



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



**MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE**

VIRGINIA OLIVEIRA CHAGAS

**A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS SOBRE O ACESSO
AOS MEDICAMENTOS POR VIA JUDICIAL**

**Goiânia
2013**

VIRGINIA OLIVEIRA CHAGAS

**A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS SOBRE O ACESSO
AOS MEDICAMENTOS POR VIA JUDICIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Linha de pesquisa: Sociedade, Ambiente e Saúde

Orientadora: Dr^a. Vanessa da Silva Carvalho Vila

Co-orientadora: Dr^a Mércia Pandolfo Provin

Goiânia

2013

Chagas, Virginia Oliveira.

C433p A perspectiva dos usuários sobre o acesso aos medicamentos por via judicial [manuscrito] / Virginia Oliveira Chagas. – 2013. 141 f. ; il. ; graf. 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2013.

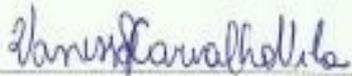
“Orientadora: Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila”.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Política farmacêutica. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDU: 614(043)



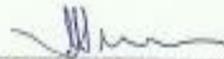
DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 25 DE FEVEREIRO DE 2013 E CONSIDERADA
aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1) 

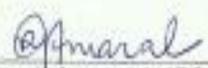
Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila / PUC Goiás (Presidente/Orientadora)

2) 

Profa. Dra. Mércia Pandolfo Provin / UFG (Co-Orientadora)

3) 

Profa. Dra. Milca Severino Pereira / PUC Goiás (Membro)

4) 

Profa. Dra. Rita Goret Amaral / UFG (Membro Externo)

5) _____
Profa. Dra. Lícia Maria Oliveira Pinho / PUC Goiás (Suplente)

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, Flomar e Valni, que me mostram, a cada dia, o quanto é importante acreditar nos sonhos.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida, por estar sempre ao meu lado e permitir que meus sonhos se realizem.

À **professora Vanessa Vila**, minha orientadora neste trabalho, que merece toda minha admiração pela sua competência em me apresentar a pesquisa qualitativa e por sua confiança em meu trabalho.

À **professora Mércia Pandolfo**, pelas valiosas contribuições, do início à conclusão deste trabalho.

Aos meus queridos pais, **Flomar e Valni**, que me mostram cada dia o quanto é importante acreditar em nossos sonhos e por saborearem comigo as conquistas.

À minha irmã e colega no Mestrado, **Marina**, por dividir comigo as angústias, dúvidas e alegrias que nos acompanharam durante esta trajetória.

Ao meu noivo **Danilo**, pelo companheirismo e incansável incentivo e apoio ao meu crescimento profissional.

Aos **usuários (familiares e pacientes)** pelo acolhimento e disponibilidade em me receberem em seu domicílio e aceitaram participar desta pesquisa.

Aos **Promotores de Justiça** por aceitarem participar desta pesquisa e pelas valiosas contribuições neste estudo.

Ao **Dr. Amilton Fernandes Prado**, Secretário Municipal de Saúde de Jataí, e **Maria Aparecida da Silva**, Diretora de planejamento e gestão administrativa na Secretaria Municipal de Saúde, pelo apoio e incentivo ao meu crescimento profissional.

Ao colega, **Valdiney de Jesus Lopes**, pelo planejamento e organização de caronas à Goiânia, mesmo que “um pouco em cima da hora”. Meus sinceros agradecimentos.

Às minhas colegas de trabalho, **Lorena**, **Vera**, **Lázara** e **Graciele** por terem assumido parte de minhas responsabilidades durante minha ausência, para que eu pudesse estar em Goiânia, nos vários encontros de orientação.

À **Fapeg**, pela bolsa de pós-graduação e pelo apoio recebido na minha formação como pesquisadora.

