso à informação:

I - genéricos;

II - desproporcionais ou desarrazoados; ou

III - que exijam trabalhos adicionais de análise, interpretação ou consolidação de dados e informações, ou serviço de produção ou tratamento de dados que não seja de competência do órgão ou entidade.

d) Fluxos de entrega de medicamentos para pacientes na 3ª Regional de Saúde:

Na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná o planejamento, a execução e o acompanhamento das atividades relacionadas a programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) são competências do Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR).

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), regulamentado pela Portaria Conjunta nº 2, de 28 de Setembro de 2017, Título IV, capítulos I a IV e Portaria Conjunta nº 6, de 28 de setembro de 2017, título V, capítulo II, é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS. Seu objetivo majoritário é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em todas as fases evolutivas das doenças contempladas, em nível ambulatorial.

As linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, de inclusão e exclusão ao tratamento, os medicamentos e esquemas terapêuticos, bem como mecanismos de monitoramento e avaliação.

Os medicamentos do CEAF estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

O Grupo 1 é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde. Engloba os medicamentos indicados para doenças com tratamento de maior complexidade; para os casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento; medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente e aqueles incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. O Grupo 1 subdivide-se em Grupo 1A - medicamentos com aquisição centralizada pelo MS e Grupo 1B - medicamentos adquiridos pelos Estados, porém com transferência de recursos financeiros advindos do MS. A responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos é do CEMEPAR, devendo ser dispensados somente para as doenças (CID-10) contempladas nas portarias relacionadas ao CEAF.

O Grupo 2 é constituído por medicamentos destinados a doenças com tratamento de menor complexidade em relação aos elencados no Grupo 1 e aos casos de refratariedade ou intolerância à primeira linha de tratamento. A responsabilidade pelo financiamento, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação é da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

O Grupo 3 é formado por medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos PCDT, como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas no CEAF. A responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição, o armazenamento e a distribuição realizadas de acordo com a pactuação da Comissão Intergestores Bipartite de cada unidade federada. A dispensação deve ser executada pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Após os medicamentos serem adquiridos/recebidos pelo CEMEPAR eles são distribuídos para as Regionais de Saúde (RS) de acordo com a demanda de número de pacientes cadastrados.

O usuário deve apresentar na Farmácia da RS a que pertence seu município de residência toda a documentação prevista em PCDT, que passará por avaliação.

Sendo o processo deferido, o usuário é cadastrado e contatado pela Farmácia da RS para agendamento do seu atendimento e dispensação do medicamento solicitado. Esse processo deve ser renovado a cada 3 meses.

”

Atenciosamente,

Agente de Informação SIC/SESA

Secretaria de Estado da Saúde - SESA/PR

ANEXO A – REMUME 2017-2019 DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA



