UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – UCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DA CIDADE
CURSO DE MESTRADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DA CIDADE

Silvia Lane Freitas Foly

JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE ITAPERUNA – RJ: PERFIL DAS DEMANDAS

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
Setembro de 2014

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – UCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DA CIDADE
CURSO DE MESTRADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DA CIDADE

Silvia Lane Freitas Foly

JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE ITAPERUNA – RJ: PERFIL DAS DEMANDAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento Regional e Gestão da Cidade, da Universidade Candido Mendes – Campos/RJ, para obtenção do grau de MESTRE EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DA CIDADE.

Orientador: Prof. Eduardo Shimoda, D.Sc.

Coorientador: Profª. Ludmila Gonçalves da Matta , D.Sc.

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
Setembro de 2014

FICHA CATALOGRÁFICA

F663j Foly, Silvia Lane Freitas.

Judicialização do acesso a medicamentos no Município de Itaperuna-RJ: perfil das demandas / Silvia Lane Freitas Foly – 2015.
99 f; il.

Orientador: Eduardo Shimoda
Coorientador: . Ludmila Gonçalves da Matta

Dissertação de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades – Universidade Candido Mendes – Campos dos Goytacazes, RJ, 2014.

Bibliografia: f. 85-90

1. Saúde pública – medicamento (acesso) – Itaperuna (Município). 2. Direito constitucional – medicamento (acesso) – Itaperuna (Município). 3. Judicialização medicamento (acesso) – Itaperuna (Município). I. Universidade Candido Mendes – Campos. II. Título.

CDU - 614: 342.746(1-21) (815.3I)

SILVIA LANE FREITAS FOLY

JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE ITAPERUNA – RJ: PERFIL DAS DEMANDAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento Regional e Gestão da Cidade, da Universidade Candido Mendes – Campos/RJ, para obtenção do grau de MESTRE EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DA CIDADE.

Aprovada em 30 de setembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Eduardo Shimoda, D.Sc. – Orientador
Universidade Candido Mendes

Profª. Ludmila Gonçalves da Matta, D.Sc. – Coorientador
Universidade Candido Mendes

Prof. Rodrigo Anido Lira, D.Sc.
Universidade Candido Mendes

Prof. Fabrício Ferreira de Albuquerque Fernandes, D.Sc.
Instituto Federal Fluminense.

CAMPOS DOS GOYTACAZES , RJ
2014

Dedico este trabalho ao meu esposo Leandro, por estar presente em todos os momentos, e pela paciência, compreensão e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Ele nada seria possível.

Á meus amigos Rafael e Artur, por tornarem esta jornada muito mais divertida.

Aos meus orientadores por estarem presente quando eu mais precisei.

“Se as coisas são inatingíveis”... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
a magia presença das estrelas!”

Mario Quintana

RESUMO

JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE ITAPERUNA – RJ: PERFIL DAS DEMANDAS

O presente trabalho tem por objetivo estudar o “fenômeno” da judicialiazação da política pública de saúde, mais especificamente as políticas de acesso a medicamentos, no município de Itaperuna, Rio de Janeiro. Para isso, foi realizada uma pesquisa quali-quantitativa em 282 processos judiciais atendidos pela secretaria de saúde do município no ano de 2013, de forma a traçar o perfil dos demandantes das ações judiciais e identificar os grupos da sociedade que buscam seus medicamentos por via judicial. Os medicamentos solicitados também foram analisados quanto à presença nas listas de distribuição oficiais da Assistência Farmacêutica. Concluiu-se que a maioria dos demandantes recebia até um salário-mínimo por mês, eram usuários do sistema público de saúde e representados pela Defensoria Pública e que grande parte dos medicamentos demandados faziam parte de alguma lista oficial da Assistência Farmacêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas. Assistência farmacêutica. Judicialização.

ABSTRACT

JUDICIALIZATION ACCESS TO MEDICINES IN THE MUNICIPALITY OF ITAPERUNA - RJ: PROFILE OF DEMANDS

The present work aims to study the public health policy's judicialization "phenomenon" in special the policies of medicine's access, in Itaperuna city, Rio de Janeiro. For this proposal, it presents a qualitative and quantitative research in 282 lawsuits served by the county's health department in 2013, in order to profile the plaintiffs' lawsuits and identify the social groups that pursue their medicines by judicial process. The requested medicines were also analyzed for the official distribution lists of Pharmaceutical Care. We conclude that most of the plaintiffs received up to one minimum wage per month, were users of the public health system and represented by the Public Defender and that most of the medications were part of an official list of Pharmaceutical Care.

KEYWORDS: Public policies. Pharmaceutical care. Judicialization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Ciclo da Assistência Farmacêutica	34
Figura 2:	Regiões de Governo e Microrregiões Geográficas	54
Figura 3:	Distribuição da População por sexo, segundo os grupos de idade, conforme os censos de 2009 e 2010	56
Figura 4:	Distribuição total da população de acordo com censo 2010	57
Figura 5:	Distribuição total dos processos judiciais para medicamentos por ano de entrada.	59
Figura 6:	Proporção de demandantes por sexo.	65
Figura 7:	Proporção de demandantes por faixa etária	66
Figura 8:	Proporção de demandantes por bairro de moradia	67
Figura 9:	Bairros de Itaperuna	68
Figura 10:	Proporção de demandantes por ocupação informada	69
Figura 11:	Proporção de demandantes por estado civil	70
Figura 12:	Proporção de rendimentos informados por faixa salarial	71
Figura 13:	Proporção dos dados: representação do autor, tipo de réu da ação pelo menos 01 medicamente na RENAME, pelo menos 01 medicamento da FDE, origem da prescrição, pelo menos 01 medicamento fora dos componentes da AF, bloco de financiamento.	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Componentes do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS), programas e responsabilidades dos Entes Federados no Brasil	33
Tabela 2:	Classificação do Fármaco Sinvastina segundo o código ATC	63
Tabela 3:	Classificação do Fármaco Sinvastina segundo o código ATC	77
Tabela 4:	Distribuição dos medicamentos solicitados, segundo a classificação pelo terceiro nível do código ATC.	78
Tabela 5:	Distribuição dos medicamentos mais solicitados, segunda a classificação pelo terceiro nível do código ATC.	80

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AF:	Assistência Farmacêutica
AIDS:	Síndrome da Imunossuficência Adquirida
ANVISA:	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC:	Classificação Terapêutico Anatômico Químico
CAPS:	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES:	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF/88:	Constituição Federal de 1988.
DATASUS:	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DST:	Doenças Sexualmente Transmitidas
ESF:	Estratégia de Saúde da Família
HIV:	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAFB:	Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
IAPS:	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS:	Instituto Nacional de Previdência Social
LME:	Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamentos.
OMS:	Organização Mundial de Saúde.
PCDT:	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.
PIB:	Produto Interno Bruto.
PNM:	Política Nacional de Medicamentos.
REMUME:	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME:	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAFIE/RJ:	Superintendência de Assistência Farmacêutica do Estado do Rio de Janeiro

SES:	Secretaria Estadual de Saúde
SESDEC/RJ:	Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SESP:	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS:	Sistema Único de Saúde
TJ/DF:	Tribunal de Justiça do Distrito Federal.
TJ/RJ:	Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1:	**INTRODUÇÃO**	16
2:	**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**	19
2.1:	AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.	19
2.2:	ASSITÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) .	28
2.2.1:	**Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**	30
2.2.2:	**Medicamentos Estratégicos**	31
2.2.3:	**Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**	32
2.3:	CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.	34
2.4:	ACESSO A MEDICAMENTOS.	35
3:	**DO DIREITO À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**	37
3.1:	O DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE	37
3.2:	O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	41
3.3:	CORRENTES JURÍDICAS SOBRE A EFICÁCIA DO DIREITO À SAÚDE	46
3.4:	EIXOS DE INTERPRETAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO	47
3.5:	ESTUDO SOBRE A JUDCIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	49
4:	**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO MUNICÍPIO DE ITAPERUNA**	53
4.1:	CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO	53
4.2:	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO MUNICÍPIO	57
4.2.1:	**A Assistência Farmacêutica no Município**	58
5:	**METODOLOGIA**	61
5.1:	SELEÇÃO DA AMOSTRA	61

5.2: COLETA DE DADOS 61

5.3: PROCEDIMENTOS 63

6: RESULTADOS E DISCUSSÃO 65

6.1: CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICAS DO DEMANDANTE DA AÇÃO 65

6.1.1: Sexo 65

6.1.2: Idade 65

6.1.3: Bairro de Moradia 67

6.1.4: Ocupação 68

6.1.5: Estado Civil 69

6.1.6: Rendimentos 70

6.2: CARACTERISTICAS PROCESSUAIS. 71

6.2.1: Representação do Autor. 71

6.2.2: Tipo de Réu da Ação. 72

6.3: CARACTERISTICAS MÉDICO-SANITARISTAS. 74

6.3.1: Proporção de Ações que Continham pelo Menos um Medicamento da RENAME. 74

6.3.2: Proporção de Ações que Continham pelo Menos um Medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. 74

6.3.3: Origem da Prescrição Médica. 75

6.3.4: Medicamentos Prescritos por Subgrupo Terapêutico/Farmacológico/Substância Química. 76

6.4: CARACTERISTICAS POLÍTICO-ADMINISTRATIVAS. 80

6.4.1: Proporção de Medicamentos, por Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica. 80

6.4.2: Proporção de Ações Judiciais que Demandam ao Menos um Medicamento que Esteja Fora dos Componentes de Financiamento da Assistência Farmacêutica. 80

7: CONSIDERAÇÕES FINAIS 83

8: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 85

ANEXO 1: REMUME: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 91

ANEXO 2: RELAÇÃO ESTADUAL DOS MEDICAMENTOS DO COMPOMENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. 94

1: INTRODUÇÃO

O direito à saúde é um direito social universal instituído pela Constituição Federal de 1988, e junto aos direitos políticos e civis constituem a concepção de cidadania. A discussão sobre a efetivação dos direitos conquistados constitucionalmente se faz muito presente no campo das políticas públicas, uma vez que, é através delas "que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real". (SOUZA, 2006)

As políticas públicas constituem campo fundamental para o planejamento urbano e regional e para a gestão municipal, pois representam, conforme Bucci (1997) "programas de ação do governo para a realização de objetivos determinados num espaço de tempo". Dessa forma, possuem papel fundamental para a escolha de prioridades pelo governo, e assim, para o desenvolvimento de uma cidade ou região.

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

É cada vez mais frequente a interferência do Poder Judiciário na gestão pública com o intuito de garantir a efetivação do direito ao acesso a bens de saúde, a saber, principalmente medicamentos. (PENALVA, 2011) O grande aumento das demandas judiciais implica em um aumento progressivo dos gastos sem previsão orçamentária, impactando diretamente na gestão dos recursos da saúde municipal, uma vez que, pelo princípio da solidariedade, cabe ao município, como ente mais

próximo da administração pública, fornecer os itens solicitados. (VENTURA *et al*, 2010)

Neste sentido, surge uma importante questão: até que ponto as demandas judiciais por medicamentos atendem realmente a quem precisa? Qual é o perfil deste grupo que busca, por meios jurídicos, o atendimento de suas necessidades? E de que forma o atendimento a demandas individuais impactam sobre o atendimento as demandas coletivas?

O presente trabalho tem como objetivo principal estudar o fenômeno da judicialização de políticas públicas para acesso a medicamentos no Município de Itaperuna, mais especificamente, identificar os grupos da sociedade que buscam a materialização de seus direitos por via judicial e as características dos medicamentos demandados. Inicialmente, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema, com o objetivo de constituir, assim, o arcabouço teórico da dissertação.

No segundo momento, foi realizado um levantamento de dados sobre os mandados judiciais atendidos pela Secretaria de Saúde do Município no ano de 2013, seguindo um roteiro previamente estabelecido e capaz de englobar todas as variáveis de interesse à pesquisa.

Como objetivos específicos da pesquisa estão o estudo de caso do Município de Itaperuna através das dinâmicas inerentes aos processos judiciais, tais como o perfil das demandas e dos demandantes e o crescimento das ações judiciais. Para isto, serão utilizados os indicadores constantes no “Manual – Indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos” organizado por Pepe (2011), cujo projeto desenvolveu uma metodologia de avaliação e monitoramento das demandas judiciais individuais no Brasil, tendo como modelo o Estado do Rio de Janeiro.

O primeiro capítulo, denominado **Políticas Públicas de Saúde e a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS)**, são abordados o histórico das políticas públicas de saúde no Brasil até a constituição do SUS e os mecanismos de financiamento e distribuição de medicamentos. No segundo capítulo, **Do Direito à Judicialização da Saúde**, foi analisada a construção do direito à saúde como um direito universal e os problemas advindos da falta de efetivação deste, que acaba por levar a decisão ao Poder Judiciário. O capítulo três, denominado **O SUS no Município de Itaperuna,** apresentará dados sobre o

Município, a fim de conhecer a realidade local e identificar as variáveis que levam ao fenômeno da judicialização. No capítulo quatro será demonstrada a **Metodologia** de análise para o levantamento do perfil das demandas judiciais que impactam o setor de saúde no Município. E, por fim, no capítulo cinco, denominado **Resultados e Discussão**, serão apresentados os resultados da pesquisa, bem como o debate acerca destes.

2: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.1: AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As políticas públicas de saúde, a partir da constituição do Estado de Direito, configuram-se como um direito social inerente à todo cidadão e, juntamente com os direitos civis e políticos fazem parte da concepção de cidadania. Os direitos sociais foram conquistados no século XX a partir das reivindicações dos movimentos populares contra a exploração capitalista durante o desenvolvimento da Revolução Industrial na Europa. Entre eles estão o direito ao trabalho, educação, aposentadoria, saúde, enfim, todos aqueles que garantam o acesso aos meios de vida e bem-estar social. (VIEIRA, 2009)

Uma forma de garantir os direitos sociais é a elaboração de políticas públicas, e é através delas que o Estado determina o nível de proteção social implementado, com o objetivo de facilitar a redistribuição dos benefícios sociais de forma a reduzir as desigualdades produzidas pelo sistema capitalista. (HÖFLING, 2001)

Políticas públicas, podem ser definidas, segundo Lynn, 1980 *apud* Souza, 2006 como “Conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos” e ainda por Peter, 1986 *apud* Souza, 2006 como “[...] soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos”.

O papel das políticas públicas na ação do governo é fundamental, pois elas ajudam a modelar traços estruturais da ordem sócio-política, tais como a tendência à concentração do poder e à exclusão das classes populares dos circuitos de decisão econômica, política e cultural. (LUZ, 1991)

No Brasil, a intervenção de forma sistematizada do Estado na saúde só aconteceu no início do século XX, em um período marcado pelo incipiente processo de industrialização, pela redefinição do papel do Estado e também pelo surgimento das políticas sociais a partir das reinvindicações dos trabalhadores. As ações eram voltadas, sobretudo, para os assalariados urbanos, que tinham cada vez mais importância no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica de acumulação. (BRAVO, 2006). Segundo Bravo (2006)

> A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 1960 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. (p. 4).

Neste período, existia uma clara distinção entre ações relacionadas à saúde pública e a proteção médico-assistencial individual exercida essencialmente por estabelecimentos privados, para aqueles que podiam pagar, e filantrópicos como as Casas de Misericórdia para os pobres. Na atenção individual, segundo Gerschman e Santos (2006, p.180) "(...) o Estado, especializava-se em segmentos populacionais marginalizados ou que pudessem ameaçar a saúde pública, como os portadores de doenças mentais e infecciosas."

Entre 1930 e 1940, as principais ações adotadas para a saúde pública foram, segundo Braga e Paula (1986, p.53-55), a ênfase nas campanhas sanitárias e criação dos serviços de combate às endemias. No campo da medicina previdenciária, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), cujo objetivo, segundo Bravo (2006, p.5) era "estender para um maior número de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de "antecipar" as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla." Configurando, desta forma, uma clara orientação contencionista.

Dessa forma, segundo Gerschman e Santos (2006, p.180) "Foram, assim, plantadas as bases para um sistema nacional de saúde corporativo tutelado pelo Estado, em que os pagadores compreendem empregadores, empregados e o Estado". As medidas adotadas nesta época tiveram características universais

apenas para o setor social que demandava um investimento estratégico, ou seja, o trabalhador. (GERSCHMAN; SANTOS, 2006)

No período de 1945-1950, observou-se a consolidação da Política Nacional de Saúde, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), durante a Segunda Guerra Mundial, em convênio com o Governo Americano e patrocinado pela Fundação Rockfeller. Apesar de todas as medidas, o governo não conseguiu eliminar significativamente o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as altas taxas de mortalidade infantil e mortalidade geral. (BRAVO, 2006)

O período de 1950 a 1960 ficou conhecido, segundo Luz (1991, p. 80), "pela tentativa de implantar-se um projeto nacional de desenvolvimento econômico 'moderno', integrado à ordem capitalista industrial, e pela crise do regime populista e nacionalista dos anos 60". Havia o predomínio do modelo "campanhista" e o "curativista" nos serviços previdenciários, altamente burocratizados e ineficazes, incapazes de fazer frente aos crescentes problemas de saúde das populações urbanas e rural. Tais condições, tornaram-se claras por parte da população, a consciência da dureza desta condições, como observa Luz (1991).

> em presença da impossibilidade de soluções reais por parte das instituições essa consciência originou um impasse nas políticas de saúde. Ele foi percebido, aliás, como impasse estrutural, envolvendo o conjunto das políticas sociais e a própria ordem institucional e política. (p.80)

Diante de tal impasse, iniciou-se um grande movimento social no início dos anos 60, liderado pelas elites progressistas, cujo objetivo era reivindicar 'reformas de base' imediatas, entre elas uma reforma sanitária consistente, porém a reação das forças sociais políticas conservadoras ocasionou o golpe militar em 31 de março de 1964 (LUZ, 1991).

A partir da segunda metade do século XX, o mundo passou por significativas mudanças estruturais e políticas. Segundo Piquet (2007, p.18): "Com o término da Segunda Guerra Mundial, as sociedades capitalistas ocidentais viveram um longo período de crescimento marcado pela modernização das estruturas sociais, pela implantação do Estado de Bem-Estar e pela busca da equidade econômica".

Dessa forma, as funções do Estado sofreram profundas modificações, pois sua atuação não estaria restrita apenas a esfera econômica e à segurança pública,

mas cada vez mais novas demandas são criadas e com isso, a preocupação com o conteúdo social da noção de cidadania. Segundo Morais (2007)

> Assim, está desenhado o Estado Social no pós-Guerra, com a supervalorização do constitucionalismo, marcado sob o modelo do neoconstitucionalismo, na crença profunda de que com isso podemos construir uma sociedade justa e solidária, com a erradicação da pobreza e marcada pela ideia da função social. (p.254)

Com a instalação dos governos militares, período orientado por governos arbitrários conhecido como ditadura militar, inicia-se uma nova fase nas políticas de saúde, pois uma forma de garantir a justificar a permanência do governo perante a população era investir fortemente em políticas públicas. Como salienta Bravo (2006):

> O Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (p.6)

Em 1967 o governo criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) através da unificação do IAPS, e conforme observa Polignano (2001, p. 14) com o objetivo de "garantir a todos os trabalhadores urbanos e os seus dependentes os benefícios da previdência social." Em consequência, o governo militar precisou incorporar alguns benefícios oferecidos pelo IAPS, entre eles a assistência médica, levando a um aumento expressivo do número de beneficiários, e para solucionar o problema o governo decidiu direcionar a demanda para a iniciativa privada. Segundo Luz (1991):

> No período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de reestabelecimento de saúde individual e coletiva, a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e a complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos – já parcos – tradicionalmente destinados aos serviços públicos. Tais foram às orientações principais da política sanitária da conjuntura do 'milagre brasileiro'. (p.82)

A saúde passa a adquirir características capitalistas, em que esta deveria acompanhar as modificações tecnológicas que ocorriam no mundo, principalmente através da articulação do Estado com os interesses do capital externo, via indústrias farmacêuticas e equipamentos hospitalares. Observou-se, neste período, um declínio das ações em saúde pública e um aumento da medicina previdenciária de cunho curativista e individual. (BRAVO, 2006)

A atuação da medicina privada nas políticas de saúde era cada vez mais frequente e diversos convênios e contratos foram realizados, o que propiciou a capitalização destes grupos, e como salienta Polignano (2001, p.15) "provocando um efeito cascata com o aumento do consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial". A saúde passou a ser vista como um bem de consumo médico, constituídos por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na saúde, lucro este, subsidiado em grande parte pelo Estado (LUZ, 1991).

Com a crise da ditadura em 1975, a situação da saúde também se agravou, pois todos esses efeitos levaram a uma grande insatisfação popular com a 'política de saúde da ditadura'. E como afirma Luz (1991):

> A situação se tornou mais explosiva no fim da conjuntura do "milagre", constituindo-se em sintoma de sua derrota e em prelúdio da morte das políticas de saúde desse período. Despencaram as verbas de saúde pública, e a atenção médica da Previdência Social caminhou para a falência. A imagem da medicina como solução miraculosa para as más condições de vida começou a ser socialmente percebida como miragem, a ser publicamente denunciada e desmascarada. (p.82).

Surgiu, nesta época, intenso movimento popular pela reforma das políticas sociais e de saúde, composto por médicos, estudantes de medicina, cientistas, acadêmicos e associações dos moradores questionando a má qualidade dos serviços médicos prestados à população, além das altas taxas de doenças endêmicas e epidêmicas. Assim, a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma configuração política fortemente ligada à democracia. Conforme demonstra Luz (1991):

> A partir de 1983, a sociedade civil organizada desceu às ruas para pedir, junto com um Congresso firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o

> direito à saúde, visto também como dever do Estado. Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania. (p.83)

No campo da saúde, um dos principais movimentos populares foi o da Reforma Sanitária, cujo discurso já era constituído desde a década de 1970, com atuação de profissionais da área de saúde, do movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) como grande difusor do debate sobre a saúde e também dos partidos políticos de esquerda. (BRAVO, 2006). Conforme salienta Elias (1997):

> O ideário da Reforma Sanitária consistia na proposta de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado suplementar àquele, sob o controle público, e descentralizado. O que estava em questão era a universalidade da atenção à saúde, superando-se a histórica dicotomia entre assistência médica individual e ações coletivas à saúde. A estratégia eleita para se conquistar a saúde como um direito consistia na descentralização do sistema de saúde. (p.4).