RESUMO

CHAGAS, V. O. **A perspectiva dos usuários sobre o acesso aos medicamentos por via judicial.** 2013. 142f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

O acesso aos medicamentos por meio de ações judiciais tem ocorrido com frequência nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, sendo legitimada pela garantia do direito universal e integral à saúde e é considerada uma via alternativa. Essa crescente demanda tem provocado muitas discussões entre juristas, gestores e profissionais de saúde, visto que podem interferir na gestão da assistência farmacêutica gerando gastos não previstos e comprometendo o orçamento para a saúde. Optou-se por desenvolver um estudo de caso qualitativo com o objetivo de descrever a perspectiva dos usuários sobre o acesso ao medicamento por via judicial no município de Jataí, Goiás. Participaram do estudo oito pacientes e seis familiares. Os dados foram coletados de janeiro a agosto de 2012, por meio de entrevista semiestruturada, observação direta no domicílio dos participantes e análise documental dos processos judiciais. A partir do momento que os sujeitos utilizaram a via administrativa, eles mencionaram as dificuldades encontradas nesta trajetória, tais como a falta de informação, de acolhimento e a demora na resposta do processo. A experiência de busca pela via judicial esteve relacionada à falta de informação oferecida aos usuários, ao bom acolhimento dos profissionais do Judiciário e a resolutividade. Ficou evidente que, para o usuário, o acolhimento e a informação esclarecedora é imprescindível para tomada de consciência sobre a seriedade nesse processo de garantia do direito ao acesso ao medicamento. Em contrapartida, é preciso melhorar o processo comunicativo entre usuários e profissionais de saúde por meio de uma relação dialógica empática, respeitosa que possibilite a troca de experiências e o exercício da alteridade garantindo com isso ações integradas que atendam às necessidades individuais e coletivas para promoção da saúde. Os resultados sugerem o aperfeiçoamento do protocolo de acesso aos medicamentos no Sistema Único de Saúde. Acredita-se ser este o grande desafio para os gestores da saúde pública no Brasil considerando-se a elevada demanda de medicamentos e a necessidade de garantir o direito universal à saúde. É preciso que gestores e trabalhadores do SUS repensem o significado de cuidado tendo como marco teórico os princípios da integralidade, equidade e universalidade.

Palavras-chave: Direito à saúde. Assistência Farmacêutica. Acesso aos serviços de saúde. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

CHAGAS, V. O. **The users' perspective on access to medicines by judicial way.** 2013. 142p. Dissertation (Master Degree in Environmental and Health Science – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013).

The access to the medicines through lawsuits have occurred frequently in all three spheres of the management Unified Health System, being legitimized by the guarantee of the universal and integral right to the health and it is considered an alternative route. This increasing demand has caused many discussions among lawyers, managers and health professionals, as they can interfere in the management of pharmaceutical care generating unforeseen expenses and compromising the health budget. We chose to develop a qualitative case study aimed to describe the users' perspective on access to the medicine by the judicial council of Jataí, Goiás. Eight patients participated in the study and six relatives. Data were collected from January to August 2012, through semistructured interviews, direct observation at the participants' homes and documentary analysis of court proceedings. From the moment that the subjects used the administrative route, they mentioned the difficulties in this path, such as lack of information, the host and the delay in the response process. The search experience via litigation was related to the lack of information provided to users, the welcome to the professional judiciary and the resoluteness. It was evident that, for the user, host and insightful information is essential to raise awareness about the seriousness of this process which guarantees the right to access to the medicine. Instead, we need to improve the communication process between users and health professionals through an emphatic dialogic relationship, respectful allowing integrated actions which individual and collective needs for the health promotion. The results suggest the improvement of the protocol for access to the medicines in the Unified Health System. It is believed that it is the major challenge for public health managers in Brazil considering the high demand for drugs and the need to ensure the universal right to health. We need managers and employees Unified Health System rethinks the meaning of taking care as theoretical principles of integrity, fairness and universality.

Keywords: Right to Health. Pharmaceutical Services. Health Services Accessibility. National Policy of Pharmaceutical Assistance. Unified Health System.