MEDICAMENTOS PADRONIZADOS – 2017 ATENÇÃO BÁSICA SECRETARIA DE SAÚDE DE PONTA GROSSA

	MEDICAMENTOS	Local de Distribuição
1	AAS 100 mg cpr.	Unidades de Saúde
2	Acetato de Betamet. 3mg + fosf. dissódico de betamet. 3mg/ml inj.	Centro Municipal da Mulher
3	Aciclovir 200mg cpr.	Unidades de Saúde
4	Ácido Fólico 5mg cpr.	Unidades de Saúde
5	Ácido Fólico 15mg cpr	Farmácia Central
6	Ácido Valpróico 250mg ou Valproato de Sódio 288mg cps. gel	Farmácia Central
7	Ácido Valpróico 500mg ou Valproato de Sódio 576mg cps. gel	Farmácia Central
8	Ácido Valpróico ou Valproato 250mg/5ml sol. oral fco c/100ml	Farmácia Central
9	Albendazol 400mg cpr. mastigável	Unidades de Saúde
10	Albendazol 400mg susp. oral fco c/10ml	Unidades de Saúde
11	Alendronato 70mg cpr.	Farmácia Central
12	Alopurinol 300mg cpr.	Unidades de Saúde
13	Amiodarona 200mg cpr.	Unidades de Saúde
14	Amitriptilina, Cloridrato 25mg cpr.	Farmácia Central
15	Amoxicilina 250mg/5ml susp.oral fco c/150ml	Unidades de Saúde
16	Amoxicilina 500mg + Clavulanato de Potássio 125mg cpr.	Unidades de Saúde
17	Amoxicilina 500mg cps.	Unidades de Saúde
18	Amoxicilina 50mg + Clavulanato de Potássio 12,5mg/ml sol. oral fco c/75ml	Unidades de Saúde
19	Anlodipina, Besilato 5mg cpr.	Unidades de Saúde
20	Atenolol 50mg cpr.	Unidades de Saúde
21	Azitromicina 500mg cpr.	Unidades de Saúde
22	Beclometasona 250mcg aerosol	Unidades de Saúde
23	Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 U.I. com diluente	Unidades de Saúde
24	Benzilpenicilina Benzatina 600.000 U.I. com diluente	Unidades de Saúde
25	Biperideno, Cloridrato 2mg cpr.	Farmácia Central
26	Budesonida 32mcg - suspensão nasal	Unidades de Saúde
27	Budesonida 64mcg - suspensão nasal	Unidades de Saúde
28	Captopril 25mg cpr. (SÓ URGÊNCIA HIPERTENSIVA)	Unidades de Saúde
29	Carbamazepina 2% susp. oral fco c/100ml	Farmácia Central
30	Carbamazepina 200mg cpr.	Farmácia Central
31	Carbonato de Cálcio 1.250mg (equivalente a 500mg de Ca) cpr.	Farmácia Central
32	Carbonato de Cálcio 500mg + Colicalciferol 400 UI cpr.	Farmácia Central
33	Carbonato de Lítio 300mg cpr.	Farmácia Central
34	Carvedilol 6,25mg cpr.	Unidades de Saúde
35	Carvedilol 25mg cpr.	Unidades de Saúde
36	Cefalexina 250mg/5ml susp. oral fco c/60ml	Unidades de Saúde
37	Cefalexina 500mg cps.	Unidades de Saúde
38	Cetoconazol 2% xampu fco c/100ml	Unidades de Saúde
39	Ciprofloxacino 500mg cpr.	Unidades de Saúde
40	Clomipramina 25mg cpr.	Farmácia Central
41	Clonazepan 2,5mg/ml gts. fco c/20ml	Farmácia Central
42	Clorpromazina, Cloridrato 100mg cpr	Farmácia Central
43	Clorpromazina, Cloridrato 25mg cpr	Farmácia Central
44	Clorpromazina, Cloridrato 40mg gts. fco c/20ml	Farmácia Central
45	Clotrimazol 1% cr. vag. tb c/35g	Unidades de Saúde
46	Dexametasona 1mg/g (0.1%) creme tb c/15g	Unidades de Saúde