Em 1986, um fato marcante e fundamental para a discussão da questão da Saúde no Brasil foi à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília - Distrito Federal, que teve como temas principais: I- A saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II- Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III- Financiamento setorial. A Conferência reuniu cerca de quatro mil e quinhentas pessoas e representou um marco da discussão de saúde no Brasil, uma vez que teve expressiva participação das entidades representativas da população (BRAVO, 2006).

Um ano após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde foi constituída a Assembleia Nacional Constituinte, que deveria incluir os princípios da Reforma Sanitária na nova Constituição Brasileira, sancionada em 1988. Segundo Bravo (2006, p. 9) “O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social”.

Para Fleury (1989) os principais aspectos observados quanto à saúde na nova Constituição foram:

→ O direito universal à saúde e o dever do Estado;

→ As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, ficando a cargo do poder públicos sua regulamentação, controle e fiscalização;
→ Constituição de um Sistema Único de Saúde em que todos os serviços públicos funcionem em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, além da participação da comunidade;

→ Participação do setor privado de forma complementar, com participação preferencial de entidades filantrópicas.

A Constituição Federal de 1988 contemplou a saúde como um direito social universal a ser provido pelo Estado, além disso, reconheceu a determinação social no risco de adoecer e sofrer agravos à saúde, conforme especifica o art. 196:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Dessa forma, segundo Elias (1997)

> pela primeira vez no texto constitucional brasileiro, a saúde é concebida como um bem universal a ser provido para todos os cidadãos, implicando o princípio da igualdade de cada cidadão frente às ações e serviços requeridos para a manutenção/reparação da saúde. (p.5)

É na Constituição Federal de 1988 (CF/88) que o Sistema Único de Saúde (SUS) é institucionalizado, e este, segundo o art. 198, é definido como:

> As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I- descentralização, com direção única em cada esfera do governo; II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III- participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

A regulamentação do SUS só viria a acontecer em 1990 através da Lei 8.080, que define o modelo operacional e propõe a sua forma de funcionamento e organização. A saúde passa a ser definida não só como a ausência de doença, mas de forma mais ampla a partir da definição de seus condicionantes no art. 3º:

> A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1988).

O art. 2º § 1º define o dever do Estado para a garantia da saúde através da reformulação e execução de políticas econômicas e sociais com objetivo de reduzir os riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. E tem como objetivos no artigo 5º:

> I- a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II- a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei; III- a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação à saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1988)

São definidos como princípios doutrinários do SUS, no artigo 7º:

> I- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência; II- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; III- Integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (BRASIL, 1990)

O princípio da **Universalidade** pode ser entendido como a garantia de atendimento integral, ou seja, o indivíduo tem direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, em todos os níveis de assistência. Outro princípio é o da **Equidade** que assegura que todo cidadão é igual perante o SUS e deverá ser atendido conforme suas necessidades independentemente de onde morar, de sua raça ou condição financeira. O princípio da **Integralidade** deve ser entendido no

sentido que cada pessoa é um todo indivisível, dessa forma, o cidadão deverá ser atendido com uma visão integral com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1990)

Além dos princípios doutrinários, a Lei 8.080/90 também estabelece alguns princípios organizativos que regem e organizam o SUS no artigo 7º e que são eles:

> VIII – Participação da comunidade; IX – Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. (BRASIL, 1990)

A *Participação da comunidade* é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, desde o nível federal até o local.

O princípio da *Descentralização* pode ser entendido como a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, de forma que as decisões sejam tomadas em escala mais próxima a realidade da população, neste sentido, grande parte das ações em saúde ficaram sob responsabilidade do município.

A *Regionalização* implica na organização dos serviços do SUS em níveis de complexidade tecnológica crescente e dispostos em área geográfica delimitada, de forma que a população tenha acesso a todas as modalidades de assistência. A *Hierarquização* diz respeito à forma de acesso da população aos serviços do SUS, que deve dar-se, primeiramente, através dos serviços de nível primário de atenção e estes devem ser capazes de atender e resolver a maioria dos problemas que demandam os serviços de saúde. (BRASIL, 1990)

A *participação da comunidade* é a garantia constitucional da população demandante dos serviços de saúde de participar, através de suas entidades representativas, do processo de formulação das políticas e do controle da sua execução.

É importante observar também o papel do setor privado de saúde que, a partir da CF/88, figura de forma complementar aos serviços ofertados pelo SUS quando estes forem insuficientes, devendo ser contratados sob os mesmos princípios básicos e normas técnicas observadas para o serviço público. (BRASIL, 1990)

Neste sentido, a saúde passa a ter um conceito mais abrangente em que os serviços passam de um modelo assistencial centrado na doença e no atendimento ao individual, para um modelo de atenção integral à saúde com integração progressiva das ações de promoção e de proteção, e não apenas de recuperação à saúde, de forma a realizar um atendimento integral. (BRASIL, 1990)

2.2: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Entre os diversos campos de atuação do SUS definidos pela Lei 8.080/90 está à execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive assistência farmacêutica (art. 6º). A Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada em 1998 por meio da portaria GM/MS n. 3916, define a assistência farmacêutica como:

> Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informações sobre medicamento e educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (BRASIL, 2002a p. 34)

A PNM atribuiu como finalidades principais para a política de medicamentos[1]: Garantir a segurança, eficácia e qualidade necessária; a promoção do seu uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Além disso, apresentou um conjunto de diretrizes para alcançar os objetivos propostos, entre elas a adoção de uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), em que constam os medicamentos considerados essenciais à população para atender as doenças mais prevalentes de forma segura, eficaz e com melhor custo-benefício, reorientação da assistência farmacêutica e promoção do uso racional de medicamentos. (CONASS, 2007)

O modelo de assistência farmacêutica no SUS pode dividir-se em: a) assistência farmacêutica ambulatorial, em que os medicamentos são dispensados diretamente aos pacientes para ser usados em suas residências e b) assistência

[1] Medicamento é um produto farmacêutico com finalidades profiláticas, curativas, paliativas ou para fins diagnóstico (BRASIL, 2002a, p. 36)

farmacêutica hospitalar com dispensação e administração dos medicamentos ainda nos serviços de saúde. A assistência farmacêutica ambulatorial é exercida, quase que exclusivamente, por instituições públicas estatais vinculadas às secretarias de saúde estaduais e municipais, enquanto que a assistência farmacêutica hospitalar é exercida, em sua maioria, por instituições privadas conveniadas ao SUS. Para os fins deste trabalho, serão estudadas apenas as ações no âmbito da assistência farmacêutica ambulatorial, uma vez que nesta configura a maioria das ações judiciais para recebimento de medicamentos (VIEIRA, 2010).

A PNM estabelece as responsabilidades para cada uma das três esferas de gestão – Federal, Estadual, Municipal – sendo que cabe a esfera municipal a maioria das ações de execução da assistência farmacêutica, ficando a cargo das esferas Federal e Estadual algumas ações consideradas estratégicas.

O financiamento da assistência farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e sua divisão é pactuada pela Comissão de Gestores Tripartite, instância colegiada pelo Ministério da Saúde. Em 2007, através da Portaria GM/MS n. 204/2007, foi estabelecido que os recursos federais seriam repassados em Blocos de Financiamento da Assistência Farmacêutica, que é constituído por três componentes:

1.**Componente Básico** da Assistência Farmacêutica: destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica em saúde e àquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica à saúde. O financiamento se dá por meio do repasse de recursos às secretarias municipais e/ou estaduais de saúde ou pela aquisição dos medicamentos diretamente pelo Ministério da Saúde. (CONASS, 2007);(VIEIRA, 2010).

2. **Componente Estratégico** da Assistência Farmacêutica: financiamento para o custeio de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas de saúde estratégicos: controle de endemias, tais como a tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais dos Programas de DST/Aids, Sangue e Hemoderivados e Imunobiológicos. Neste bloco, os medicamentos são adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde (CONASS, 2007) (VIEIRA, 2010).

3. **Componente Especializado** da Assistência Farmacêutica: destina-se a aquisição e distribuição de medicamentos para doenças específicas mediante a observância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. O financiamento desde bloco de assistência farmacêutica é garantido pela pactuação entre a União, estados e municípios (VIEIRA, 2010).

Tendo em vista os repasses dos recursos federais em três blocos de financiamento, torna-se necessário a análise cada um deles de forma separada, de forma a observar suas especificidades e abrangência.

2.2.1: Assistência Farmacêutica na Atenção Básica

Assistência Farmacêutica (AF) na Atenção Básica pode ser definida como um conjunto de ações cujo objetivo é assegurar o acesso da população aos medicamentos essenciais que promovam o uso racional destes e qualificar o atendimento à população (CONASS, 2007).

Inicialmente, a AF na Atenção Básica era realizada pela Central de Medicamentos (CEME) criada em 1971 pelo governo Federal, posteriormente, em 1997, foi instituído pelo Ministério da Saúde um programa específico para o atendimento a medicamentos da atenção primária à saúde, o Programa Farmácia Básica, no qual os medicamentos eram adquiridos pelo Ministério da Saúde e depois repassados para os polos de distribuição em cada região do país (COSENDEY, 2000).

Em 1999, com o avanço da descentralização do SUS, o programa passou a se chamar Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), mantendo esta mesma configuração até os dias atuais. Neste programa, o financiamento passou a ser tripartite, com a definição dos valores *per capita*, alocados pelas três instâncias de gestão. (VIEIRA, 2010) Segundo a Política Nacional de Medicamentos ao Governo Federal compete:

> A aquisição e a distribuição, pelo Ministério, dos produtos componentes da assistência farmacêutica básica serão substituídas pela transferência regular e automática, fundo a fundo, dos recursos federais, sob a forma de incentivo agregado ao Piso da Atenção Básica. Esses recursos serão utilizados prioritariamente para a aquisição, pelos municípios e sob a coordenação dos estados, dos medicamentos necessários à atenção básica à saúde de suas populações. (BRASIL, 2002a, p. 22)

Com a criação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB) todos os municípios foram abrangidos e os medicamentos passam a ser adquiridos e distribuídos pelos gestores estaduais e municipais. Cabe aos municípios estabelecerem, de acordo com as características de sua população e as doenças mais prevalentes, sua relação de medicamentos essenciais, a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), na qual devem constar, obrigatoriamente, os medicamentos contidos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, a RENAME.

A portaria GM/MS n. 2084 de 2005, estabeleceu que o elenco de medicamentos para a Atenção Básica seria formado por dois componentes (BRASIL, 2005b):

1: .Componente Estratégico: conjunto de medicamentos com responsabilidade de financiamento e/ou aquisição pelo Ministério da Saúde. Estão inseridos os seguintes grupos: hipertensão e diabetes, inclusive insulina; asma e rinite; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e de Combate ao tabagismo.

2: Componente Descentralizado: constituído pelo Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, com financiamento federal, estadual e municipal e aquisição estadual e municipal. Constituído por um elenco mínimo municipal, a REMUME.

2.2.2:Medicamentos Estratégicos

Medicamentos estratégicos são aqueles utilizados para tratamento de doenças que configuram problemas de saúde pública, que tem a capacidade de atingir ou pôr em risco as coletividades e cuja estratégia de controle concentra-se, principalmente, no tratamento de seus portadores (CONASS, 2007).

O financiamento deste componente é executado de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, depois de adquiridos os medicamentos são distribuídos às Secretarias Estaduais de Saúde e dispensados à população na rede pública estadual e municipal. (CONASS, 2007)

Os programas contemplados são os de controle de endemias como: tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional, tais como cólera,

esquistossomose, filariose, influenza, oncocercose, peste e tracoma. Também fazem parte deste bloco os medicamentos antirretrovirais do Programa DST/Aids, sangue e hemoderivados e os imunobiológicos compostos por soros e vacinas (CONASS, 2007).

2.2.3: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Este programa é destinado a aquisição e dispensação de medicamentos destinados ao tratamento de patologias específicas que atingem um número limitado de pessoas, e que, na maioria das vezes, são de uso prolongado e de alto custo. Entre os usuários desses medicamentos estão: transplantados, portadores de insuficiência renal crônica, esclerose múltipla, hepatite viral crônica B e C, epilepsia, Parkinson, Alzheimer e esquizofrenia refratária, e ainda algumas doenças genéticas como fibrose cística, doença de Gaucher, entre muitos outros. (CONASS, 2007)

O financiamento é originalmente federal sendo, atualmente, co-financiado pelas Secretarias Estaduais de Saúde, principalmente devido à preocupação dos gestores com os crescentes custos. Os medicamentos são adquiridos e repassados posteriormente para polos regionais de dispensação (CONASS, 2007).

Para a dispensação de algum medicamento pertencente ao Componente Especializado, deverá ocorrer uma autorização baseada na avaliação da solicitação do paciente. A avaliação da solicitação deve considerar o Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização do medicamento (LME) adequadamente preenchido, a prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente e todos os documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado (BRASIL, 2009b).

A tabela 1, elaborada com base em nas portarias GM/MS n. 2004/2007, GM/MS n. 3237/2007 e GM/MS n. 2981/2009, demonstra os Componentes do Bloco de Financiamento da assistência Farmacêutica no SUS, os principais programas que fazem parte deles e também as competências de financiamento quanto aos entes federados.

Tabela 1: Componentes do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica do Sistema único de Saúde, programas e responsabilidades dos entes federados no Brasil.

Componentes e programas de assistência farmacêutica	Responsabilidade de financiamento
Básico	
Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (elenco de referência)	União, Estados, Distrito Federal, Municípios
Diabetes (insulinas)	União
Saúde da mulher (contraceptivos e insumos)	União
Diabetes (insumos)	Estados, Distrito Federal, municípios
Estratégico	
Tabagismo	União
Alimentação e nutrição	União
Controle de endemias	União
Tuberculose	União
Hanseníase	União
Malária	União
Leishmaniose	União
Doença de Chagas	União
Outras	União
Antirretrovirais (Programa DST/Aids)	União
Sangue e hemoderivados	União
Imunobiológicos	União
Especializado	União, estados, Distrito Federal, municípios

Fonte: Vieira (2010, p. 152)

2.3: CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A AF é pontuada como uma das prioridades da PNM e é caracterizada por ações articuladas, sincronizadas e ordenadas em relação aos medicamentos e que envolvem as diversas partes que compõem o sistema, tais como: seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, conforme demonstra a figura 1.

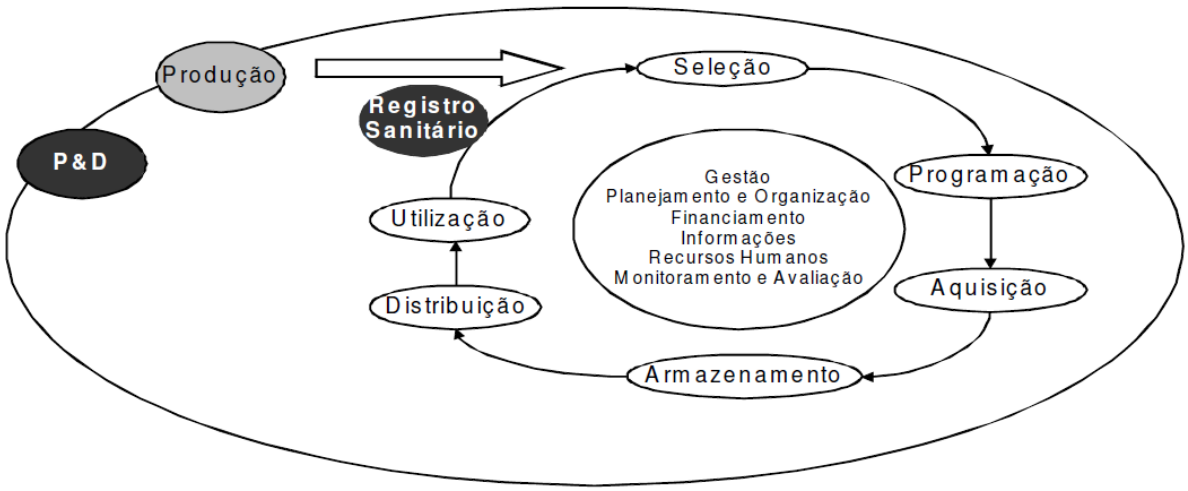

Figura 1: Ciclo da Assistência Farmacêutica
Fonte: Oliveira *et al,* (2007).

Segue a definição de cada etapa da AF e suas respectivas atribuições (CONASS, 2007):

> **Seleção:** processo de escolha de medicamentos, tendo em vista a elaboração de uma Relação de Medicamentos Essenciais, considerando, principalmente a necessidade, a eficácia, o benefício/risco e o benefício/custo. **Programação**: conjunto de atividades com objetivo de determinar as necessidades de medicamentos essenciais, para garantir o acesso da população à terapêutica medicamentosa em quantidade e qualidade, compatibilizando-a com os recursos disponíveis. **Aquisição**: conjunto de atividades articuladas, necessárias ao abastecimento de medicamentos em quantidade e qualidade para realizar uma terapêutica racional. No serviço público a modalidade de compra preferencial é a licitação, cujas regras são regulamentadas pela Lei nº8.666/93. **Armazenamento:** conjunto de atividades necessárias para garantir a qualidade de medicamentos, hemoterápicos, imunobiológicos e correlatos, através da proteção contra os riscos de alterações físico-químicas e biológicas, durante sua estocagem.

> **Distribuição:** conjunto de atividades realizadas para garantir a distribuição do medicamento do local onde fica armazenado para o setor de dispensação. **Dispensação:** é o ato de orientação do farmacêutico ao paciente para o uso racional de medicamentos e correlatos, com base em parâmetros farmacocinéticos, farmacodinâmicos e da farmacovigilância. (254 p).

As ações executadas no ciclo da AF têm como objetivo sistematizar os procedimentos relacionados aos medicamentos e garantir o acesso da população aos itens necessários. Por ocorrerem em uma sequência ordenada, tal execução de certa atividade, foi de forma imprópria e que prejudicou todas as outras, comprometendo assim, diretamente os resultados.

2.4: ACESSO A MEDICAMENTOS

Um dos grandes desafios da humanidade sempre foi controlar, reduzir os efeitos ou eliminar as causas e os sofrimentos causados pelas enfermidades. É sabido que a saúde de uma população não depende apenas dos serviços em saúde e do uso de medicamentos. Todavia, é inegável a importância e a contribuição dos medicamentos no cuidado à saúde.

A AF como uma ação de saúde pública e parte integrante do SUS é determinante para a resolubilidade dos serviços e da atenção em saúde e envolve a alocação de grandes volumes de recursos públicos. Através da PNM buscou-se facilitar o acesso dos usuários aos medicamentos, além de garantir a segurança e o uso racional de medicamentos (CONASS, 2007).

O acesso ao medicamento pode ser definido como o recebimento por parte do usuário de medicamento específico para sua patologia na dose e período apropriado e com menor custo para ele e para sua comunidade. Para Oliveira et al (2007) o acesso ao medicamento é a ligação entre a necessidade, a oferta e o espaço com informação adequada para o uso dos medicamentos pelo usuário e com garantia de qualidade do produto utilizado.

Segundo Vieira e Zucchi (2007) a evolução da produção de medicamentos entre os anos de 1985 a 1999 indica que o valor produzido tem crescido quatro vezes mais rápido que a renda mundial, embora não implique em maior acesso da população a medicamentos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de um terço da população mundial não tem acesso regular a

medicamentos. (WHO, 2001). No Brasil, tal fenômeno não difere da realidade mundial, conforme aponta o Ministério da Saúde: “[...] as camadas de maior poder aquisitivo apresentam padrões de consumo similares aos países desenvolvidos, enquanto as mais pobres possuem dificuldade de acesso aos medicamentos básicos” (BRASIL, 2003, p. 6).

Diante deste quadro, com objetivo de diminuir as iniquidades no acesso aos medicamentos, é mister uma política de Assistência Farmacêutica resolutiva, de forma a evitar falhas e garantir o atendimento satisfatório à população. No próximo capítulo, serão abordadas as questões referentes ao direito à saúde como direito fundamental e as dificuldades na sua efetivação, e em consequência, o surgimento do fenômeno da judicialização como forma legítima de reinvindicação destes direitos.

3: DO DIREITO À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

3.1: O DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 representa um marco no processo de democratização do país, uma vez que foi a primeira constituição a conferir a devida importância à saúde, e passa a defini-la como um direito universal a ser provido pelo estado. Como demonstra o art. 196 que assegura a saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Dessa forma, a saúde passa a ser vista como uma obrigação do estado e direito do cidadão que deve ser estendido a todos, sem distinção, marcando o surgimento de um Estado Constitucional Social e de uma nova noção de cidadania. Segundo Morais e Nascimento (2007) o Estado Constitucional pode ser compreendido

> como o produto de um projeto político-histórico marcado pela tradição liberal e alicerçado em uma estrutura de poder político identificado por uma ordem jurídica que organiza o poder, adotando a estratégia da especialização de funções, o princípio da legalidade estatal, dentre outras, e assegura um conjunto de liberdades expressas pelo reconhecimento jurídico-legislativo dos direitos humanos, traduzidos como direitos fundamentais. (p.253).