RESUMEN

CHAGAS, V. O. **La perspectiva de los usuarios sobre el acceso a los medicamentos por vía judicial.** 2013. 142f. Disertación (Máster Universitario en Ciencias Ambientales y Salud) – Pontificia Universidad Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

El acceso a las medicinas por medio de acciones judiciales han ocurrido con frecuencia en las tres esferas de la gestión del Sistema Único de Salud, siendo legitimada por la garantía del derecho universal e integral a la salud y es considerada una vía alternativa. Esa creciente demanda ha ocasionado muchas discusiones entre juristas, gestores y profesionales de salud, visto que pueden interferir en la gestión de la asistencia farmacéutica generando gastos no previstos y comprometiendo el presupuesto para la salud. Se optó por desarrollar un estudio de caso cualitativo con el objetivo de describir la perspectiva de los usuarios sobre el acceso al medicamento por vía judicial en el municipio de Jataí, Goiás. Participaron del estudio ocho pacientes y seis familiares. Los datos fueron recogidos de enero a agosto de 2012, por medio de encuestas semiestructuradas, observación directa en el domicilio de los participantes y análisis documental de los procesos judiciales. A partir del momento que los sujetos utilizaron la vía administrativa, ellos mencionaron las dificultades encontradas en esta trayectoria, tales como la falta de información, de acogimiento y el retraso en la respuesta del proceso. La experiencia de busca por la vía judicial estuvo relacionada a la falta de información ofrecida a los usuarios, al buen acogimiento de los profesionales del Judiciario y la resolubilidad. Se evidenció que, para el usuario, el acogimiento y la información esclarecedora es imprescindible para la conciencia sobre la seriedad en ese proceso de garantía del derecho al acceso al fármaco. Por otra parte, es necesario mejorar el proceso comunicativo entre usuarios y profesionales de salud por medio de una relación dialógica empática, respetuosa que posibilite el cambio de experiencias y el ejercicio de la alteridad garantizando con eso acciones integradas que atiendan a las necesidades individuales y colectivas para promoción de la salud. Los resultados sugieren el perfeccionamiento del protocolo de acceso a las medicinas en el Sistema Único de Salud. Se cree que éste sea el gran desafío para los gestores de la salud pública en Brasil considerándose la gran demanda de medicamentos y la necesidad de garantizar el derecho universal a la salud. Es necesario que gestores y trabajadores del SUS repiensen el significado de cuidado teniendo como marco teórico los principios de la integralidad, equidad y universalidad.

Palabras-clave: Derecho a la Salud. Servicios Farmacéuticos. Accesibilidad a los Servicios de Salud. Política Nacional de Asistencia Farmacéutica. Sistema Único de Salud.

LISTA DE SIGLAS

AAS	Ácido Acetilsalicílico
AF	Assistência Farmacêutica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical Classification</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAOSAÚDE	Centro de Apoio Operacional da Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CATS	Câmara de Avaliação Técnica em Saúde
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CF	Constituição Federal
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CIRADS	Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde
CMAC	Central de Medicamentos de Alto Custo
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
DA	Doença de Alzheimer
DAC	Doença Arterial Coronariana
DPU/RN	Defensoria Pública da União do Estado do Rio Grande do Norte
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PGE/RN	Procuradoria- Geral do Estado do Rio Grande do Norte

PGMN/RN	Procuradoria-Geral do Município de Natal/Rio Grande do Norte
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PUC-GO	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
PU/RN-AGU	Procuradoria da União no Estado do Rio Grande do Norte - Advocacia Geral da União
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
SESAP/RN	Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte
SMS/Natal	Secretaria Municipal de Saúde de Natal
STF	Supremo Tribunal Federal
TACIP	<i>Triflusal Aspirin Cerebral Infarction Prevention</i>
TAPIRSS	<i>Triflusal versus Aspirin for the Prevention of Infarction : a Randomized Stroke Study</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3 REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1 O arcabouço legal da Assistência Farmacêutica no Brasil	20
3.2 Acesso aos medicamentos no Brasil	26
3.3 Judicialização do acesso ao medicamento	30
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	40
4.1 Tipo de estudo	40
4.2 Aspectos éticos	40
4.3 Local do estudo	41
4.4 Participantes do estudo	42
4.5 Trabalho de campo	43
4.6 Análise dos dados	46
4.6.1 Análise dos medicamentos demandados e dos argumentos e fundamentos das decisões judiciais	47
4.6.2 Análise dos dados qualitativos	48
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5.1 Caracterização sociodemográfica e econômica dos participantes	50
5.2 Descrição e análise dos casos dos medicamentos solicitados pela via judicial	53