47	Dexclorfeniramina, Maleato 2mg cpr.	Unidades de Saúde
48	Dexclorfeniramina, Maleato 0,4mg/ml fco c/100ml	Unidades de Saúde
49	Diazepan 10mg cpr.	Farmácia Central
50	Digoxina 0.25mg cpr.	Unidades de Saúde
51	Digoxina 0,05 mg/ml, elixir	Farmácia Central
52	Dipirona 500mg cpr.	Unidades de Saúde
53	Dipirona 500mg/ml gts.	Unidades de Saúde
54	Dipirona 500mg/ml ampola com 2ml	Unidades de Saúde
55	Doxasozina 4mg cpr.	Farmácia Central
56	Enalapril, Maleato 10mg cpr.	Unidades de Saúde
57	Enantato de Noretisterona 50 + Valerato de Estradiol amp. de 1ml	Unidades de Saúde
58	Eritromicina, Estolato 250mg/5ml susp. fco c/60ml	Unidades de Saúde
59	Eritromicina, Estolato 500mg cpr.	Unidades de Saúde
60	Escopolamina (Hioscina) 10mg cpr.	Unidades de Saúde
61	Espiramicina 500mg cpr.	Farmácia Central
62	Espironolactona 25mg cpr.	Unidades de Saúde
63	Fenitoína Sódica 100mg cpr.	Farmácia Central
64	Fenobarbital 100mg cpr.	Farmácia Central
65	Fenobarbital 40mg/ml gts. fco c/20ml	Farmácia Central
66	Fenoterol bromidrato 5mg/20ml gts (Inalação)	Unidades de Saúde
67	Finasterida 5mg cpr	Farmácia Central
68	Fluconazol 150mg cps.	Unidades de Saúde
69	Fluoxetina, Cloridrato 20mg cps.	Farmácia Central
70	Furosemida 40mg cpr.	Unidades de Saúde
71	Gentamicina 5mg/ml col. fco c/3ml	Unidades de Saúde
72	Glibenclamida 5mg cpr.	Unidades de Saúde
73	Gliclazida 60mg cpr. de liberação prolongada	Unidades de Saúde
74	Guaco (Mikania glomerata) xarope fco c/100ml	Unidades de Saúde
75	Haloperidol 1mg cpr.	Farmácia Central
76	Haloperidol 2mg/ml gts. fco c/20ml	Farmácia Central
77	Haloperidol 5mg cpr.	Farmácia Central
78	Haloperidol, Decanoato 50mg/ml sol. inj. ampola c/1ml	Farmácia Central
79	Heparina sódica, 5.000 ui/0,25 ml, injetável.	Protocolo
80	Hidroclortiazida 25mg cpr.	Unidades de Saúde
81	Hidróx. Al 60mg + Hidróx. Mg 40mg/ml susp. fco c/100ml	Unidades de Saúde
82	Ibuprofeno 50mg/ml gts. fco 30ml	Unidades de Saúde
83	Ibuprofeno 300mg cpr.	Unidades de Saúde
84	Ibuprofeno 600mg cpr.	Unidades de Saúde
85	Ipratrópio, Brometo 0,25mg/ml gts.fco c/20ml (INALAÇÃO)	Unidades de Saúde
86	Isoflavona extrato seco liofilizado 150mg (Glycine max 40) cps.	Unidades de Saúde
87	Isossorbida, Dinitrato 5mg cpr. sublingual	Unidades de Saúde
88	Isossorbida, Mononitrato 40mg cpr	Unidades de Saúde
89	Itraconazol 100mg cpr.	Unidades de Saúde
90	Ivermectina 6mg cpr.	Unidades de Saúde
91	Levodopa 100mg + Benserazida 25mg cpr. dispersível	Farmácia Central
92	Levodopa 100mg + Benserazida 25mg cps (HBS) Lib. prolongada	Farmácia Central
93	Levodopa 100mg + Benserazida 25mg BD cpr.	Farmácia Central
94	Levodopa 200mg + Benserazida 50mg cpr.	Farmácia Central
95	Levodopa 250mg + Carbodopa 25mg cpr.	Farmácia Central
96	Levonorgestrel 0,150mg + Etinilestradiol 0,03mg cpr. (Microvlar)	Unidades de Saúde
97	Levotiroxina 100mcg cpr.	Unidades de Saúde