Como demonstra o histórico das políticas públicas no Brasil, o Estado Social passou por significativas mudanças ao longo do tempo, como por exemplo a saúde que nunca antes foi vista como uma obrigação do estado, mas simplesmente como um benefício aos trabalhadores urbanos, marcada pela forte presença da tutela do estado. Segundo Pires e Demo (2006, p. 63) a nova definição de cidadania na era

moderna “acompanha a conformação política dos Estados-nações, encontrando, no aparato estatal, a estrutura para sua validação e normalização”. Vieira (2001) propõe uma cidadania global sustentada na solidariedade, diversidade, direitos humanos em escala planetária.

A CF/88 traz em seu escopo a ideia de Estado democrático de direito e a consagra em seu art.1º “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito [...]”. O Estado democrático de direito é a síntese histórica de dois conceitos que são semelhantes, mas, não se confundem: o constitucionalismo e a democracia. O constitucionalismo pode ser definido como limitação do poder e supremacia da lei e a democracia como soberania popular e governo da maioria. Segundo Barroso (2008)

> O Estado constitucional de direito gravita em torno da dignidade de pessoa humana e da centralidade dos direitos fundamentais. A dignidade da pessoa humana e o centro de irradiação dos direitos fundamentais, sendo frequentemente identificada como o núcleo essencial de tais direitos. Os direitos fundamentais incluem: a) a *liberdade*, isto é, a autonomia de vontade, o direito de cada um eleger seus projetos existenciais; b) a *igualda*de, que é o direito de ser tratado com a mesma dignidade que todas as pessoas, sem discriminações arbitrárias e exclusões evitáveis; c) o *mínimo existencial*, que corresponde às condições elementares de educação, saúde e renda que permitam, em uma determinada sociedade, o acesso aos valores civilizatórios e a participação esclarecida no processo político e no debate público. Os três poderes –Legislativo, Executivo e Judiciário – tem o dever de realizar os direitos fundamentais, na maior extensão possível, tendo como limite mínimo o núcleo essência desses direitos. (p.10).

Neste sentido, o direito à saúde configura-se como um direito mínimo existencial, visto que sem a garantia deste direito mínimo a existência do ser humano torna-se inviável ou inexistente. Segundo Paradela (2011) a teoria do mínimo existencial está diretamente ligada à noção de justiça cuja tarefa principal é preservar a essência dos direitos fundamentais do homem.

Foi a partir da institucionalização do SUS pela da Lei 8.080/90 que o direito à saúde foi concretizado, através da definição de seu modelo institucional, organização e forma de funcionamento, além disso, estabelece os princípios pelos quais sua atuação de se orientar, entre eles destacam-se o da universalidade, que garante a todas as pessoas o acesso às ações e serviços de saúde disponíveis, e o

da municipalização, que atribui prioritariamente a responsabilidade aos Municípios pela saúde em geral e inclusive da distribuição de medicamentos.

As políticas públicas, no que se insere o SUS, podem ser definidas como programas de ação governamental voltadas à concretização do direito à saúde, e funcionam como instrumento de convergência de interesses comuns e objetivos comuns, passando a formar uma coletividade de interesses. Segundo Bucci (2001)

> toda política pública é instrumento de um planejamento, racionalização e participação popular. Os elementos das políticas públicas são o fim da ação governamental, as metas nas quais se desdobra este fim, os meios alocados para a realização das metas e, finalmente, os processos de sua realização. (p.13).

Dessa forma, é através das políticas públicas que o governo racionaliza a prestação coletiva do Estado tendo como base as principais necessidades da população, embasando através de parâmetros técnicos as formas como serão aplicados, tais recursos e decidindo qual segmento da sociedade será mais privilegiado. A garantia de um direito demanda gastos públicos que devem ser previstos e orçados de acordo com as possibilidades, uma vez que, estes recursos são finitos.

O SUS surgiu como conquista depois de um longo período de reinvindicações e foi pautado na necessidade da concretização da agenda progressista construída pelo movimento sanitário dos anos 80. É importante ressaltar que o SUS foi criado em pleno processo de redemocratização do país, encontrando uma conjuntura mundial de crise fiscal e do Estado de bem-estar social em que passou a predominar a ideologia do “Estado mínimo”, segundo Pires e Demo (2006, p. 63) “É nesse contexto contraditório que o Sistema Único de Saúde se inscreve, trazendo em si as ambiguidades de se pretender universal, justo e democrático em plena crise mundial dos Estados de proteção social”.

Segundo Machado (2008) são poucos os países do mundo que nesta época seguiam a orientação do setor de saúde por uma visão universalista, como por exemplo, o modelo de saúde norte-americano, em que apenas os miseráveis comprovados, os aposentados e os veteranos de guerra têm direito a alguma forma de ação gratuita em saúde, e que, por isso, sequer configura um direito, mas

simplesmente um benefício em decorrência da condição social. De acordo com Levcovitz (2001)

> Se por um lado o contexto de crise econômica e democratização no anos 80 favoreceu o debate político na área da saúde que se refletiu nos avanços da Constituição brasileira de 1988 e em mudanças objetivas no sistema; nos anos 90, a concretização dos princípios do SUS estará em contínua tensão por diversos obstáculos estruturais e conjunturais. (p. 270)

O contexto da orientação política do país afetou profundamente o processo de construção do SUS, ocasionando um drástico sub-financiamento, precarização da remuneração e das relações de trabalho e uma onda de terceirizações privatizantes. Como afirma Santos (2007).

> O pensamento econômico dos gastos mínimos com a questão social e de focalização apenas na atenção básica de baixo custo e baixa potência estruturante tem sido uma das maiores barreiras à implementação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira e dos princípios e diretrizes da ***integralidade***, da ***igualdade***, da ***regionalização*** e da ***participação da comunidade*** na ***formulação das políticas e estratégias***. (p.431)

A lei 8.080/90 regulamenta e estabelece os campos de atuação do SUS, entre eles o de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. (art. 6º). Em 1998, através da Portaria GM/MS n. 3916, foi publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM) que buscava estabelecer as responsabilidades de cada esfera governamental, pautando-se em três princípios fundamentais: garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional de medicamentos e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.[2] Dessa forma, buscava-se racionalizar a assistência farmacêutica de forma a atender o maior número de pessoas com menor gasto público.

Apesar dos avanços nas políticas e ações públicas de assistência farmacêutica, ainda persistem as dificuldades de acesso da população aos medicamentos necessários a efetivação da assistência integral à saúde. No Brasil, estimou-se que, em 2000, 70 milhões de pessoas não tinham acesso a medicamentos, o que correspondia a aproximadamente 41% da população brasileira

[2] Medicamentos essenciais são aqueles que irão atender as necessidades prioritárias de saúde de uma população (OMS, 2002, p, 1).

(VIEIRA; ZUCHI, 2007). Segundo Machado (2008, p. 75) “Tais limites encontrados pelo SUS evidenciam a seguinte contradição: a própria “Constituição Cidadã”, assim declarada no ato de sua proclamação, tem como finalidade garantir direitos na área da saúde que, na prática, não são assegurados plenamente.”

Baseados nesta contradição, diversos grupos da sociedade têm buscado no campo do Direito a materialização de seus direitos constitucionais, dessa forma, o Judiciário é chamado a atuar com o objetivo de garantir que a Administração Pública cumpra suas obrigações perante o cidadão. Conforme salienta Morais e Nascimento (2007)

> E é apenas neste contexto que ganha sentido se discutir a judicialização da política como uma consequência inescapável a um Estado que se apresenta como de bem-estar, mas que se executa como de mal-estar [...]. Ora, se os sucessos do Estado Social fossem incontestáveis e não contrastáveis não se discutiria o problema, e.g., do fornecimento de medicamentos – no âmbito do direito à saúde como um dever do Estado. (p.255).

Ao amplo fenômeno de reclame de bens e direitos nas cortes, entre eles: insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas protegidas pelo direito à saúde, dá-se o nome de Judicialização da saúde.

3.2: O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

O primeiro registro decorrente do estudo da judicialização de políticas públicas foi atribuído a Aléxis de Tocqueville (2003), que a partir da observação da sociedade americana no período de consolidação da democracia destacou que “[...] não existe praticamente questão política nos Estados Unidos que não seja resolvida cedo ou tarde como se fosse uma questão jurídica”.

A disputa pela efetivação dos direitos sociais pelo Poder Judiciário é uma das marcas da contemporaneidade. O distanciamento entre o direito conquistado e o direito vigente reflete na busca da via judicial para preservar suas garantias. Passados dois séculos e o fenômeno observado por Tocqueville pode ser registrado atualmente em diversos países, independentemente de sua orientação econômica ou ideológica.

Tate e Vallinder (1995) identificam a liberdade decorrente da universalização dos regimes democráticos como fator determinante do processo de expansão da judicialização, compreendida como uma consequência inescapável da democratização dos estados nacionais, da constitucionalização de direitos e de garantias fundamentais (REIS JUNIOR, 2008). Para Reis Junior (2008):

> A participação do Poder Judiciário no processo de criação e consolidação de novos direitos, bem como no saneamento das omissões do governo revela um ambiente original para onde vão se encaminhando as novas demandas políticas da sociedade, imputando-se a ele uma parcela de poderes decisórios, outrora típicos do Legislativo e do Executivo. (p.7).

No Brasil, a mobilização da sociedade civil em meados da década de 80 e o envolvimento das pessoas com a Síndrome Imunodeficiente Adquirida (AIDS/HIV), através de organizações cujo objetivo era dar voz às reinvindicações das pessoas soropositivas, seguiu a tendência internacional. A participação destas organizações em instancias de controle social como o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de AIDS, em organizações não-governamentais sobre Aids (ONG/AIDS), além de entidades estaduais e municipais, contribuiu fortemente para a expansão e manutenção dos direitos das pessoas vivendo com a doença.

Em 1991, foi implantada pelo Ministério da Saúde uma política de distribuição de medicamentos antirretrovirais e para infecções oportunistas, porém até o ano de 1996 havia constante irregularidade no fornecimento destes medicamentos, o que comprometia o tratamento da maioria das pessoas vivendo com AIDS. Segundo Mayr (2010):

> A insuficiência e instabilidade na oferta dos poucos antirretrovirais disponíveis no mercado e dos demais medicamentos para o tratamento das infecções oportunistas foram os pontos marcantes de uma assistência farmacêutica desprovida de logística eficiente, que onerava os estados e municípios. (p.31).

Em 1996 foi sancionada a Lei nº 9.313 que garante aos portadores do vírus da AIDS de receber gratuitamente, através do SUS, todos os medicamentos necessários ao tratamento. A responsabilidade de aquisição e distribuição dos medicamentos é do Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de AIDS. Enquanto que a responsabilidade pela oferta do tratamento de doenças

oportunistas, em decorrência da infecção pelo vírus HIV, é das Secretaria Estaduais e às Secretarias Municipais de Saúde competem a distribuição dos medicamentos.

Os estudos sobre ações judiciais requerendo medicamentos para o tratamento da AIDS demonstram que antes do ano de 1996 todas as ações (individuais e coletivas) encaminhadas à justiça eram negadas, enquanto que a partir desta data, quase todos os pedidos foram aceitos pelo Poder Judiciário (GOUVEA, 2003 *apud* MACHADO, 2008). Esta mudança na postura do Poder Judiciário pode ser atribuída à criação da Lei nº 9.313/96 que passa a definir as responsabilidades entre União, Estados e Municípios.

A partir de 1997, com a estruturação do Programa Nacional de DST/AIDS e a distribuição gratuita e organizada dos medicamentos para combate à AIDS, houve uma expressiva redução dos processos judiciais neste sentido. A grande quantidade de ações para garantia do tratamento medicamentoso para AIDS proporcionou uma ampliação na própria lei, provocando o Legislativo para a criação desta lei e o Executivo para a adoção desta política. Segundo Machado (2008):

> Contrariamente à perspectiva de que a interferência do Poder Judiciário provocaria uma retração da cidadania (por diminuir o peso das instâncias eleitas do Estado de Direito, isto é, o Poder Legislativo e o Poder Executivo), no caso aqui destacado, ela possibilitou a ampliação desta (ainda que não pelas vias da democracia representativa tradicional), mediando o acesso dos cidadãos às instâncias legisladoras e executoras das leis (pela via de uma democracia, por assim dizer, mais participativa). (p.79).

O resultado foi a ampliação da cidadania por meio da participação, apesar de restrita a alguns grupos organizados da sociedade, que passaram a atuar como agentes provocadores da justiça. Segundo Capelletti (1993), esta ampliação do Poder Judiciário teria o objetivo de transpor as dificuldades que os Poderes Executivo e Legislativo apresentam em concretizar a vontade popular.

Inicialmente, a criação de uma lei específica para o fornecimento de anti-retrovirais, por delimitar o campo de aplicação da lei, poderia ter significado na diminuição da interferência do Poder Judiciário no campo da saúde, entretanto, o que se observou foi justamente o contrário. Para Machado (2008, p.79) “Se antes do art. 196 era considerado uma norma pragmática, a partir do ano de 1997 o mesmo texto passou a ser reconhecidamente uma norma constitucional de plena eficácia”. Segundo Gouvea (2003) *apud* Machado (2008, p.79) “impulsionadas por esta

mudança no padrão decisório, ações versando o fornecimento de medicamentos para outras doenças foram se tornando cada vez mais frequentes e com maior porcentagem de êxitos".

Os pedidos judiciais se respaldam numa prescrição médica e na suposta urgência da obtenção do medicamento, ou da realização de exames diagnósticos e procedimentos, considerados fundamentais para a solução de um determinado problema de saúde. A escolha da via judicial como solução ao "problema" pode ocorrer com o objetivo de pressionar a incorporação do medicamento/procedimento no SUS ou pela ausência ou deficiência da prestação do serviço na rede estatal. Dessa forma, pode-se dizer que a judicialização da saúde indica problemas no acesso à saúde em seu sentido mais amplo, isto é, como uma consequência do desempenho dos sistemas de saúde em relação à oferta, e que o fenômeno pode ser considerado em recurso legítimo para impelir o Estado a cumprir as promessas constitucionais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Um dos aspectos da assistência à saúde que mais tem sido alvo das ações judiciais é a assistência farmacêutica, ou seja, a busca pela garantia do acesso a medicamentos não disponibilizados no serviço público, em razão de preços abusivos praticados pelos fabricantes ou de falta de estoque, falta de padronização do uso, registro no país e de comprovação científica de eficácia. (CHIEFFI; BARATA, 2009)

Em um levantamento efetuado pelo CONASS junto às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), as causas mais comuns de ingresso das ações judiciais foram a falta do medicamento; recusa para efetuar o fornecimento pelo desacordo entre a prescrição e os critérios estabelecidos no PCDT do Ministério da Saúde e medicamento não padronizado (CONASS, 2007).

Como visto anteriormente, a assistência farmacêutica, com base bases nas doutrinas e diretrizes do SUS, organiza-se de forma a oferecer os medicamentos essenciais à população através de programas respeitando os princípios da racionalidade e embasados em dados epidemiológicos. Os medicamentos padronizados são avaliados em relação à efetividade e eficiência levando sempre em consideração a relação custo/benefício.

Diante de uma solicitação de medicamentos, a resposta judicial geralmente limita-se a determinar o cumprimento pelos gestores de saúde respaldando-se em uma prescrição médica individual. No entanto, na maioria das vezes, o insumo requerido nem sempre está em conformidade com os Protocolos Clínicos e

Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelas instâncias do SUS, ou está incluso nas listas de medicamentos padronizados e financiados pelo sistema públicos. Em alguns casos o medicamento requerido não possui nem a autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para circularem no Brasil.

Por outro lado, se o medicamento requerido possui o registro na ANVISA, deve-se verificar ainda para qual indicação foi realizado o registro. Caso o medicamento estiver sendo utilizado para uma indicação diferente daquela registrada, pode-se caracterizar um uso *off label*, que ocorre quando um medicamento é utilizado para uma indicação diferente daquela registrada e não tem evidências científicas para a referida indicação. (ANVISA, 2005)

Outro tema relevante refere-se ao *marketing* comercial e/ou *lobby* exercido pela indústria e comércio farmacêutico, junto a segmentos sociais (pesquisadores, pacientes, médicos) e governamentais, para incorporação de seus produtos, resultando na estimulação da demanda judicial como forma de incorporação de novos medicamentos. Muitas vezes, estes novos medicamentos possuem alternativas terapêuticas seguras e comprovadas, já padronizadas nas listas de medicamentos do sistema de saúde. (VENTURA *et al*, 2010)

Este posicionamento do Judiciário tem gerado uma forte tensão e discussão sobre a legitimidade e a competência técnica e/ou legal-institucional do poder judicial, para decidir o conteúdo e a forma de prestação estatal a ser cumprida pelo Executivo. Para Ventura *et al* (2010).

> Esta deliberação, a princípio, é de competência dos Poderes Executivos em conjunto com as instâncias deliberativas da gestão administrativa do SUS, considerando as implicações orçamentárias e técnicas que envolvem a incorporação de tecnologias – em especial, as novas tecnologias – na assistência à saúde individual e coletiva. (p.85).

De acordo com Gouvea (2003 apud MACHADO, 2008):

> Autoridades e diretores de unidades médicas afirmam, que, constantemente, uma ordem judicial impondo a entrega de remédio a um determinado postulante acaba por deixar sem assistência farmacêutica outro doente, que já se encontrava devidamente cadastrado junto ao centro de referência. (p.80).

Em muitos casos, a ordem judicial obriga o Estado a arcar com o pagamento imediato do medicamento sem que os mesmos passem por um processo de licitação, gerando um grande desequilíbrio nas contas públicas e, principalmente, no orçamento destinado à saúde.

Além da questão orçamentária, muitas das decisões judiciais ferem os princípios do SUS, principalmente o da equidade, que assegura que todo cidadão é igual perante o SUS e que será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer a todos. O acolhimento das demandas judiciais por medicamentos não previstos nos protocolos e padronizados nos programas de saúde significa estabelecer privilégios para indivíduos com acesso à justiça.

3.3: CORRENTES JURÍDICAS SOBRE A EFICÁCIA DO DIREITO À SAÚDE

Atualmente, existe na doutrina jurídica, três correntes que versam quanto à exigibilidade do direito à saúde, estas se desdobram em análises acerca da possível atuação do Judiciário na determinação do fornecimento de insumos pelo SUS. De acordo com Ventura *et al* (2010, p. 86) são elas:

> 1. Uma primeira posição entende que a eficácia desse direito deve ser restrita aos serviços e insumos disponíveis do SUS, determinados pelo gestor público. 2. Uma segunda compreende que o direito à saúde implica garantia do direito à vida e integridade física do indivíduo, devendo o Judiciário considerar a autoridade absoluta do médico que assiste ao autor da ação judicial, obrigando o SUS a fornecer o tratamento indicado. 3. Uma terceira posição defende que a eficácia do direito à saúde necessita ser mais ampla possível, devendo o Judiciário – na análise do caso concreto – ponderar direitos, bens e interesses em jogo, para fixar o conteúdo da prestação devida pelo Estado. (p.86).

Segundo Leivas (2006) *apud* Ventura *et al* (2010), a terceira corrente é a que se revela mais adequada à compreensão da união entre direito e saúde, como garantia do cidadão ao acesso à justiça e acesso à saúde. Neste sentido, o juiz deverá levar em conta, por exemplo, se existem alternativas terapêuticas, oferecidas pelo SUS, atendem as necessidades do demandante, sem prejuízos ao seu tratamento; ou se a prescrição médica individual requeria, comparada a alternativa disponível no SUS e respaldada por evidências científicas, é o único meio eficiente para garantir a saúde do requerente.

Uma forma de diminuir as demandas judiciais seria a atualização constante dos PCDTs e/ou a distribuição regular dos medicamentos padronizados. Em seu estudo, Romero (2008) que observou os efeitos da judicialização da política de assistência farmacêutica no Distrito Federal no período de 2001 a 2005, identificou que as ações judiciais solicitando medicamentos para determinadas condições patológicas, tiveram um grande aumento no ano de 2002, em comparação com os anos anteriores, e posterior queda em 2003. Como destaque está a esclerose múltipla que apresentou 12 ações judiciais julgadas pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJDF) em 2002 e nenhuma ação até 2005. A queda do número das ações judiciais coincide com a divulgação dos PCDT para diversas doenças, entre elas a esclerose múltipla.

Porém até o momento, mesmo os estudos que enfatizam os aspectos negativos da judicialização da saúde, indicam que existe um grande descompasso entre a oferta e a demanda do cidadão no sistema público, e um atraso na incorporação de novas tecnologias no SUS, que acaba por refletir na crescente demanda judicial. Segundo Ventura *et al* (2010, p. 87) “Uma das principais divergências identificadas na discussão está relacionada ao modo como uma sociedade democrática deve solucionar este déficit entre demanda e oferta de novas tecnologias, considerando a escassez de recursos e sua justa distribuição”

3.4: EIXOS DE INTERPRETAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO

De acordo com Vianna (1999) a judicialização do acesso à saúde pode ser discutida a partir de dois eixos interpretativos. O primeiro deles, denominado *procedimentalista* representado por Habermas e Garapon, afirma que este fenômeno contribui para a diminuição (ou privatização) da cidadania, pois “a judicialização da política e do social seria, então, um mero indicador de que a justiça se teria tornado um último refúgio de um ideal democrático desencantado” (VIANNA, 1999, p. 25). Dessa forma, a crescente ampliação do direito teria efeito de esvaziar os ideais e as práticas da liberdade. Para Vianna (1999)

> Fazer com que a efetividade dos direitos sociais seja subsumida ao campo do direito, por fora, portanto, do terreno livre da sociedade civil, conduziria a uma cidadania passiva de clientes, em nada propícia a uma cultura cívica e

> às instituições da democracia, na chave negativa com que Tocqueville registrou a possibilidade de que a igualdade pudesse trazer perda à dimensão da liberdade. A igualdade somente daria bons frutos quando acompanhada por uma cidadania ativa, cujas práticas levassem ao contínuo aperfeiçoamento dos procedimentos democráticos, pelos quais o direito deveria zelar, abrindo a todos a possibilidade de intervenção no processo de formação da vontade majoritária [...]. Desse eixo viria a compreensão de que a invasão da política pelo direito, mesmo que reclamada em nome da igualdade, levaria à perda da liberdade, 'ao gozo passivo de direitos', 'à privatização da cidadania', ao paternalismo estatal, na caracterização de Habermas, e, na de Garapon, 'à clericalização da burocracia', 'a uma justiça de salvação', com a redução dos cidadãos ao estatuto de indivíduos clientes de um Estado providencial. (p.23)

De acordo com o eixo *procedimentalista*, a judicialização da saúde estaria contribuindo para intensificar a assimetria de direitos na sociedade brasileira, uma vez que, os direitos individuais ou de alguns grupos prevaleceriam à coletividade. Sendo assim, seriam privilegiados os indivíduos com poder aquisitivo para contratar um advogado ou com conhecimento para acionar o Estado.