5.2.1 Caso 1	53
5.2.2 Caso 2	55
5.2.3 Caso 3	58
5.2.4 Caso 4	62
5.2.5 Caso 5	65
5.2.6 Caso 6	67
5.2.7 Caso 7	69
5.3 Análise dos medicamentos demandados e dos argumentos e fundamentos das decisões judiciais	75
5.4 Acesso ao medicamento por via judicial	86
5.4.1 Motivações para garantir o acesso ao medicamento	86
5.4.2 A experiência da tentativa de acesso ao medicamento via processo administrativo	91
5.4.3 A experiência de buscar o medicamento via processo judicial	100
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	112
ANEXOS	133
ANEXO A - Declaração aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	133
ANEXO B - Aprovação do atendimento psicológico no NASF	134
APÊNDICES	135
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/Usuários	135
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/Promotores	137
APÊNDICE C - Força da evidência	139
APÊNDICE D - Força de recomendação	140
APÊNDICE E - Roteiro utilizado na coleta de dados	141

1 INTRODUÇÃO

No decorrer de minha trajetória profissional, como farmacêutica, venho desenvolvendo ações que promovam a saúde da população de modo integral, justo e equitativo, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta é uma tarefa árdua, principalmente frente aos enormes desafios relacionados à gestão da saúde em cenários de precária infraestrutura e carente de recursos humanos qualificados para atender os usuários de modo resolutivo e humanizado.

No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como direito social a ser garantido pelo Estado, por meio de políticas sociais e econômicas que têm como objetivo a promoção do bem-estar social, da plena cidadania e qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 1988). Neste contexto, a saúde é o fator essencial para o desenvolvimento humano e resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população.

Desde então, observa-se no cenário brasileiro um amplo debate acadêmico e científico sobre os desafios para promoção da saúde e qualidade de vida de cidadãos brasileiros frente às suas necessidades de cuidados para o enfrentamento do processo saúde-doença. O usuário ainda vivencia um sistema de saúde precário, o conservadorismo das práticas de saúde são pautadas no modelo hospitalocêntrico, com fragilidades assistenciais que impedem a implementação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (SILVA; CALDEIRA, 2010).

O Programa Saúde da Família representa uma proposta de reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo hospitalocêntrico, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco e o reconhecimento do cuidado em saúde a partir do grupo familiar (GUTIERREZ; MINAYO, 2010; ROSA; LABATE, 2005).

O direito à saúde está relacionado com a elaboração de políticas públicas, que devem atender os principais problemas de saúde da população, visando não só a recuperação da saúde, como também sua prevenção e promoção. Neste contexto,

a saúde deve ser garantida a todos de forma equânime visando ao atendimento integral (BRASIL, 2011b).

Entre os problemas vivenciados pelo cidadão brasileiro no sentido de garantir o direito à saúde, destaca-se a dificuldade de acesso aos medicamentos por parte de alguns em função de questões sociais e econômicas que impedem a segurança e a resolutividade do plano terapêutico. O direito à assistência farmacêutica depende de uma política pública e de recursos públicos para ser garantido.

Frente à dificuldade em ter acesso aos medicamentos prescritos para o efetivo tratamento das enfermidades, atualmente, o fenômeno da judicialização do acesso à saúde tem sido amplamente discutida no Brasil e entre as principais áreas que geram processos judiciais está a assistência farmacêutica (SANT'ANA et al., 2011).