98	Levotiroxina 25mcg cpr.	Unidades de Saúde
99	Levotiroxina 50mcg cpr.	Unidades de Saúde
100	Loratadina 10mg cpr.	Unidades de Saúde
101	Loratadina 1mg/ml sol. oral fco c/100ml	Unidades de Saúde
102	Losartano 50mg cpr.	Unidades de Saúde
103	Medroxiprogesterona, Acetato 150mg/ml amp.c/1ml	Unidades de Saúde
104	Metformina, Cloridrato 850mg cpr.	Unidades de Saúde
105	Metildopa 250mg cpr.	Unidades de Saúde
106	Metilfenidato 10mg (Ritalina)	Farmácia Central
107	Metoclopramida, Cloridrato 10mg cpr.	Unidades de Saúde
108	Metoclopramida, Cloridrato 4mg/ml gts.	Unidades de Saúde
109	Metoclopramida, Cloridrato 5mg/ml injetável ampola c/2ml	Unidades de Saúde
110	Metoprolol, Succinato 50mg cpr.	Unidades de Saúde
111	Metronidazol 100mg/g gel vag. fco c/50g	Unidades de Saúde
112	Metronidazol 250mg cpr.	Unidades de Saúde
113	Metronidazol 4% susp.fco c/100ml	Unidades de Saúde
114	Miconazol, Nitrato 2% creme dermatológico	Unidades de Saúde
115	Miconazol, Nitrato 2% gel vag.	Unidades de Saúde
116	Nistatina 100.000 U.I. susp. fco c/50ml	Unidades de Saúde
117	Nistatina 25.000 U.I. cr. vag. Bisnaga c/60g	Unidades de Saúde
118	Nitrofurantoína 100mg cpr.	Unidades de Saúde
119	Noretisterona 0,35mg cartela com 35 cpr.	Unidades de Saúde
120	Nortriptilina, Cloridrato 25mg cpr.	Farmácia Central
121	Óleo Mineral fco c/100ml	Unidades de Saúde
122	Omeprazol 20mg cps.	Unidades de Saúde
123	Paracetamol 200mg/ml gts. Fco c/15ml	Unidades de Saúde
124	Paracetamol 500mg cpr.	Unidades de Saúde
125	Pasta d'água loção	Unidades de Saúde
126	Periciazina, Cloridrato de - 1% gotas	Farmácia Central
127	Permanganato de Potássio 100mg cpr	Unidades de Saúde
128	Permetrina 10mg/ml sol. Tópica frasco 60ml	Unidades de Saúde
129	Permetrina 50mg/ml sol. Tópica frasco 60ml	Unidades de Saúde
130	Pirimetamina 25mg cpr.	Farmácia Central
131	Prednisolona 3mg/ml sol. Oral frasco c/60ml	Unidades de Saúde
132	Prednisona 20mg cpr.	Unidades de Saúde
133	Prednisona 5 mg cpr.	Unidades de Saúde
134	Prometazina 25mg cpr.	Farmácia Central
135	Propranolol, Cloridrato 40 mg cpr.	Unidades de Saúde
136	Ranitidida, Cloridrato 150 mg cpr.	Unidades de Saúde
137	Risperidona 1mg cpr.	Farmácia Central
138	Risperidona 3mg cpr.	Farmácia Central
139	Sais de Reidratação oral env. c/27,9g	Unidades de Saúde
140	Salbutamol, Sulfato 100mcg/dose aerosol	Unidades de Saúde
141	Sinvastatina 20mg cpr.	Unidades de Saúde
142	Sinvastatina 40mg cpr.	Unidades de Saúde
143	Sulfadiazina 500mg cpr.	Farmácia Central
144	Sulfadiazina de prata 1% creme, bisnaga de 30 g	Unidades de Saúde
145	Sulfamet. 200 + trimet. 40mg/5ml susp. Frasco c/100ml	Unidades de Saúde
146	Sulfamet. 400 + trimet. 80mg cpr.	Unidades de Saúde
147	Sulfato ferroso 25mg/ml de Fe II gts. Fco c/30ml	Unidades de Saúde
148	Sulfato ferroso 40mg Fe II cpr.	Unidades de Saúde

149	Tiamina, Cloridrato 300mg cpr.	Farmácia Central
150	Timolol, Maleato 5mg/ml (0,5%) col. fco c/5ml (EXCLUSIVO - OFTALM.)	Farmácia Central
151	Tioridazina 100mg cpr.	Farmácia Central
152	Triquilar (levonorgestrel associado a etinilestradiol trifásico)	Unidades de Saúde
153	Varfarina sódica 5mg cpr.	Farmácia Central
154	Vitamina A (50.000U.I.) +D (10.000U.I.) /ml gts.	Unidades de Saúde
155	Vitamina do Complexo B cpr.	Unidades de Saúde
156	Vitamina do Complexo B xarope	Unidades de Saúde