O segundo eixo, denominado *substancialista,* representado por Cappelletti e Dworkin, afirma que a judicialização atuaria como uma extensão da democracia e uma ampliação da democracia. De acordo com Cappelletti (1993, p. 34) "o Poder Judiciário pode contribuir para o aumento da capacidade de incorporação do sistema político, garantindo a 'grupos marginais', destituídos de meios para acessar os 'poderes políticos', uma oportunidade para a vocalização de suas expectativas de direito". Neste mesmo sentido "a política se judicializa a fim de viabilizar o encontro da comunidade com seus propósitos, declarados formalmente na Constituição" (CAPPELETTI, 1993, p.40).

Pode-se dizer, desta forma, que a ampliação da atuação da justiça no acesso à assistência à saúde tem impacto sobre a gestão, influenciando a tomada de decisão pelos profissionais envolvidos, dessa forma, a relação estabelecida entre acesso à justiça e à saúde pode ter um "efeito benéfico na responsabilização do Estado em desenvolver procedimentos adequados de incorporação, compra e distribuição de procedimentos terapêuticos pela rede pública (BAPTISTA, 2009, p.829).

Contudo, esta prática, corre o risco de desenvolver a via judicial como principal forma de acesso a medicamentos, e nesse sentido, causar prejuízos à efetividade do direito à saúde, com violação de princípios éticos e legais, como a cidadania e o acesso igualitário e universal à saúde.

Neste sentido, surge uma importante questão: até que ponto as demandas judiciais por medicamentos atendem realmente a quem precisa? Qual é o perfil deste grupo que busca, por meios jurídicos, o atendimento de suas necessidades? E de que forma o atendimento a demandas individuais impactam sobre o atendimento as demandas coletivas?

A fim de validarmos estas hipóteses, o presente estudo traçará o perfil dos demandantes de medicamentos por via judicial no município de Itaperuna, com o objetivo de identificar quais são os grupos da sociedade que buscam a efetivação de seus direitos, e se estes grupos são formados por cidadãos com dificuldade de acesso ao sistema de saúde, ou, se na verdade, são constituídos por pessoas com condições financeiras para custear um advogado, ou com conhecimento suficiente para acessar a justiça pública.

3.5: ESTUDOS SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Vários estudos sobre a judicialização do acesso a medicamentos vêm sendo feitos, no estado do Rio de Janeiro pode-se destacar os realizados pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca em seu programa de pós-graduação. Como exemplo, pode-se citar a pesquisa realizada por Tatiana Aragão Figueiredo (2010) em sua dissertação de mestrado intitulada “Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro: A aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão”.

Nesta pesquisa a fonte utilizada foram os dados fornecidos pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJ/RJ), a base de dados da Central de Mandados da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC/RJ) e da Superintendência de Assistência Farmacêutica do Estado do Rio de Janeiro (SAFIE/RJ).

Na análise foram identificados 7.458 processos referentes ao “fornecimento de medicamentos”, sendo 1.932 (25,9%) no ano de 2006; 3.378 (45,3%) em 2007 e 2.148 (28,8%) em 2008, ano final da pesquisa. Para a análise foram selecionados os processos iniciados no período de julho de 2007 a junho de 2008 que obedeciam aos critérios de inclusão estabelecidos pela pesquisadora, totalizando 1263

processos, dos quais 281 foram selecionados através de amostragem aleatória simples.

Os resultados demonstraram que 86,2% dos autores das ações residiam no município do Rio de Janeiro, em relação à origem da prescrição médica que originou a ação 62,9% não possuía o dado sobre a unidade de saúde de origem e para os que possuíam este dado, 90,5% era originária do SUS. Não foi encontrado nenhum paciente originário de estabelecimento privado e apenas 9,5% dos pacientes eram originários de estabelecimentos privados sem fins lucrativos. Houve solicitação de pelo menos um medicamento do componente especializado para 139 (49,5%) pacientes.

Em relação à análise dos medicamentos demandados encontrou-se uma média de 2,8 medicamentos por paciente e foram encontradas 804 solicitações de medicamentos correspondentes a 356 medicamentos diferentes. A classificação dos medicamentos solicitados segundo o 1º nível da ATC (Classificação Anatômica Terapêutico Química) indicou que os grupo anatômicos mais frequentes foram o aparelho digestivo e metabolismo (23,6%), sistema cardiovascular (19,2%), sistema nervoso central (14,7%), agentes antineoplásicos (8,6%) e sangue e órgão hematopoiéticos (7,8%).

No 2° nível ATC os subgrupos terapêutico/farmacológico mais frequentes foram os medicamentos usados para diabetes (13,2%), oftalmológicos (5,6%), fármacos para doenças de obstrução das vias aéreas (5,4%), agentes antitrombóticos (5,3%) e antiepiléticos (4,6%).

Dos 356 medicamentos identificados, 85 (23,9%) faziam parte da RENAME 2006, 229 (66,6%) não estão presentes em nenhum componente de financiamento da Assistência Farmacêutica. Verificou-se também que 180 (64,1%) pacientes possuem ao menos um medicamento não pertencente a alguma lista de financiamento e 139 (49,5%) pacientes há a solicitação de ao menos um medicamento do componente especializado.

Outro trabalho apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca foi o estudo de Danielle da Costa Leite Borges (2007) em sua dissertação de mestrado intitulada “Uma análise das ações judiciais para medicamentos no âmbito do SUS: o caso do estado do Rio de Janeiro no ano de 2005”. A pesquisa utilizou os dados coletados junto à Secretaria de Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ) e ao TJ-RJ, referentes às ações judiciais propostas no ano de 2005 por usuários do SUS

contra o Estado do Rio de Janeiro, tendo como objetivo o fornecimento de medicamentos. Foram identificadas 2.062 ações judiciais com sentença proferida pelo Juiz no momento da análise. Destes, apenas 704 continham informações sobre os medicamentos pleiteados. Foram identificados 334 medicamentos diferentes, sendo que 175 (52%) estavam padronizados pelo Ministério da Saúde, fazendo parte de programas específicos ou listados na RENAME, os outros 159 (48%) medicamentos não faziam parte de nenhuma lista de financiamento.

Pode-se citar também o estudo apresentado por João Maurício Brambati Sant'Ana (2009) em sua dissertação de mestrado "Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro". A pesquisa foi composta por 27 processos que atenderam aos critérios de inclusão propostos pelo pesquisador.

Em relação ao tipo de representação do autor, identificou-se que 19 (70,4%) dos processos eram representados pela Defensoria Pública e 08 (29,6%) eram representados por advogados particulares. Quanto à origem da prescrição médica, mais da metade das ações (55,6%) continham prescrições originadas do SUS.

A classificação dos medicamentos solicitados segundo o 1º nível da ATC indicou que os grupos anatômicos mais freqüentes foram (C) sistema cardiovascular (41,6%); (N) sistema nervoso central (27,4%); (R) sistema respiratório (8,0%); (B) sangue e órgãos hematopoiéticos (6,2%) e (A) aparelho digestivo e metabolismo (6,2%).

Os fármacos mais solicitados nas ações, segundo o 5º nível da ATC, foram: furosemida (5,4%); digoxina (4,5%); clonazepam (4,5%); ácido acetilsalicílico (3,6%); enalapril (3,6%) e bromazepam (3,6%), sendo que apenas este último, dos citados, não pertencia à lista oficial de fornecimento gratuito.

O estudo também identificou que mais da metade (57,4%) dos medicamentos solicitados pertencia a alguma lista oficial de fornecimento gratuito, sendo que 45,2% pertenciam à Rename 2002 e 32,2% pertenciam às outras listas oficiais.

É importante salientar que a competência de atendimento de medicamentos e insumos é compactuda, sendo assim, as três esferas de gestão pública podem configurar-se como parte ré. No entanto, devido ao processo de descentralização dos serviços de saúde instituidos na PNM cabe ao município como ente mais próximo da parte o atendimento de suas necessidades.

As pesquisas acima apresentadas analisam apenas mandados judiciais impenetrados contra o Estado do Rio de Janeiro, dessa forma, a análise judicialização do acesso a medicamentos à nível municipal pode servir como instrumento fundamental para o conhecimento das dinâmicas deste fenômeno.

4: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO MUNICÍPIO DE ITAPERUNA

4.1: CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO

O Município de Itaperuna pertence à Região Noroeste Fluminense (Figura 2), que também abrange os municípios de Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Italva, Itaocara, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai. Possui uma área total de 1.105,3 por km^2, correspondentes a 20,6% da área da Região Noroeste Fluminense.

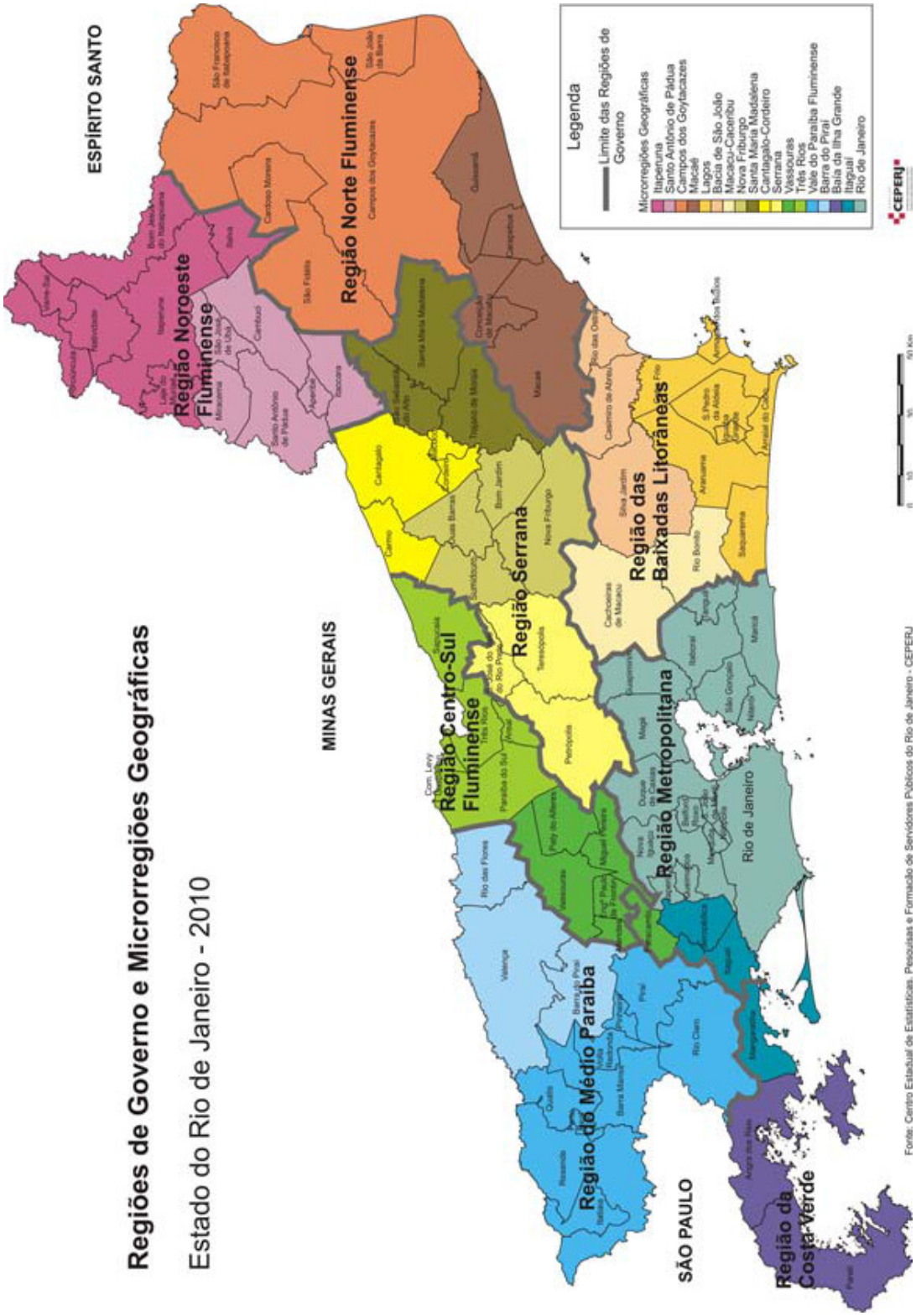

Figura 2: Regiões de Governo e Microrregiões Geográficas
Fonte. Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE/RJ) (2012).

O Município é constituído de 7 distritos, sendo eles Aré, Boa Ventura, Comendador Venâncio, Itajara, Nossa Senhora da Penha, Raposo e Retiro do Muriaé.

Em 2010, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Itaperuna tinha uma população de 95.841 habitantes, com uma proporção de 94,5 homens para cada 100 mulheres. A densidade demográfica era de 86,7 habitantes por km^2 de sua região e a taxa de urbanização correspondia a 92%. Em 2013, segundo a estimativa do IBGE, a população era de 98.004 habitantes.

A comparação entre as pirâmides etárias construídas pelos censos 2000 e 2010 (Figura 3) revela mudanças no perfil demográfico municipal, com estreitamento da base e alargamento do meio, com diminuição da taxa de fecundidade e diminuição da mortalidade. Dessa forma, observa-se a diminuição do número de pessoas dos grupos contidos na faixa de 0 a 24 anos e de 35 a 39 anos, e um significativo aumento do número de pessoas do grupo de idade de 25 a 29 anos e dos grupos que vão de 40 a 94 anos.

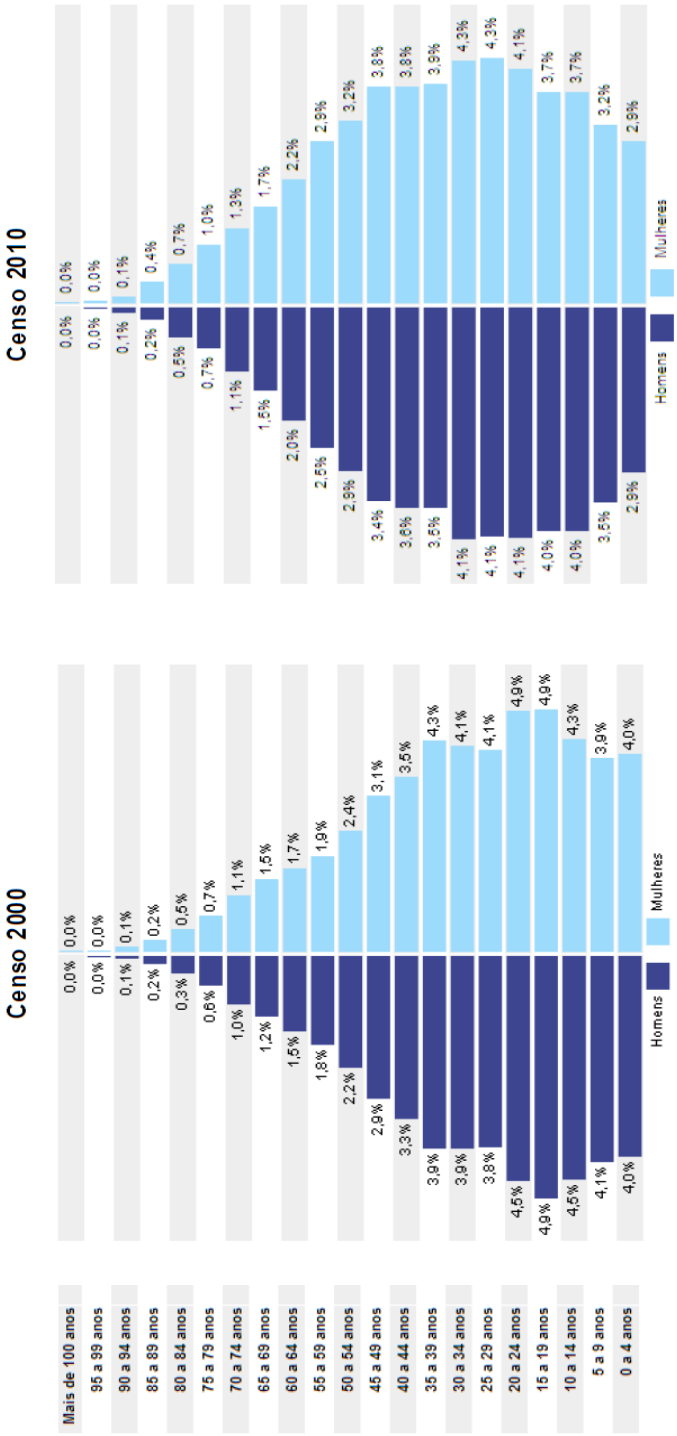

Figura 3: Distribuição da População por Sexo, Segundo os Grupos de Idade, Conforme os Censos de 2009 e 2010
Fonte. Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE/RJ) (2012).

A distribuição de habitantes por zona de moradia (Figura 4), de acordo com o censo de 2010, demonstra uma maior concentração da população na sede administrativa do município, com 76,6% dos moradores, enquanto nos distritos moravam 23,4% da população.

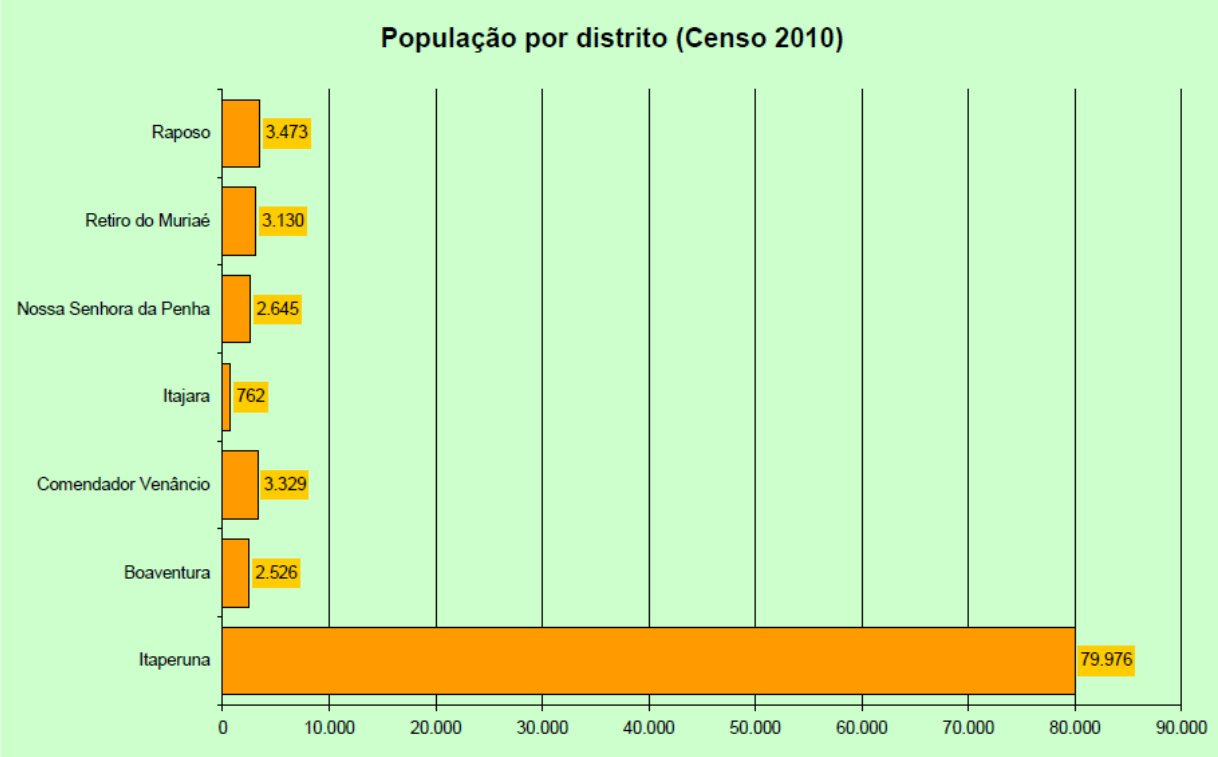

Figura 2: Distribuição local da população de acordo com censo 2010
Fonte. Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE/RJ) (2012).

Na economia do Município são predominantes as atividades do setor terciário (comércio e prestação de serviços) 58,2%, seguido do setor secundário (indústrias) 23,4% e do setor primário (agropecuária) 20%. (TCE-RJ, 2012)

É importante ressaltar que a Região Noroeste é a mais pobre do Estado do Rio de Janeiro e contribui com apenas 0,71% do Produto Interno Bruto (PIB) estadual. (TCE-RJ, 2007)

4.2: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO MUNICÍPIO

O sistema de saúde do Município é composto por um conjunto de serviços hierarquizado, organizado e gerido pela Secretaria Municipal de Saúde, como um subsistema da Secretaria Estadual de Saúde.

Segundo o departamento de informática dos SUS (DATADUS), departamento responsável pela base de dados do Ministério da Saúde, o Município contava em dezembro de 2009 com 276 estabelecimentos de saúde, sendo 40 unidades do

serviço público e 3 filantrópicas. Destes estabelecimentos de saúde, 74 atendiam pacientes do SUS.

O Município possui 18 postos de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se trata de um modelo assistencial da Atenção Básica, fundamentado na atuação de equipes multiprofissionais e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades da população. Além deste, existem mais três unidades que realizam serviços de menor complexidade que estão localizados na zona rural.

4.2.1: A Assistência Farmacêutica no Município

O serviço público do Município conta com três farmácias responsáveis pela dispensação de medicamentos ao nível ambulatorial, são elas: Farmácia de Dispensação Especializada, Farmácia Básica e Farmácia Judicial, todas localizadas próximo à sede da Secretaria Municipal de Saúde, no bairro centro. Existem outros postos de dispensação de medicamentos exclusivos de alguns programas tais como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), DST/Aids, Tuberculose, Hanseníase, Saúde da Mulher.

A Farmácia de Dispensação Especializada faz parte do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica e atua na dispensação de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas e/ou raras e muitas vezes os medicamentos possuem alto custo. Para a entrega dos medicamentos é necessário realizar um cadastro que segue critérios específicos definidos pelos PCDT do Ministério da Saúde. Cabe a cada Estado definir a lista de medicamentos a serem dispensados e para qual patologia ele estará disponível.

A dispensação dos medicamentos especializados é organizada através de polos onde são realizados o cadastro e a entrega de medicamentos e o Município de Itaperuna é um deles. Fazem parte da área de abrangência do polo de entrega de medicamentos especializados de Itaperuna os Municípios de Varre-Sai, Porciúncula, Natividade, Italva, Cardoso Moreira e Laje do Muriaé.

A Farmácia Básica é a unidade responsável pela dispensação dos medicamentos básicos ou essenciais destinados à Atenção Primária em Saúde, satisfazendo as necessidades prioritárias de cuidado da saúde da população. Os

medicamentos entregues estão relacionados na REMUME e são financiados pelas três esferas de gestão, sendo que dois grupos de medicamentos e insumos são financiados integralmente pelo Ministério da Saúde, são eles medicamentos injetáveis para diabetes e anticoncepcionais e insumos para contracepção.

A Farmácia Judicial é responsável pelo atendimento às demandas judiciais para medicamentos e insumos e não possui lista pré-definida de dispensação, uma vez que, as demandas são diversas. As primeiras ações judiciais demandando medicamentos para o Município ocorreram 2003, em seguida verificou-se um aumento expressivo do número de ações judiciais, como demonstra a Figura 5 que ilustra a distribuição dos processos pelo ano de entrada.

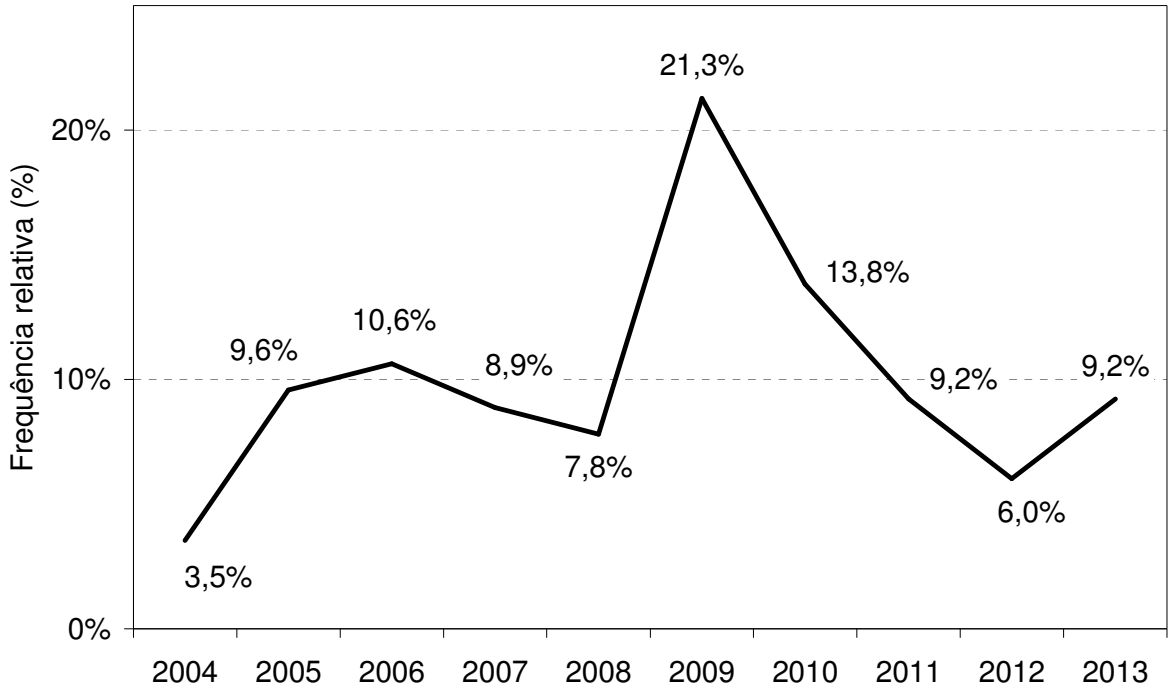

Figura 3: Distribuição dos processos judiciais para medicamentos por ano de entrada.
Fonte: Banco de dados Farmácia Judicial, Itaperuna, RJ.
Elaborado pelo autor.

É possível observar o aumento constante do número de processos até 2006 e posterior queda em 2007 e 2008. Em 2009 o número de ações judiciais impenetradas contra o Município praticamente dobrou, fato que pode ser explicado pela existência de processos administrativos através dos quais o Município realizava a entrega de medicamentos sem a necessidade da ordem judicial, avaliando apenas

a necessidade e a prescrição médica, porém com a mudança do grupo político nas eleições de 2008, o atendimento aos processos administrativos foi suspenso a partir de outubro gerando um grande afluxo de solicitações judiciais no ano de 2009.

O ano de 2012 se destaca pelo baixo número de solicitações, o que pode ser explicado pelas dificuldades do Município no atendimento dos mandados cadastrados, com constante falta de medicamentos, o que ocasionou o descrédito do cidadão com via judicial como forma de atendimento de suas necessidades.

O crescimento exponencial do número de mandados judiciais solicitando medicamentos poderia provocar profundo impacto financeiro ao Município, uma vez que, recursos que poderiam ser usados a favor de uma coletividade acabariam sendo aplicados para atender a uma pessoa ou grupo de pessoas, contrariando inclusive, alguns princípios do SUS como a equidade e o acesso universal à saúde. Evidenciando uma possível conformidade do caso de Itaperuna com a corrente de interpretação representada por Habemas e Garapon (2010, p.254).

Desta forma, torna-se necessário conhecer as particularidades das demandas judiciais de acesso a medicamentos, traçar o perfil dos demandantes e dos medicamentos solicitados com o objetivo de auxiliar a gestão municipal a traçar estratégias ou resolver problemas que levem ao cidadão a buscar a via judicial como forma de garantir seu direito constitucional. Para isso, foi realizado um estudo de caso sobre as demandas judiciais de acesso a medicamentos em Itaperuna e os procedimentos realizados para o estudo são explanados no próximo capítulo.

5: METODOLOGIA

O estudo corresponde a uma pesquisa documental exploratória, de caráter quali-quantitativo cujo universo de pesquisa foi composto pelos mandados judiciais solicitando medicamentos e insumos atendidos e arquivados na unidade responsável pela entrega dos medicamentos, a farmácia municipal para atendimento a mandados judiciais.

5.1: SELEÇÃO DA AMOSTRA

No período em que foi realizada a análise, dezembro de 2013, foram identificados 1367 processos ativos e a amostra selecionada para o estudo foi de 315 processos (23%). Durante a análise 33 processos selecionados foram extintos por determinação judicial ou houve o falecimento do autor da ação, desta forma, estes foram excluídos do universo da análise, totalizando 282 processos na amostra. (20,6%)

5.2: COLETA DE DADOS

Para realizar a amostragem foi utilizado o banco de dados da farmácia onde estavam cadastrados todos os processos arquivados no setor, para chegar ao universo da amostra foi realizada uma amostragem sistemática aleatória, com intervalo de amostra igual a 4.

Após a definição dos processos a serem analisados foi criada uma planilha para a coleta dos dados contendo 14 questões fechadas, os dados foram levantados através de análise manual de cada um dos processos judiciais.

As variáveis de interesse foram definidas por Pepe (2011), cujo projeto desenvolveu uma metodologia de avaliação e monitoramento das demandas judiciais individuais no Brasil, tendo como modelo o Estado do Rio de Janeiro. Para este estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

I- Características sócio demográficas do demandante da ação:

1) Sexo
2) Idade
3) Bairro de moradia
4) Ocupação
5) Estado civil
6) Rendimentos

II- Características processuais

1) Representação do autor da ação
2) Tipo de réu da ação

III- Características médico-sanitaristas

1) Proporção de ações que continham pelo menos um medicamento da RENAME
2) Proporção de ações que continham pelo menos um medicamento do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica
3) Origem da prescrição médica
4) Medicamentos prescritos por subgrupo terapêutico/farmacológico/substância química

IV- Características político-administrativas

1) Proporção de medicamentos, por bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica.
2) Proporção de ações judiciais que demandam ao menos um medicamento que esteja fora dos componentes do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica.

5.3: PROCEDIMENTOS

Os medicamentos solicitados nas ações judiciais foram classificados pela Classificação Anatômico Terapêutico Químico (ATC), de acordo com a recomendação da Organização Mundial de Saúde. Segundo a ANVISA, no sistema de classificação ATC, as drogas são divididas em diferentes grupos, de acordo com o órgão ou sistema em que eles atuam e suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas. Esta classificação utiliza cinco níveis, sendo o primeiro dividido em quatorze grupos principais relacionados aos ou sistema em que atuam. O segundo nível classifica o grupo terapêutico principal. Os terceiro e quarto níveis correspondem a subgrupos químicos/farmacológicos/terapêuticos, e o quinto nível, à substância química. Toma-se a fármaco sinvastatina como exemplo segundo a classificação ATC (Tabela 2).

Tabela 2: Classificação do fármaco sinvastatina segundo o código ATC

1° nível, grupo anatômico principal	C	Sistema Cardiovascular
2° nível, subgrupo terapêutico	C10	Hipolipemiantes
3° nível, subgrupo farmacológico	C10A	Hipolipemiantes simples
4° nível, subgrupo químico	C10AA	Inibidores da HMG CoA redutase
4° nível, subgrupo químico	C10AA01	Sinvastatina

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Posteriormente à classificação ATC, foram selecionados os itens mais solicitados e estes foram correlacionados à classificação ATC, e ainda, foram analisados os grupos anatômicos em que atuam (nível 1 da classificação ATC) e os subgrupos farmacológicos (nível 3 da classificação ATC) mais solicitados nas ações judiciais.

Em relação ao bloco de financiamento dos medicamentos demandados foi verificada a presença do medicamento na RENAME e nas principais listas oficiais de fornecimento gratuito de medicamentos por meio da consulta à RENAME 2013, à REMUME 2013 e a lista de medicamentos autorizados pelo Componente Especializado de Assistência Farmacêutica.

Os itens de análise sexo do demandante, idade, bairro de moradia, ocupação, estado civil, ano de entrada do processo, representação do autor, tipo de réu da ação e origem da prescrição foram analisados através de freqüência simples, considerando as variáveis encontradas durante o estudo.

A análise do rendimento informado foi realizada transformando o valor informado no mandado em valores correspondentes a salário mínimo, corrigidos de acordo com o valor do salário praticado no ano da entrada do processo, utilizando como base a tabela de evolução dos valores nominais do salário mínimo, disponibilizada pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

6: RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1: CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS DO DEMANDANTE DA AÇÃO

6.1.1: Sexo

Dos 282 processos judiciais analisados 70% (196) tinham como autor da ação mulheres e 30% (86) homens (Figura 6).

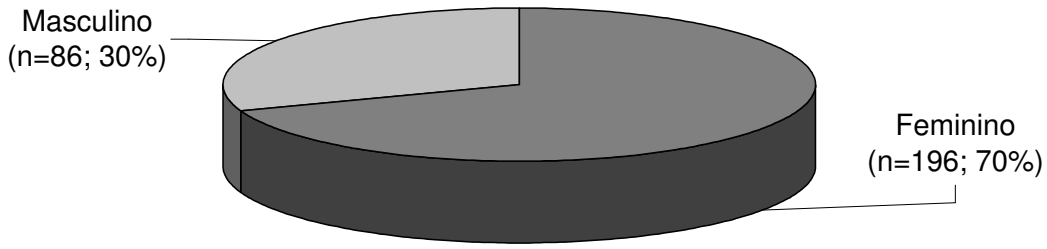

Figura 4: Proporção de demandantes por sexo
Fonte: Banco de dados Farmácia Judicial de Itaperuna, RJ, (2013).
Elaborado pelo autor

Esta proporção é bem maior que a observada na população de Itaperuna, que segundo o censo de 2010, 51,4% são mulheres e 48,6% são homens. Este dado sugere que as mulheres estariam mais propensas a buscar a garantia de seus direitos.

6.1.2: Idade

Na análise da idade dos demandantes da ação, apenas 125 processos traziam esta informação e constatou-se que 86,4% (108) dos autores tinham 49 anos ou mais e 13,6% (17) tinham 48 anos ou menos (Figura 7).

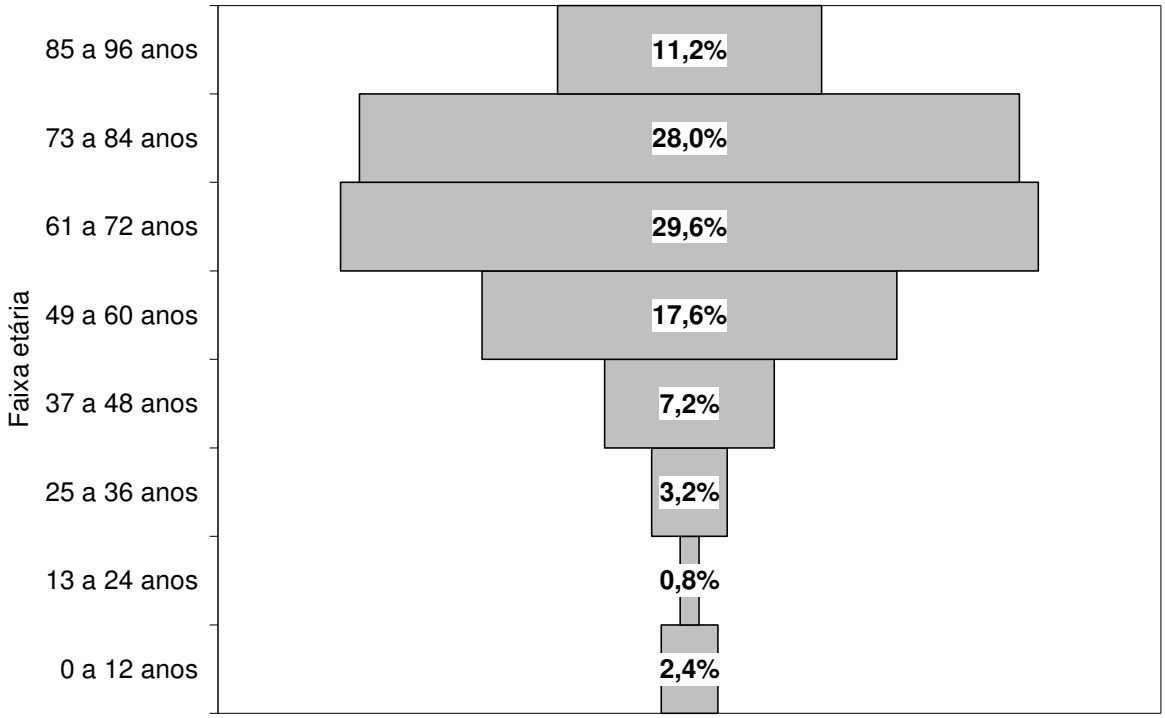

Figura 5: Proporção de demandantes por faixa etária
Fonte: Banco de dados Farmácia Judicial de Itaperuna, RJ (2013).
Elaborado pelo autor.

Comparando com a distribuição da população segundo a idade observada no censo 2010 podemos concluir que o perfil etário dos demandantes não segue o perfil da população, em que a maioria da população está entre 04 e 49 anos, pois a faixa etária que mais demanda medicamentos por ação judicial é aquela acima de 49 anos.

O envelhecimento da população tem como consequência doenças próprias do envelhecimento, principalmente as crônicas que são aquelas que persistem por mais de seis meses e não se resolvem em um curto espaço de tempo. Um dos resultados dessa nova configuração da população é a maior procura por serviços de saúde, entre eles o tratamento medicamentoso, que demanda gastos contínuos e crescentes.

6.1.3: Bairro de Moradia

O dado bairro de moradia foi informado em 219 processos, e o bairro que continha o maior número de moradores com processos judiciais requisitando medicamentos era o bairro Niterói com 38 processos (17,4%), seguido dos bairros Governador Roberto Silveira com 27 processos (12,3%), Cidade Nova com 26 processos (11,9%) e bairro Vinhosa com 25 processos (11,4%) (Figura 8).

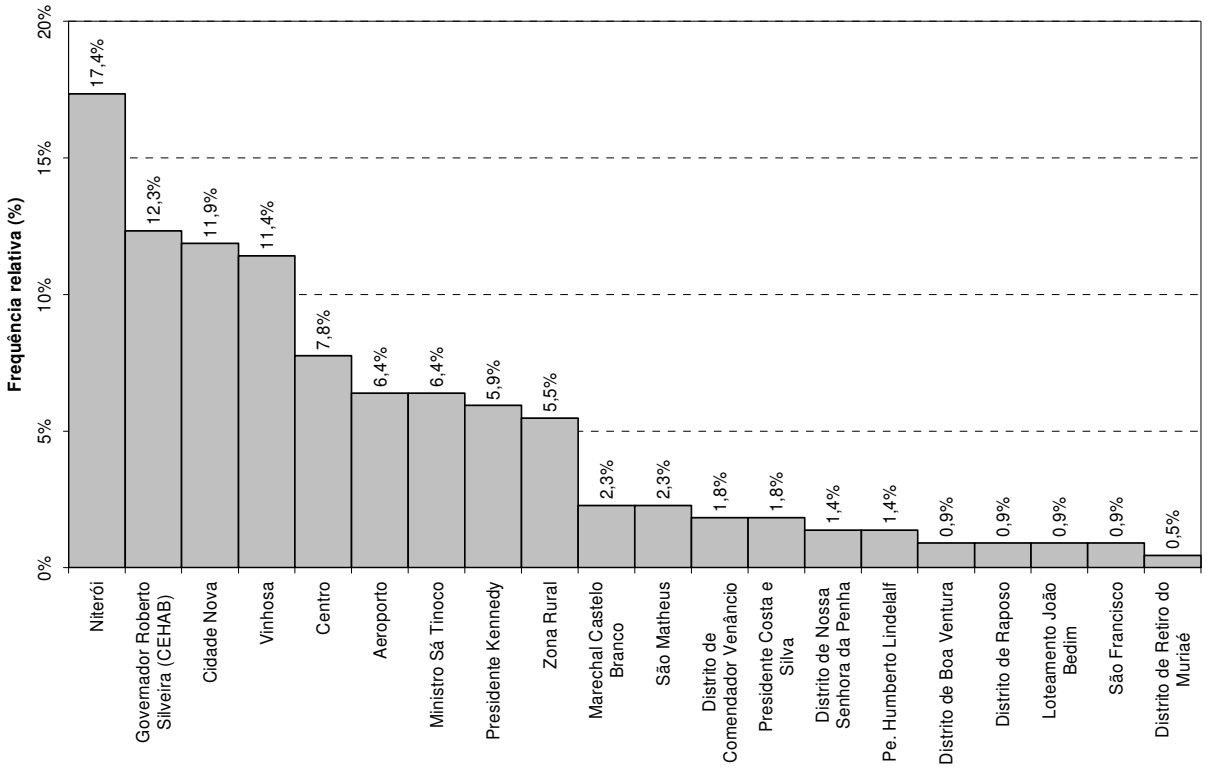

Figura 6: Proporção de demandantes por bairro de moradia
Fonte: Banco de dados Farmácia Judicial de Itaperuna, RJ (2013).
Elaborado pelo Autor.

Este dado confirma a distribuição da população pelo município, pois 89% dos demandantes residiam na sede administrativa, enquanto apenas 11% nos distritos e zona rural.

A análise entre o bairro de moradia e a proximidade ao setor de distribuição dos medicamentos sugere que os bairros mais próximos da farmácia, localizada no bairro centro, teriam um maior número de demandantes de medicamento via ação judicial que os bairros mais afastados (Figura 9).

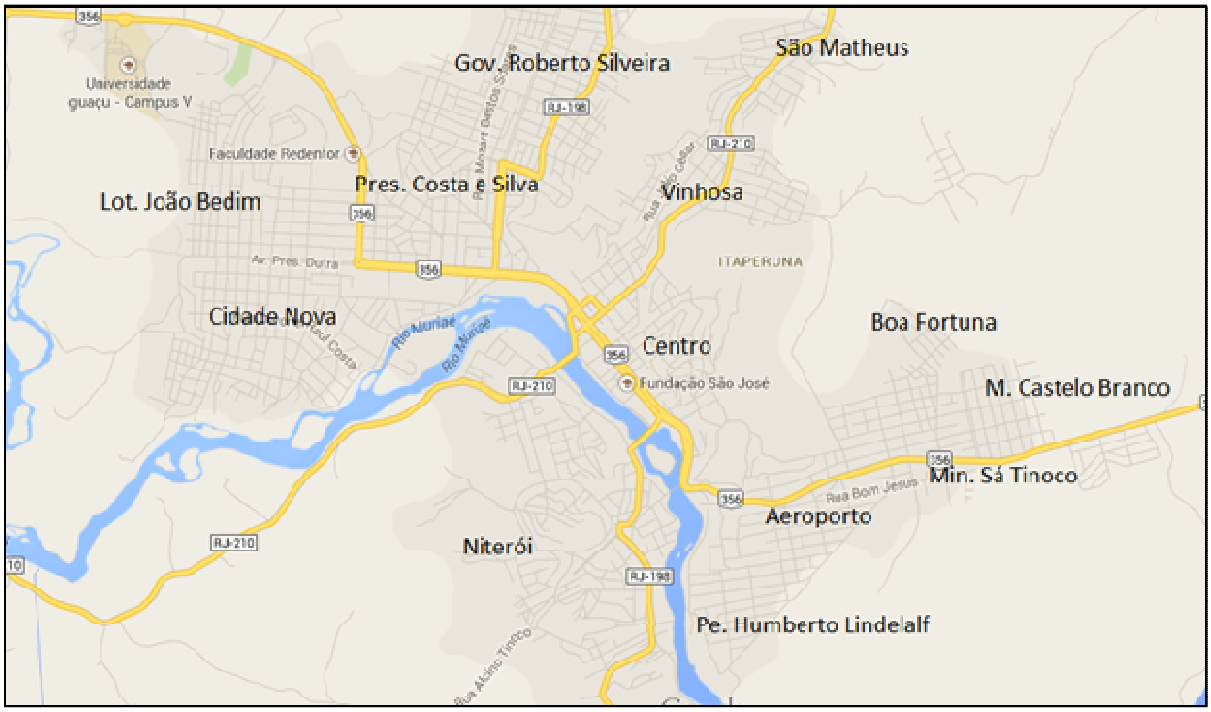

Figura 7: Bairros de Itaperuna
Fonte: Modificado de Google Maps (2014).
Disponível em: <http:// www.googlemaps.com.br>. Acesso em: 23 maio 2014

6.1.4: Ocupação

A Ocupação do demandante da ação foi informada em 182 processos. Em 106 processos (58,2%) dos demandantes se declararam como aposentados, em 28 processos (15,4%) como “do lar”, em 12 processos (6,6%) como beneficiário da previdência social, e ainda, 6 processos (3,3%) declararam-se como desempregado (Figura 10).

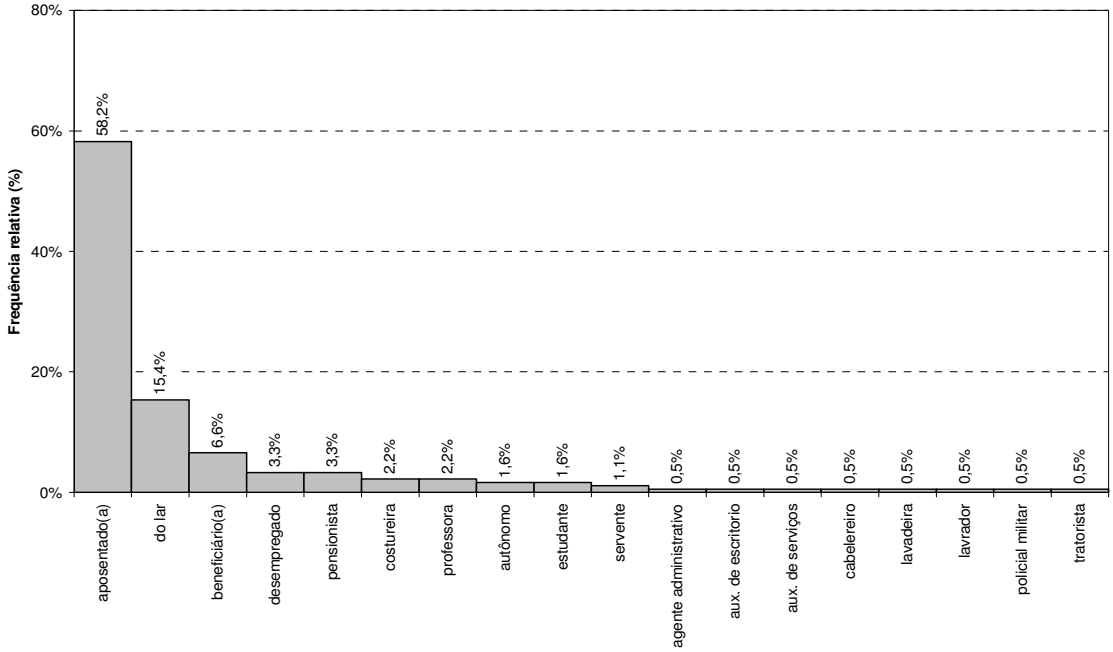

Figura 8: Proporção de demandantes por ocupação informada
Fonte: Banco de dados Farmácia Judicial de Itaperuna, RJ (2013).
Elaborado pelo Autor.

Verifica-se que a maioria dos demandantes (58,2%) eram de aposentados, este dado confirma o perfil etário encontrado na pesquisa, indicando a predominância de pessoas acima de 60 anos de idade.

6.1.5: Estado Civil

Em relação ao estado civil do demandante foi possível obter o dado em 199 processos, e foi constatado no estudo que em 121 processos (60,8%) o demandante era casado, em 33 processos (16,6%) viúvo, em 31 processos (15,6) solteiro e em 14 processos (7,0%) divorciado (Figura 11).

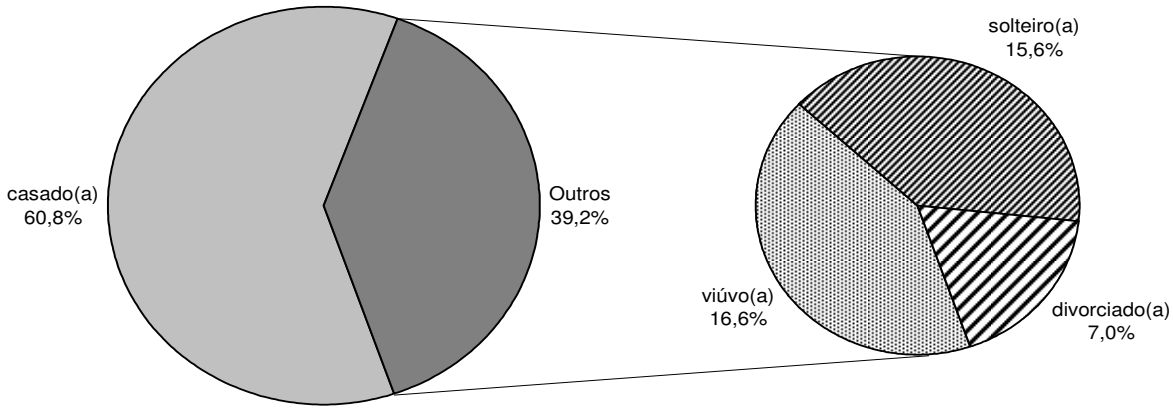

Figura 9: Proporção de demandantes por estado civil
Fonte: Banco de dados Farmácia Judicial de Itaperuna, Rio de Janeiro, (2013)
Elaborado pelo Autor

O estado civil do demandante indica uma possível dimensão de análise da renda familiar, uma vez que os rendimentos informados no processo correspondem apenas à renda individual e não familiar, mas como o processo judicial é individualizado não é possível determinar qual seria o impacto do recebimento de medicamentos por via judicial da renda familiar.

6.1.6: Rendimentos

Os rendimentos foram analisados segundo o número de salários-mínimos através da conversão dos dados do rendimento individual informado, este dado estava presente em 167 processos. Verificou-se que em 118 (70,7%) processos o rendimento informado pelo demandante era de até 1 salário mínimo, em 37 processos (22,2%) o rendimento estava na faixa de 1 a 2 salários-mínimos, 8 processos (4,8%) tinham rendimentos entre 2 a 3 salários-mínimos, em 3 processos (1,8%) o rendimento era de 3 a 5 salários-mínimos e, ainda, 1 processo (0,6%) informou rendimento de 5 a 10 salários-mínimos (Figura 12).

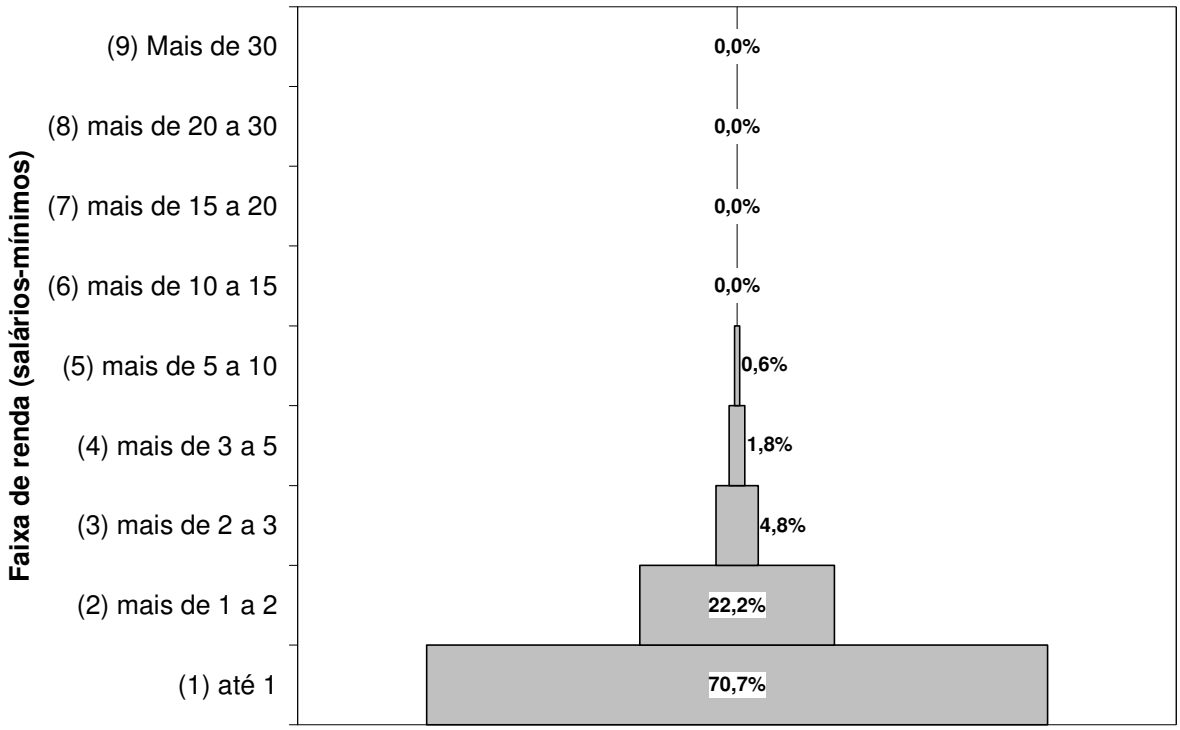

Figura 10: Proporção de rendimentos informados por faixa salarial
Fonte: Banco de dados Farmácia Judicial de Itaperuna, RJ (2013)
Elaborado pelo Autor.

A análise do dado demonstra que o grupo que recebe até 1 salário-mínimo é o que mais busca a via judicial para receber medicamentos, seguido do grupo que recebe de 1 a 2 dois salários-mínimos. Pode-se concluir que o fornecimento dos medicamentos estaria favorecendo os grupos com menor condição financeira e a via judicial seria uma forma de garantir a esses grupos marginais uma oportunidade de efetivação de seus direitos.

6.2: CARACTERÍSTICAS PROCESSUAIS

6.2.1: Representação do Autor

A ação judicial é o instrumento jurídico-processual por meio do qual o cidadão reivindica um direito no Poder Judiciário. A representação do autor indica o advogado ou a instituição pública responsável pela proposição da ação judicial.

No conjunto das ações judiciais estudadas, 257 processos apresentavam informações acerca do tipo de representação do autor. Destes, 229 processos

(89,1%) foram representados pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e 28 processos (10,9%) foram representados por advogados particulares. (Figura 13).

O resultado encontrado foi semelhante ao observado no estudo de Sant'ana (2009) em que se verificou que 70,4% dos processos eram representados pela Defensoria Pública e 29,6% eram representados por advogados particulares. O estudo de Messender *et al* (2005), no Estado do Rio de Janeiro, também encontrou um predomínio das ações impenetradas pela Defensoria Pública, cuja representação era de 66,5% das ações judiciais.

É importante salientar que para que o cidadão acione a Defensoria Pública é necessário que seja comprovada a hipossuficiência financeira dos autores para arcar com os custos dos objetos do pedido judicial, dessa forma, esta é via preferencial pela qual a classe menos favorecida busca a efetivação de seus direitos.

6.2.2: Tipo de Réu da Ação

O réu da ação é a parte contra quem se demanda a ação judicial e, num mesmo processo, podem ser demandados mais de um réu, visto que, o fornecimento de medicamentos é de competência conjunta dos Estados, Municípios e União.

Este dado estava presente em 225 processos, e verificou-se que o maior número de ações judiciais (63,3%) tinha como réus o município e o estado, em conjunto, 81 ações judiciais (36%) foram impenetradas contra o município apenas e 1 ação judicial (0,4%) teve como réu apenas o estado do Rio de Janeiro (Figura 13).

Apesar da maioria dos processos (63,3%) demandarem o estado e o município para o fornecimento de medicamentos a responsabilidade de entrega recai sobre o município, pois seguindo o movimento de descentralização estabelecida pelo SUS, cabe aos órgãos próximos ao demandante a dispensação de medicamentos e o atendimento de suas necessidades urgentes.

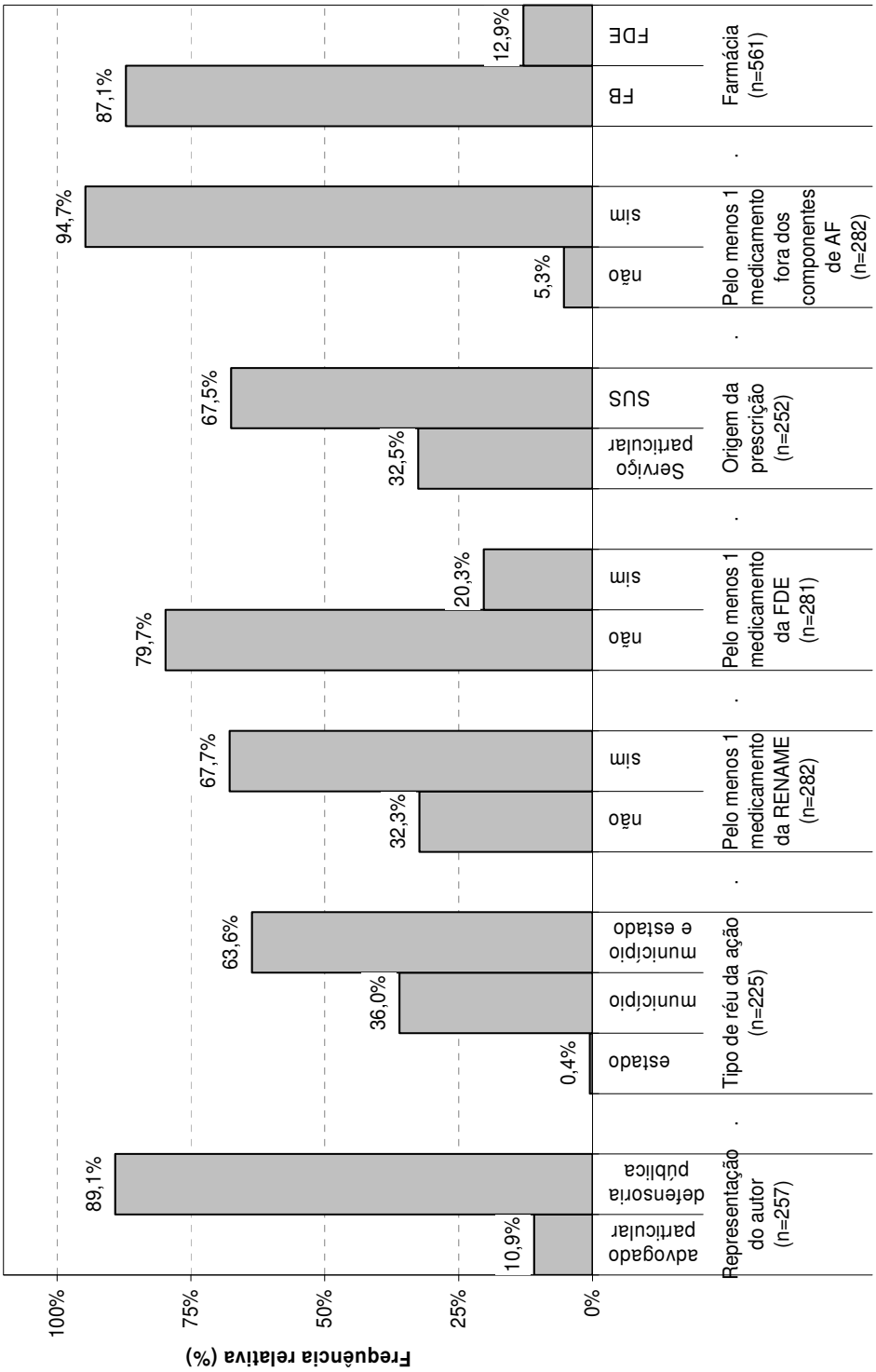

Figura 11: Proporção dos dados: representação do autor; tipo de réu da ação; pelo menos 1 medicamento na RENAME; pelo menos 1 medicamento da FDE; origem da prescrição; pelo menos 1 medicamento fora dos componentes da AF; bloco de financiamento.
Fonte: Banco de dados Farmácia Judicial de Itaperuna, RJ, (2013).
Elaborado pelo Autor.

6.3: CARACTERÍSTICAS MÉDICO-SANITARISTAS

6.3.1: Proporção de Ações que Continham pelo Menos um Medicamento da RENAME

A RENAME é a principal lista oficial que relaciona os medicamentos essenciais à saúde de uma população e é baseado nela que os municípios decidem os itens que irão compor a lista relação municipal de medicamentos essenciais REMUME, com o objetivo de atender as necessidades prioritárias e particulares de seus usuários, e de acordo com as necessidades de cada população.

Nos processos analisados pelo estudo, 191 (67,7%) continham pelo menos um medicamento da RENAME e 91 processos (32,3%) não continham nenhum (Figura 13).

No estudo realizado por Figueiredo (2010) observou-se a situação inversa com apenas 23,9% dos medicamentos demandados relacionados na RENAME. Na pesquisa de Sant'Ana (2009) 45,2% dos medicamentos solicitados estavam faziam parte da RENAME.

O grande número de medicamentos solicitados por via judicial que fazem parte da RENAME podem indicar problemas no fornecimento dos medicamentos essenciais à população, seja por falta de informação dos médicos quanto aos itens disponibilizados pelo município, a não adequação entre os medicamentos disponíveis e as necessidades da população e a falhas no abastecimento da Farmácia Básica do município.

6.3.2: Proporção de Ações que Continham pelo Menos um Medicamento do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica

O Componente Especializado de Assistência Farmacêutica faz parte do bloco de financiamento do Componente Especializado, cuja responsabilidade de aquisição e distribuição dos medicamentos é federal com o co-financiamento das Secretarias Estaduais de Saúde. A entrega é realizada através de polos centralizados custeados pelos municípios atendidos.

A dispensação de algum medicamento está autorizada apenas para algumas patologias específicas e deverá ocorrer uma autorização baseada na avaliação da

solicitação do paciente com todos os documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Através da análise identificou-se que 224 (79,4%) não continham medicamentos do Componente Especializado, enquanto que 57 (20,6%) continham pelo menos um medicamento da relação (Figura 13).

A pesquisa de Figueiredo (2010) apontou que 49,5% das solicitações de medicamentos continham pelo menos um medicamento do componente especializado enquanto Sant'Ana (2009) observou em seu estudo que apenas 13,9% das ações judiciais continham este tipo de medicamento.

Como os medicamentos estratégicos tem a entrega autorizada para apenas algumas patologias, os pacientes cuja indicação médica é diferente daquela autorizada pelo polo de cadastro acabam acionando a via judicial para o atendimento de suas demandas. Dessa forma, cabe ao município, independentemente do item configurar na lista de medicamentos especializados, a dispensação ao paciente.

6.3.3: Origem da Prescrição Médica

A prescrição médica é o principal documento no qual as decisões judiciais de baseiam. Estas receitas podem ser oriundas dos serviços particulares ou do SUS. No estudo, identificou-se que 252 processos continham a cópia da receita anexada à ordem judicial, e destes, 82 (32,5%) processos continham ao menos uma receita de serviços particulares e 170 (67,5%) processos continham apenas receitas do serviço público (Figura 13).

O estudo realizado por Figueiredo (2010) também aponta a maioria das prescrições oriundas do SUS, representando 90,5% dos processos que continham este dado. A pesquisa de Sant'Ana (2009) apontou 55,6% de prescrições médicas provenientes do SUS.

Os dados encontrados corroboram a teoria de que a judicialização do acesso aos medicamentos no município de Itaperuna tem atendido, principalmente, a classe menos favorecida que busca os serviços de saúde gratuitos.

6.3.4: Medicamentos prescritos por subgrupo terapêutico/farmacológico/substância química.

Na pesquisa foram identificados 1390 medicamentos demandados em 282 processos judiciais, com média de 5 medicamentos por processo. Os medicamentos foram classificados de acordo com o código ATC, que utiliza cinco níveis de classificação, sendo o primeiro dividido em quatorze grupos principais relacionados aos grupos anatômicos em que atuam. O segundo nível classifica o grupo terapêutico principal. Os terceiro e quarto níveis correspondem a subgrupos químicos/farmacológicos/terapêuticos, e o quinto nível, à substância química.

Para esta análise, os medicamentos foram classificados segundo o 1º nível da classificação ATC, correspondente aos grupos anatômicos que atuam e o 3° nível correspondente ao subgrupo farmacológico.

A classificação dos medicamentos solicitados segundo o primeiro nível da ATC indicou que os grupos anatômicos mais frequentes foram o sistema cardiovascular (27,8%); sistema nervoso (24,8%); aparelho alimentar e metabolismo (10,3%) e sangue e órgão hematopoiéticos (6,0%) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos medicamentos solicitados, segundo classificação pelo primeiro nível do código ATC.

ATC - GRUPO ANATÔMICO	N	%
Sistema cardiovascular	386	27,80%
Sistema nervoso	344	24,80%
Aparelho alimentar e metabolismo	143	10,30%
Sangue e órgão hematopoiéticos	84	6,00%
Sistema músculo-esquelético	60	4,30%
Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas	38	2,70%
Órgãos sensoriais	28	2,00%
Sistema respiratório	15	1,00%
Medicamentos dermatológicos	10	0,70%
Outros	282	20,30%
Total	1390	100,00%

Fonte: Banco de dados Farmácia Judicial de Itaperuna, RJ (2013).
Elaborado pelo Autor.

Na pesquisa de Sant'Ana (2009), em relação ao primeiro nível da classificação ATC, encontrou que grande parte dos medicamentos solicitados pertenciam ao sistema cardiovascular (41,6%) e ao sistema nervoso (27,4%), resultado parecido ao que foi encontrado nesta pesquisa.

Entre os grupos farmacológicos mais solicitados (3° nível classificação ATC) estão os antidepressivos (7,27%); os antiepiléticos (6,83%), os hipolipemiantes (5,18%) e antagonistas da angiotensina II (5,04%) (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos medicamentos solicitados, segundo classificação pelo terceiro nível do código ATC.

Classificação ATC nível 3	**qtd**	**%**
Antidepressivos	101	7,27%
Antiepiléticos	95	6,83%
Hipolipemiantes simples	72	5,18%
Antagonista da angiotensina II	70	5,04%
Medicamentos para o tratamento de úlcera péptica	61	4,39%
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos principalmente vasculares	54	3,88%
Agente antitrombótico	52	3,74%
Antipsicóticos	46	3,31%
Ansiolítico	45	3,24%
Antiinflamatorio e antireumático não esteroidal	44	3,17%
Hipoglicemiantes orais	36	2,59%
Agentes antitrombóticos	32	2,30%
Antidemenciais	27	1,94%
Agentes alfa e beta bloqueadores	25	1,80%
Medicamentos teroideos	25	1,80%
Agentes estabilizadores capilares	24	1,73%
Material médico hospitalar	24	1,73%
Cálcio	23	1,65%
Multivitaminas, associação	23	1,65%
Vasodilatadores usados em doenças cardíacas	23	1,65%
Agentes dopaminérgicos	20	1,44%
Diuréticos de teto baixo, excluindo tiazidas	17	1,22%
Inibidores da enzima de conversão da angiotensina	17	1,22%
Agentes betabloqueadores e outros diuréticos	16	1,15%
Agentes poupadores de potássio	16	1,15%
Medicamentos que afetam a estrutura e mineralização óssea	16	1,15%
Preparações antiglaucoma e mióticos	16	1,15%
Adrenérgicos para inalação	15	1,08%
Diuréticos de alça	15	1,08%
Inibidor da enzima de conversão da angiotensina, simples	14	1,01%
Betabloqueadores	13	0,94%
Corticosteróides de uso sistêmico - simples	13	0,94%
Medicamentos antiglaucoma e mióticos	12	0,86%
Agentes betabloqueadores	10	0,72%
Emolientes e protetores	10	0,72%
Hipnóticos e sedativos	10	0,72%
Outros	258	18,56%
Total	1390	100,00%

Fonte: Banco de dados Farmácia Judicial de Itaperuna, RJ, (2013).
Elaborado pelo Autor.

Na Tabela 5 os medicamentos mais solicitados são classificados pelo terceiro nível do código ATC, e é importante observar que os nove itens mais demandados (sinvastatina, clonazepam, AAS, losartana potássica, omeprazol, anlodipino, carvedilol, levotiroxina, e carbonato de cálcio + vitamina D) fazem parte da listagem de medicamentos essenciais, a REMUME.

Tabela 5: Distribuição dos medicamentos mais solicitados, segundo classificação pelo terceiro nível do código ATC.

MEDICAMENTO	CLASSIFICAÇÃO ATC NÍVEL 3	qtd	%
Sinvastatina	Hipolipemiantes simples	55	3,96%
Clonazepam	Antiepiléticos	52	3,74%
Aas	Agente antitrombótico	34	2,45%
Losartana potassica	Antagonista da angiotensina ii	33	2,37%
Omeprazol	Medicamentos para tratamento de úlcera péptica	32	2,30%
Anlodipino	Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos principalmente vasculares	25	1,80%
Carvedilol	Agentes alfa e beta bloqueadores	25	1,80%
Levotiroxina	Medicamentos teroideos	25	1,80%
Carbonato de calcio + vitamina d	Cálcio	23	1,65%
Diosmina + hesperidina	Agentes estabilizadores capilares	22	1,58%
Alprazolam	Ansiolítico	21	1,51%
Sultado de glucosamina + sulfato de condroitina	Antiinflamatórios e antireumáticos não esteroidais	21	1,51%
Pantoprazol	Medicamentos para tratamento de úlcera péptica	19	1,37%
Aas tamponado	Agente antitrombótico	18	1,29%
Captopril	Inibidores da enzima de conversão da angiotensina	17	1,22%
Espironolactona	Agentes poupadores de potássio	16	1,15%
Losartana potassica + hct	Antagonista da angiotensina ii	16	1,15%
Paroxetina	Antidepressivos	16	1,15%
Polivitamino + poliminerais	Multivitaminas, associação	16	1,15%
Metformina	Hipoglicemiantes orais	15	1,08%
Propatilnitrato	Vasodilatadores usados em doenças cardíacas	15	1,08%
Atenolol	Agentes betabloqueadores e outros diuréticos	14	1,01%
Citalopram	Antidepressivos	14	1,01%
Memantina	Antidemenciais	14	1,01%
Risperidona	Antipsicóticos	14	1,01%
Cilostazol	Agentes antitrombóticos	13	0,94%
Clopidogrel	Agentes antitrombóticos	13	0,94%
Alendronato de sodio	Medicamentos que afetam a estrutura e mineralização óssea	11	0,79%
Fluoxetina	Antidepressivos	11	0,79%
Furosemida	Diuréticos de alça	11	0,79%
Indapamida	Diuréticos de teto baixo, excluindo tiazidas	11	0,79%
Quetiapina	Antipsicóticos	11	0,79%
Valsartana	Antagonistas da angiotensina ii	11	0,79%
Venlafaxina	Antidepressivos	11	0,79%
Atenolol + clortalidona	Agentes betabloqueadores e outros anti-hipertensivos	10	0,72%

Fonte: Banco de dados Farmácia Judicial de Itaperuna, RJ, (2013).
Elaborado pelo Autor.

Conhecer o perfil dos medicamentos demandados por ações judiciais é importante para auxiliar a detectar falhas na assistência farmacêutica e propor soluções que satisfaçam a necessidade da população, mas que ao mesmo tempo respeitem a racionalização dos custos em saúde, de forma a evitar distorções no sistema.

6.4: CARACTERÍSTICAS POLÍTICO-ADMINISTRATIVAS

6.4.1: Proporção de Medicamentos, por Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica.

A Política Nacional de Medicamentos estabelece as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para cada uma das três esferas de gestão – Federal, Estadual e Municipal – o financiamento dos medicamentos é realizado através de três blocos: o componente básico, o componente estratégico e componente especializado.

Na pesquisa, observou-se que foram demandados 1390 medicamentos e faziam parte das listas pré-definidas para a disponibilização de medicamentos à população 561 (40,4%) medicamentos, destes 488 itens (87,1%) faziam parte do componente básico da assistência farmacêutica (farmácia básica) e 73 itens (12,9%) do componente especializado de assistência farmacêutica (Farmácia de Dispensação Especializada) (Figura 13).

É importante salientar que os pedidos judiciais podem basear-se em receitas médicas compostas de vários itens, podendo estas conter medicamentos disponibilizados pela AF do SUS, levando, assim, a inclusão destes medicamentos nas ações judiciais.

6.4.2: Proporção de Ações Judiciais que Demandam ao Menos um Medicamento que Esteja Fora dos Componentes do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica.

Entre os processos estudados na pesquisa verificou-se que 267 (94,7%) continham pelo menos um medicamento que não constavam em nenhuma lista de

distribuição de medicamentos definida, enquanto 15 processos (5,3%) continham apenas medicamentos das listas pré-definidas (Figura 13).

O grande número de solicitações de medicamento não padronizado pode indicar um atraso na incorporação de novos medicamentos às listas de financiamento, acarretando o aumento do número de ações judiciais.

7: CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conquista do direito universal à saúde a partir da Constituição Federal de 1988 e sua concretização com criação do SUS em 1990 trouxe muitos benefícios à população brasileira. Porém, ainda existe um abismo entre o que foi conquistado e o que realmente é cumprido pelo poder público. Neste sentido, as ações judicias solicitando medicamentos surgem como importante instrumento de garantia dos direitos constitucionais.

A dispensação de medicamentos é responsabilidade do SUS e o financiamento destes é compactuado entre a União, Estados e Municípios. Para isso, a AF é dividida em blocos de financiamento com listas de aquisição pré-definidas em razão das necessidades da população e garantindo os menores custos para a administração pública.

Um dos principais problemas oriundos da judicialização da saúde é a possibilidade de que apenas os grupos que têm acesso à justiça seriam privilegiados em detrimento dos outros grupos que não recorressem à justiça, o que contribuiria para aumentar as inequidades do sistema.

A fim de identificar os grupos que recorrem à justiça para serem atendidos e o perfil dos medicamentos solicitados, este trabalho analisou os dados provenientes das ações judiciais impenetradas contra o município de Itaperuna, e concluiu-se que o perfil predominante dos demandantes das solicitações judiciais era de pessoas do sexo feminino (70%), com faixa etária acima de 49 anos de idade (86,4%), residentes na sede do município (89%), aposentadas (58,2%), casadas (60,8%), e com rendimentos de até um salário-mínimo (70,7%).

Em relação às características processuais pode-se concluir que 89,1% dos demandantes foram representados pela Defensoria Pública do Estado do Rio de

Janeiro, com 63,3% das ações demandando o Estado e o município com réus da ação.

As características médico-sanitaristas estudadas demonstraram um grande número de ações judiciais que demandavam medicamentos que já faziam parte de alguma lista oficial da AF (40,4%), destes 87,1% faziam parte do componente básico da AF e 12,9% do componente especializado da AF. Verificou-se também que 67,5% das prescrições médicas que deram origem ao processo judicial eram oriundas dos serviços públicos do SUS e que 94,7% das solicitações continham pelo menos um medicamento que não fazia parte de nenhuma lista distribuição oficial.

Os medicamentos demandados foram ainda classificados segundo o código internacional ATC e concluiu-se que 27,8% deles eram utilizados para enfermidades do sistema cardiovascular e 24,8% do sistema nervoso. A classificação pelo 3° do código ATC demonstrou que os grupos farmacológicos mais requisitados foram os antidepressivos (7,27%), os antiepiléticos (6,83%) e os hipolipemiantes simples (5,18%).

Com base nos resultados dos dados analisados, pode-se concluir que no Município de Itaperuna as ações judicias para o recebimento de medicamentos configuram-se como uma forma legítima pela qual o cidadão busca a garantia de seus direitos, uma vez que, a maioria dos demandantes é proveniente das classes menos favorecidas, com baixo ganho salarial, usuários dos serviços de saúde públicos e representados pela Defensoria Pública.

Dessa forma, o eixo de interpretação da judicialização da saúde que mais se adequa ao caso de Itaperuna seria o *substancialista,* representado por Cappelletti e Dworkin, o qual afirma que a judicialização atuaria como uma extensão da democracia e uma ampliação da democracia.

Os dados sobre a existência dos medicamentos solicitados nas listas oficiais da AF e os farmacológicos mais solicitados pode indicar de falhas na AF do Município para a incorporação de novos medicamentos e servir de base para a incorporação de novos medicamentos às listas vigentes.

8: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA)**. Como a ANVISA vê o uso off label de medicamentos**. <Http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/registro/registro_offlabel.htm>. Acesso em: 09 mar. 2014.

BAPTISTA, T.W.F.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos poderes**. Revista Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 20 mar 2014.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Jurídica UNIJUS**, Uberaba, v.11, n. 15, p.13-38, novembro, 2008.

BORGES, Danielle da Costa Leite. **Uma análise das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS:** o caso do Estado do Rio/ de Janeiro no ano de 2005. 200. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes. **Saúde e previdência**. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde (2009b). . **Portaria GM/ MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009**. Disponível em: Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_ 26_11_2009_rep_comp.html>. Acesso em 25 fev. 2014.

_____._____. **Caderno de Informações de Saúde**: DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br /tabdata/cadernos/rj.htm. Acesso em: 26 jul. 2014.

_____. _____. **Cartilha ABC do SUS**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 1990. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_ sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2014.

_____. _____. (2009b). **Portaria GM/ MS n. 2.981, de 26 de novembro de 2009**: aprova o componente especializado da assistência farmacêutica. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br /resources/ses/ acoes/assistencia-farmaceutica./componente especializado-na-assistencia-farmaceutica /portaria_2981_26_11_2009_retificada_343_2010.pdf>. Acesso em 09 mar. 2014.

_____. _____.(2002a) **Portaria GM n. 3916, de 30 de outubro de 1998:** aprova a política nacional de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em 25 fev. 2014.

_____. _____. **Acesso aos medicamentos, compras governamentais e inclusão social.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em 25 fev. 2014.

_____. _____. **Portaria GM n. 204, de 29 de janeiro de 2007.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS>. Acesso em: 18 fev. 2014.

_____. _____. (2005b). **Portaria GM n. 2084, de 26 de outubro de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/ Port2005/GM/GM-2084.htm>. Acesso em: 25 fev. 2014.

_____._____. **Portaria GM n. 2981, de 26 de novembro de 2009.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_. Acesso em: 18 fev. 2014.

_____. _____.. **Portaria GM n. 3237, de 24 de dezembro de 2007.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ 2003. Acesso em: 14 de jan. de 2014.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/const/constituicao-federal.asp#/con1988/con1988_05.10.1988/>. Acesso em 25 fev. 2014.

_____._____. **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, 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 25 fev 2014.

_____. _____.**Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS. Diário Oficial da União, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm>. Acesso em: 18 fev. 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil.** Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros>. Acesso em: 18 fev. 2014.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas públicas e direito administrativo. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília, v. 34, n. 133, jan/mar, 1997.

CAPPELLETTI, Mauro. **Juízes legisladores?** Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1993. 134 p.

CHIEFFI, Ana Luiza. BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Assistência farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <htttp//bvsms. saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro7.pdf>. Acesso em 12 de maio de 2013.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias. **Análise da implantação do programa farmácia básica:** um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil**.** 2000. 150 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/cosendeymaed.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2013.

ELIAS, Eduardo Paulo. **Políticas de saúde: r**eforma ou contrarreforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

FIGUEIREDO, Tatiana Aragão. **Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na COMARCA do Rio de Janeiro:** a aplicação de evidências

científicas na tomada de decisão. 2010. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

FLEURY, Sônia Teixeira. **Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária. Reforma sanitária: em** busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

FRANCO, Túlio Batista. Judicialização das políticas de saúde pública no Brasil: uma revisão sobre o caso do acesso a medicamentos. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINA PARA ANÁLISE DE SISTEMAS DE SAÚDE, 21, 2010, 4 set. Cidade do México, México. **Anais...** Cidade do México, México: ALASSA, 2011.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX**. Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177-227, junho, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/>. Acesso em: 22 mar 2014.

HÖFLING, Eloísa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, Campinas-SP, v. 21, n.55, p. 30-41, 2001. Disponível em: < http://www.scielo.br/>. Acesso em: 22 mar 2014.

LEVCOVITZ, Eduardo et al. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. < http://www.scielo.br/>. Acesso em: 22 mar 2014.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80. **Revista Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 77-96, 1991. <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 22 mar 2014.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. Contribuições ao debate da Judicialização da Saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 73-91, jul./out, 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan>. Acesso em: 14 maio 2014.

MAYR, Patrícia Raquel. **A judicialização da saúde no município de Rio do Sul em Santa Catarina**. 2010. 121f. Monografia (Especialização em Planejamento e Gestão da Informação) - Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

MORAIS, José Luiz Bolzan. NASCIMENTO, Valéria Ribas do. O direito à saúde e os "limites" do estado social: medicamentos, políticas públicas e judicialização**. Revista**

Novos Estudos Jurídicos, v. 12, n. 2, p. 251-266, jul-dez, 2007. Disponível: <http://siaiweb06.univali.br/seer/index.php/nej>. Acesso em: 24 maio 2014

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora, et al**. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

PARADELA, Valesca Athayde de Souza. Judicialização da saúde. **Revista Procuradoria Geral do Município de Juiz de Fora (RPGMJF)**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.153-166, jan/dez, 2011. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/pgm/revistas.php>. Acesso em: 23 mar 2014.

PENALVA, Janaína. **Judicialização do direito à saúde:** o caso do Distrito Federal. Belo Horizonte, MG: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2011. Disponível em: <http://democraciaejustica.org/cienciapolitica3/sites/default/files/livro_judicializacao_do_direito_a_saude__-_saida.pdf>. Acesso em: 15 abr 2014.

PEPE, Vera Lucia Edais. (Org.). **Manual:** indicadores de avaliação e monitoramento de demandas judiciais de medicamentos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2011. 56p.

PIQUET, Rosélia. **Indústria e território no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia, DEMO, Pedro. Políticas de saúde e crise do estado de bem-estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p.56-71, maio-ago 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 15 maio 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade da Faculdade de Medicina da UFMG**, Belo Horizonte – MG, v. 35, n.3, jan-jul, 177-182p, 2001. Disponível em: < http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/bibliioteca.php>. Acesso em: 22 abr 2014.

REIS JUNIOR, Paulo Bianchi. **A judicialização do acesso a medicamentos:** a perspectiva da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro. 2008. 111 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). - Escola de Administração Pública e de Empresas (EMBAPE), Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

ROMERO, L. C. **Judicialização das políticas de assistência farmacêutica:** o caso do distrito federal**.**. Brasília: Senado Federal; 2008. Textos para discussão, n.41.

SANT'ANA, João Maurício Brambati. **Essencialidade e Assistência Farmacêutica um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no estado do Rio de Janeiro.** 2009.150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro , 2009.

SANTOS, Nelson Rodrigues. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos**. Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 12, n.2, p. 429-435, jan-jun, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 set 2013.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n.16, p. 20-45, jul/dez 2006. <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 set 2013.

TATE, Neal C; VALLINDER, Torbjorn; **The global expansion of judicial power**. Ney York: Ney York University Press. 1995.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TCE-RJ). **Estudos socioeconômicos dos municípios do Estado do Rio de Janeiro:** Itaperuna. 140p. 2012. Disponível em: < http://www.tce.rj.gov.br/70>. Acesso em: 27 jul. 2014.

_____. **Estudos socioeconômicos dos municípios do Estado do Rio de Janeiro:** Itaperuna. 150p. 2007. Disponível em: < http://www.tce.rj.gov.br/70>. Acesso em: 27 jul. 2014.

TOCQUEVILLE, Aléxis de. **Democracia na América**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.190-198, 2004. <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 set 2013.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lucia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.77-100, 2010. <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 set 2013.

VIANNA, Luiz Werneck. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan, 1999.

VIEIRA, Fabíola Sulpino**.** Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil**. Revista Panam Salud Publica**, Cidade do México, México, v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010. <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 set 2013.

_____. ZUCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.2, p. 214-222. 2007. . <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 set 2013.

VIEIRA, Liszt. **Cidadania e globalização.** São Paulo: Record, p.15-32, 2009.

_____. **Os argonautas da cidadania:** a sociedade civil na globalização. Rio de Janeiro: Record, 2001.

WORLD HEATH ORGANIZATION (WHO). **Estratégia sobre os medicamentos de la OMS:** 2004-2007. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/BiennialReport0607SP.pdf>. Acesso em: 12 set 2013.

_____. **How to develop e implement national drug policy:** update and replaces**:** guidelines for developing national drug policies**.** 2. ed. Geneva: WHO, 2001. 96p. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42423/1/924154547X.pdf>. Acesso em: 12 set 2013.

ANEXO 1: REMUME: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (2013).

Fármaco	Apresentação
Acetazolamida	Comprimido 250 mg
Aciclovir	comprimido 200 mg
Ácido acetilsalicílico	comprimido 100 mg
Ácido fólico	comprimido 5 mg
Albendazol	comprimido mastigável 400 mg
Albendazol	suspensão oral 40 mg/mL
Alendronato de sódio	comprimido 70 mg
Alopurinol	comprimido 100 mg
Alopurinol	comprimido 300 mg
Ambroxol 3mg/ml - infantil	frasco
Ambroxol 5mg/ml - adulto	frasco
Amiodarona, cloridrato de	comprimido 200 mg
Amitriptilina, cloridrato de	comprimido 25 mg
Amoxicilina	comprimido ou cápsula 500 mg
Amoxicilina	pó para suspensão oral 50 mg/mL
Amoxicilina + clavulanato de potássio	comprimido 500 mg+125mg
Amoxicilina + clavulanato de potássio	suspensão oral 50 mg + 12,5 mg/mL
Anlodipino, besilato de	comprimido 5 mg
Anlodipino, besilato de	comprimido 10 mg
Atenolol	comprimido 50 mg
Azitromicina	comprimido 500 mg
Azitromicina	pó para suspensão oram 40 mg/mL
Biperideno, cloridrato de	comprimido 2mg
Beclometasona, dipropionato de	pó, solução inalante ou aerossol 200mcg
Budesonida	aerossol nasal 50 mcg (equivale a 32 mcg)
Captopril	comprimido 25mg
Carbamazepina	comprimido 200 mg
Carbonato de cálcio	Comprimido 1250mg(equivalente a 500mg Ca++)
Carbonato de cálcio+colecalciferol	comprimido 500mg CaCO3+400UI
Carbonato de lítio	comprimido 300 mg
Carvedilol	comprimido 3,125 mg
Carvedilol	comprimido 6,25 mg
Carvedilol	comprimido 12,5 mg
Carvedilol	comprimido 25 mg
Cefalexina	comprimido 500mg
Cefalexina	suspensão oral 50 mg/ml
Cetoconazol	Xampu 2%
Ciprofloxacino, cloridrato de	comprimido 500 mg
Clonazepam	Comprimido 2mg
Clomipramina, cloridrato de	Comprimido 10 mg

Clomipramina, cloridrato de	Comprimido 25 mg
Complexo B	Gotas
Clonazepam	Solução oral 2,5 mg/ml
Clorpromazina, cloridrato de	Solução oral 40mg/ml
Cloreto de sódio	Solução nasal 0,9%
Fármaco	Apresentação
Clorpromazina, cloridrato de	Comprimido 100 mg
Dexametasona	Creme 0,1%
Dexametasona	Colírio 0,1%
Dexclorfeniramina, maleato de	xarope 0,4 mg/ml
Diazepam	Comprimido 5 mg
Digoxina	Comprimido 0,25mg
Diclofenaco potássico	Comprimido 50 mg
Dipirona	Solução oral gotas 500mg/ml
Enalapril, maleato de	Comprimido 10 mg
Enalapril, maleato de	Comprimido 20 mg
Espironolactona	Comprimido 25mg
Espironolactona	Comprimido 100 mg
Estriol	Creme vaginal 1mg/g
Estrogênios conjugados	Drágea 0,625 mg
Etinilestradiol+ levonorgestrel	Comprimido 0,03 mg+ 0,15 mg
Fenitoína	Comprimido 100mg
Fenobarbital	Comprimido 100 mg
Fenobarbital	Solução oral 40 mg/ml
Fluconazol	Cápsula 150 mg
Fluoxetina, cloridrato de	Cápsula ou comprimido 20mg
Furosemida	Comprimido 40 mg
Gentamicina, sulfato de	Colírio 5mg/ml
Glibenclamida	Comprimido 5mg
Glicazida	Comprimido de liberação controlada de 30 mg
Haloperidol	Comprimido 5 mg
Haloperidol	Solução oral 2 mg/ml
Haloperidol, decanoato de	Solução injetável 50mg/ml
Hidralazina, cloridrato de	Comprimido 25 mg
Hidroclorotiazida	Comprimido 25 mg
Hipromelose	Colírio 0,3%
Ibuprofeno	Comprimido 300 mg
Ibuprofeno	Comprimido 600 mg
Ibuprofeno	Solução oral 50mg/ml
Imipramina	Comprimido 25 mg
Ipratrópio, brometo de	Solução inalante 0,25 mg/ml
Isossorbida, mononitrato de	Comprimido 40 mg
Ivermectina	Comprimido 6 mg
Latanoprosta	Colírio 50 mcg
Levodopa + benserazida	Comprimido 100 mg+ 25 mg
Levodopa + benserazida	Comprimido 200 mg+50 mg
Levodopa + carbidopa	Comprimido 200mg + 50 mg
Levodopa + carbidopa	Comprimido 250mg + 25 mg
Levotiroxina sódica	Comprimido 25 mcg
Levotiroxina sódica	Comprimido 50 mcg
Levotiroxina sódica	Comprimido 100 mcg
Lidocaína, cloridrato de	Gel 2%
Fármaco	Apresentação
Loratadina	Comprimido 10 mg
Losartana potássica	Comprimido 50 mg
Medroxiprogesterona, acetato de	Comprimido 2,5 mg
Medroxiprogesterona, acetato de	Comprimido 10 mg
Medroxiprogesterona, acetato de	Suspensão injetável 150mg/ml

Metformina, cloridrato de	Comprimido 500 mg
Metformina, cloridrato de	Comprimido 850 mg
Metildopa	Comprimido 250 mg
Metoclopramida	Comprimido 10 mg
Metoprolol, succinato de	Comprimido de liberação controlada 25 mg
Metoprolol, succinato de	Comprimido de liberação controlada 50 mg
Metoprolol, tartarato de	Comprimido de liberação controlada 100 mg
Metronidazol	Comprimido 250 mg
Metronidazol	Gel vaginal 2%
Miconazol, nitrato de	Creme vaginal 2%
Miconazol, nitrato de	Creme 2% -uso dermatológico
Nistatina	Suspensão oral 100.000 UI/ml
Morfina	Comprimido 10 mg
Morfina	Comprimido 30 mg
Noretisterona	Comprimido 0,35 mg
Norestisterona, enantato de estradiol, valerato de	Solução injetável 50mg+5 mg
Nortriptilina, cloridrato de	Cápsula 10 mg
Nortriptilina, cloridrato de	Cápsula 25 mg
Omeprazol	Cápsula 20 mg
Paracetamol	Comprimido 500 mg
Paracetamol	Solução oral 200 mg/ml
Pilocarpina, cloridrato de	Colírio 2%
Prednisolona, fosfato sódico de	Solução oral 4,02 (quivalente a 3mg /ml)
Prednisona	Comprimido 5 mg
Prednisona	Comprimido 20 mg
Prometazina	Comprimido 25 mg
Propafenona , cloridrato de	Comprimido 300 mg
Propranolol, cloridrato de	Comprimido 40 mg
Ranitidina, cloridrato de	Comprimido 150 mg
Sais para reidratação oral	Pó para solução oral
Sinvastatina	Comprimido 20 mg
Sinvastatina	Comprimido 40 mg
Sulfadiazina	Comprimido 500 mg
Sulfametoxazol + trimetropima	Comprimido 400 mg+80 mg
Sulfametoxazol + trimetropima	Suspensão oral 40 mg + 8 mg
Sulfato ferroso	Comprimido 40 mg é+++
Sulfato ferroso	Solução oral 25 mg/ml é++
Tiamina, cloridrato de	Comprimido 300 mg
Timolol, maleato de	Colírio 0,5%
Fármaco	Apresentação
Valproato de sódio ou ácido valpróico	Cápsula ou comprimido 288 mg (equivalente a 250 mg ácido valpróico)
Valproato de sódio ou ácido valpróico	Solução oral ou xarope 57,624 mg/ml(equivalente a 50 mg/ml ácido valpróico)
Valproato de sódio ou ácido valpróico	Comprimido 576 mg (equivalente a 500 mg ácido valpróico)
Varfarina	Comprimido 5 mg
Verapamil	Comprimido 80 mg
Verapamil	Comprimido 120 mg

Fonte: ITAPERUNA (Município). Secretaria Municipal de Saúde.

ANEXO 2: RELAÇÃO ESTADUAL DOS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Nº	Denominação Comum Brasileira	Apresentação Farmacêutica	Código ATC	Programa SES-RJ
1	Acitretina	10 mg, Cápsula	D05BB02	Componente Especializado
2	Adalimumabe	40 mg, Seringa preenchida	L04AB04	Componente Especializado
3	Adefovir	10 mg, Comprimido	J05AF08	Componente Especializado
4	Alfadornase	2,5 mg, Ampola	R05CB13	Componente Especializado
5	Alfaepoetina	2000 UI, Frasco-ampola	B03XA01	Componente Especializado
6	Alfaepoetina	4.000 UI, Frasco-ampola	B03XA01	Componente Especializado
7	Alfaepoetina	10.000 UI, Frasco-ampola	B03XA01	Componente Especializado
8	Alfainterferona 2B	3.000.000 UI, Frasco-ampola	L03AB05	Componente Especializado
9	Alfainterferona 2B	5.000.000 UI, Frasco-ampola	L03AB05	Componente Especializado
10	Alfainterferona 2B	10.000.000 UI, Frasco-ampola	L03AB05	Componente Especializado
11	Alfapeginterferona 2B	80 mcg, Frasco-ampola	L03AB10	Componente Especializado
12	Alfapeginterferona 2B	100 mcg, Frasco-ampola	L03AB10	Componente Especializado
13	Alfapeginterferona 2B	120 mcg, Frasco-ampola	L03AB10	Componente Especializado
14	Alfapeginterferona 2A	180 mg, Seringa preenchida	L03AB11	Componente Especializado
15	Alfavelaglucerase	200 UI, Frasco-ampola	A16AB10	Componente Especializado
16	Alfavelaglucerase	400 UI, Frasco-ampola	A16AB10	Componente Especializado
17	Amantadina (Lista C1)	100 mg, Comprimido	N04BB01	Componente Especializado
18	Atorvastatina	10 mg, Comprimido	C10AA05	Componente Especializado
19	Atorvastatina	20 mg, Comprimido	C10AA05	Componente Especializado

20	Azatioprina	50 mg, Comprimido	L04AX01	Componente Especializado
21	Beclometasona, Dipropionato	200 mcg pó inalante, Frasco 100 doses	R03BA01	Componente Especializado
22	Beclometasona, Dipropionato	400 mcg pó inalante, Frasco 100 doses	R03BA01	Componente Especializado
23	Betainterferona 1A	6.000.000 UI (22 mcg), Seringa preenchida	L03AB07	Componente Especializado
24	Betainterferona 1A	6.000.000 UI (30 mcg), Frasco-ampola ou Seringa preenchida	L03AB07	Componente Especializado
25	Betainterferona 1A	12.000.000 UI (44 mcg), Seringa preenchida	L03AB07	Componente Especializado
26	Betainterferona 1B	9.600.000 UI (300 mcg), Frasco-ampola	L03AB08	Componente Especializado
Nº	Denominação Comum Brasileira	Apresentação Farmacêutica	Código ATC	Programa SES-RJ
27	Bezafibrato	200 mg, Drágea ou Comprimido	C10AB02	Componente Especializado
28	Bromocriptina	2,5 mg, Comprimido ou Cápsula (liberação retardada)	G02CB01	Componente Especializado
29	Budesonida	200 mcg, Cápsula inalante	R03BA02	Componente Especializado
30	Cabergolina	0,5 mg, Comprimido	G02CB03 / N04BC06	Componente Especializado
31	Calcitonina	200 UI spray nasal, Frasco	H05BA01	Componente Especializado
32	Calcitriol	0,25 mcg, Cápsula	A11CC04	Componente Especializado
33	Calcitriol	1,0 mcg, Ampola	A11CC04	Componente Especializado
34	Ciclosporina	25 mg, Cápsula	L04AD01	Componente Especializado
35	Ciclosporina	50 mg, Cápsula	L04AD01	Componente Especializado
36	Ciclosporina	100 mg, Cápsula	L04AD01	Componente Especializado
37	Ciclosporina	100 mg/ mL solução oral, Frasco de 50 mL	L04AD01	Componente Especializado
38	Ciproterona, Acetato	50 mg, Comprimdo	G03HA01	Componente Especializado
39	Clozapina (Lista C1)	100 mg, Comprimido	N05AH02	Componente Especializado
40	Complemento alimentar para paciente fenilcetonúricos menor de 1 ano	Fórmula de aminoácidos isenta de Fenilalanina, Lata	V06DDxx	Componente Especializado
41	Complemento alimentar para paciente fenilcetonúricos maior de 1 ano	Fórmula de aminoácidos isenta de Fenilalanina, Lata	V06DDxx	Componente Especializado
42	Danazol	100 mg, Cápsula	G03XA01	Componente Especializado
43	Deferasirox	125 mg, Comprimido	V03AC03	Componente Especializado
44	Deferasirox	250 mg, Comprimido	V03AC03	Componente Especializado

45	Deferasirox	500 mg, Comprimido	V03AC03	Componente Especializado
46	Deferiprona	500 mg, Comprimido	V03AC02	Componente Especializado
47	Desferroxamina	500 mg, Frasco-ampola	V03AC01	Componente Especializado
48	Desmopressina	0,1 mg/ mL aplicação nasal, Frasco de 2,5 mL	H01BA02	Componente Especializado
49	Donepezila	5 mg, Comprimido	N06DA02	Componente Especializado
50	Donepezila	10 mg, Comprimido	N06DA02	Componente Especializado
51	Entacapona	200 mg, Comprimido	N04BX02	Componente Especializado

Nº	Denominação Comum Brasileira	Apresentação Farmacêutica	Código ATC	Programa SES-RJ
52	Entecavir	0,5 mg, Comprimido	J05AF10	Componente Especializado
53	Etanercepte	25 mg injetável Frasco-ampola	L04AB01	Componente Especializado
54	Etanercepte	50 mg injetável Frasco-ampola	L04AB01	Componente Especializado
55	Everolimo	0,5 mg, Comprimido	L01XE1 / L04AA18	Componente Especializado
56	Everolimo	0,75 mg, Comprimido	L01XE10 / L04AA18	Componente Especializado
57	Everolimo	1 mg, Comprimido	L01XE10 / L04AA18	Componente Especializado
58	Filgrastim	300 mcg injetável, Frasco	L03AA02	Componente Especializado
59	Fludrocortisona	0,1 mg, Comprimido	H02AA02	Componente Especializado
60	Formoterol	12 mcg, Cápsula inalante	R03AC13	Componente Especializado
61	Formoterol + Budesonida	6 mcg + 200 mcg pó inalante, Frasco 60 doses	R03AK07	Componente Especializado
62	Formoterol + Budesonida	12 mcg + 400 mcg, Cápsula inalante	R03AK07	Componente Especializado
63	Gabapentina (Lista C1)	300 mg, Cápsula	N03AX12	Componente Especializado
64	Gabapentina (Lista C1)	400 mg, Cápsula	N03AX12	Componente Especializado
65	Galantamina	8 mg, Cápsula de liberação prolongada	N06DA04	Componente Especializado
66	Galantamina	16 mg, Cápsula de liberação prolongada	N06DA04	Componente Especializado
67	Galantamina	24 mg, Cápsula de liberação prolongada	N06DA04	Componente Especializado
68	Glatiramer	20 mg injetável, Frasco-ampola ou Seringa preenchida	L03AX13	Componente Especializado
69	Gosserrelina, acetato	3,60 mg injetável, Seringa preenchida	L02AE03	Componente Especializado
70	Gosserrelina, acetato	10,8 mg injetável, Seringa preenchida	L02AE03	Componente Especializado
71	Hidroxicloroquina	400 mg, Comprimido	P01BA02	Componente Especializado
72	Hidroxiuréia	500 mg, Cápsula	L01XX05	Componente Especializado

73	Imiglucerase	200 UI injetável, Frasco-ampola	A16AB20	Componente Especializado
74	Imunoglobulina Anti-hepatite B	100 UI injetável, Ampola ou Frasco	J06BB04	Componente Especializado
75	Imunoglobulina Anti-hepatite B	600 UI injetável, Frasco	J06BB04	Componente Especializado
76	Imunoglobulina Humana	5,0 g injetável, Frasco	J06BA02	Componente Especializado
77	Infliximabe	10 mg/ mL injetável - 10 mL, Frasco-ampola	L04AB02	Componente Especializado
78	Isotretinoína	10 mg, Cápsula	D10BA04	Componente Especializado
79	Lamivudina (Lista C1)	150 mg, Comprimido	J05AF05	Componente Especializado

Nº	Denominação Comum Brasileira	Apresentação Farmacêutica	Código ATC	Programa SES-RJ
80	Lamivudina (Lista C1)	10 mg/ mL solução oral, Frasco 240 mL	J05AF05	Componente Especializado
81	Lamotrigina (Lista C1)	100 mg, Comprimido	N03AX09	Componente Especializado
82	Leflunomida	20 mg, Comprimido	L04AA13	Componente Especializado
83	Leuprorrelina, Acetato	3,75 mg injetável, Frasco-ampola	L02AE02	Componente Especializado
84	Mesalazina	250 mg, Supositório	A07EC02	Componente Especializado
85	Mesalazina	1000 mg, Suporsitório	A07EC02	Componente Especializado
86	Mesalazina	400 mg, Comprimido	A07EC02	Componente Especializado
87	Mesalazina	500 mg, Comprimido	A07EC02	Componente Especializado
88	Mesalazina	3 g + 100 mL diluente (enema), dose	A07EC02	Componente Especializado
89	Metotrexato	2,5 mg, Comprimido	L01BA01	Componente Especializado
90	Metotrexato de sódio	25 mg/ mL injetável, Ampola de 2 mL	L01BA01	Componente Especializado
91	Micofenolato de mofetila	500 mg, Comprimido	L04AA06	Componente Especializado
92	Micofenolato de sódio	180 mg, Comprimido	L04AA06	Componente Especializado
93	Micofenolato de sódio	360 mg, Comprimido	L04AA06	Componente Especializado
94	Miglustate	100 mg, Cápsula	A16AX06	Componente Especializado
95	Natalizumabe	300 mg, Frasco-ampola	L04AA23	Componente Especializado
96	Octreotida LAR	20 mg/ mL injetável, Frasco-ampola	H01CB02	Componente Especializado
97	Octreotida LAR	30 mg/ mL injetável, Frasco-ampola	H01CB02	Componente Especializado
98	Olanzapina (Lista C1)	5 mg, Comprimido	N05AH03	Componente Especializado
99	Olanzapina (Lista C1)	10 mg, Comprimido	N05AH03	Componente Especializado
100	Pancreatina	10.000 UI, Cápsula	A09AA02	Componente Especializado

101	Pancreatina	25.000 UI, Cápsula	A09AA02	Componente Especializado
102	Penicilamina	250 mg, Cápsula	M01CC01	Componente Especializado
103	Pramipexol (Lista C1)	0,125 mg, Comprimido	N04BC05	Componente Especializado
104	Pramipexol (Lista C1)	0,25 mg, Comprimido	N04BC05	Componente Especializado
105	Pramipexol (Lista C1)	1 mg, Comprimido	N04BC05	Componente Especializado
106	Pravastatina	20 mg, Comprimido	C10AA03	Componente Especializado
107	Quetiapina	25 mg, Comprimido	N05AH04	Componente Especializado

Nº	Denominação Comum Brasileira	Apresentação Farmacêutica	Código ATC	Programa SES-RJ
108	Quetiapina	100 mg, Comprimido	N05AH04	Componente Especializado
109	Quetiapina	200 mg, Comprimido	N05AH04	Componente Especializado
110	Raloxifeno	60 mg, Comprimido	G03XC01	Componente Especializado
111	Ribavirina	250 mg, Cápsula	J05AB04	Componente Especializado
112	Riluzol	50 mg, Comprimido	N07XX02	Componente Especializado
113	Risperidona (Lista C1)	1 mg, Comprimido	N05AX08	Componente Especializado
114	Risperidona (Lista C1)	2 mg, Comprimido	N05AX08	Componente Especializado
115	Rivastigmina (Lista C1)	1,5 mg, Cápsula	N06DA03	Componente Especializado
116	Rivastigmina (Lista C1)	3 mg, Cápsula	N06DA03	Componente Especializado
117	Rivastigmina (Lista C1)	4,5 mg, Cápsula	N06DA03	Componente Especializado
118	Rivastigmina (Lista C1)	6 mg, Cápsula	N06DA03	Componente Especializado
119	Rivastigmina (Lista C1)	2 mg/ mL solução oral, Frasco com120mL	N06DA03	Componente Especializado
120	Sacarato de hidróxido férrico	100 mg injetável, Frasco de 5 mL	B03AC02	Componente Especializado
121	Salbutamol	100 mcg aerosol, Frasco de 200 doses	R03AC02	Componente Especializado
122	Selegilina (Lista C1)	5 mg, Comprimido	N04BD01	Componente Especializado
123	Sevelamer	800 mg, Comprimido	V03AE02	Componente Especializado
124	Sildenafila	20 mg, Comprimido	G04BE03	Componente Especializado
125	Sirolimo	1 mg, Drágea	L04AA10	Componente Especializado
126	Sirolimo	2 mg, Drágea	L04AA10	Componente Especializado
127	Somatropina	4 UI, Frasco-ampola	H01AC01	Componente Especializado
128	Somatropina	12 UI, Frasco-ampola	H01AC01	Componente Especializado

129	Sulfassalazina	500 mg, Comprimido	A07EC01	Componente Especializado
130	Tacrolimo	1 mg, Cápsula	L04AD02	Componente Especializado
131	Tacrolimo	5 mg, Cápsula	L04AD02	Componente Especializado
132	Taliglucerase alfa	200 UI injetável, Frasco-ampola	A16AB11	Componente Especializado
133	Tenofovir	300 mg, Comprimido	J05AF07	Componente Especializado
134	Topiramato (Lista C1)	25 mg, Comprimido	N03AX11	Componente Especializado
135	Topiramato (Lista C1)	50 mg, Comprimido	N03AX11	Componente Especializado
Nº	Denominação Comum Brasileira	Apresentação Farmacêutica	Código ATC	Programa SES-RJ
136	Topiramato (Lista C1)	100 mg, Comprimido	N03AX11	Componente Especializado
137	Toxina Botulínica tipo A	100 UI injetável, Frasco-ampola	M03AX01	Componente Especializado
138	Toxina Botulínica tipo A	500 UI injetável, Frasco-ampola	M03AX01	Componente Especializado
139	Vigabatrina (Lista C1)	500 mg, Comprimido	N03AG04	Componente Especializado
140	Ziprasidona (Lista C1)	40 mg, Cápsula	N05AE04	Componente Especializado
141	Ziprasidona (Lista C1)	80 mg, Cápsula	N05AE04	Componente Especializado
*	**Devido a ocorrência de suspensão temporária do medicamento IMIGLUCERASE, o medicamento TALIGLUCERASE ALFA foi incluído na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS**			

Fonte: RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria Estadual de Saúde. (2013).