O aumento das demandas judiciais, solicitando medicamentos, vem causando impactos nas políticas públicas e no orçamento destinado ao setor saúde, tendo em vista que os recursos públicos destinados à saúde são finitos e todos os cidadãos brasileiros possuem o mesmo direito à assistência farmacêutica. Desse modo, é importante que as necessidades individuais estejam inseridas dentro das políticas públicas (MARQUES, 2011).

Torna-se, assim, importante abordar essa questão, visto que um dos desafios do SUS é garantir o acesso aos medicamentos a todos os usuários. É importante e necessário discutir a atuação do Judiciário, na garantia do direito individual de alguns usuários por meio de decisões judiciais, e seu impacto na política pública destinada a atender o coletivo, dentro do orçamento previsto para a saúde. Neste contexto, cabe à gestão pública elaborar uma política que vise a atender de forma integral e universal, o direito à assistência farmacêutica dos cidadãos.

Na realidade, observa-se que o efetivo acesso de todos os brasileiros à assistência farmacêutica no SUS, está aquém do desejado. Em alguns municípios brasileiros existem dificuldades da população ao acesso à informação de quais medicamentos podem ser encontrados e em que condições são prescritos e são dispensados nos serviços de saúde (VIEIRA, 2010).

Garantir o acesso aos medicamentos representa um dos maiores desafios para o sistema de saúde público no Brasil, tendo em vista, o aumento crescente dos gastos com inovações terapêuticas inacessíveis financeiramente aos usuários, a escassez de recursos financeiros, o uso irracional de medicamentos e a

necessidade de profissionais capacitados nessa área (SIQUEIRA; GAUDARD, 2009).

A administração pública tem como obrigação elaborar políticas e organizar um serviço que atenda, de forma integral e universal, o direito à assistência farmacêutica dos cidadãos. O sistema público deve tomar decisões coletivas, com base nas principais necessidades de saúde da população e nos recursos disponíveis (MARQUES; DALLARI, 2007).

Mayorga et al. (2004) analisando a situação da assistência farmacêutica no Brasil, descreveram que municípios e estados enfrentam alguns problemas relacionados ao desenvolvimento e à qualidade dos serviços farmacêuticos, à infraestrutura e ao atendimento da demanda de medicamentos para atender a população.

Esta realidade vem sendo comprovada por meio de estudos sobre a avaliação da assistência farmacêutica na atenção básica da saúde e mostram que alguns municípios sofreram com a baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos essenciais nas unidades (BRASIL, 2005; GUERRA JÚNIOR et al., 2004).

Um estudo realizado em dezenove municípios do Estado de Minas Gerais evidenciou que a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais nas unidades públicas de saúde penaliza predominantemente os indivíduos mais vulneráveis, os de menor renda, que geralmente dependem da obtenção no setor público como única alternativa de tratamento (GUERRA JR et al., 2004).

Rêgo (2000, p. 396) destaca que

uma pequena parcela da população brasileira tem acesso a tratamentos e medicamentos de última geração, enquanto um grande contingente de pessoas ainda carece de medicamentos essenciais e que as políticas de regulação são necessárias para a garantia do acesso da população a medicamentos de boa qualidade e a preços razoáveis.

Percebe-se que no Brasil, apesar dos avanços da assistência farmacêutica, ainda há falhas do Estado em garantir o acesso aos medicamentos, fato este percebido pelos usuários que, participam mais ativamente na busca da garantia deste acesso (FIGUEIREDO; PEPE; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2010).

Assim, se o poder público não fornece o medicamento que os pacientes necessitam, estes recorrem à Justiça, para garantia do acesso aos medicamentos,

seja por intermédio de defensores públicos, escritórios-modelo de universidades, advogados particulares ou, em alguns casos, do Ministério Público (LOPES; VASCONCELOS, 2006).

Tem se observado uma procura crescente pelo fornecimento de medicamentos por demanda judicial. Os usuários requerem o fornecimento de medicamentos incluídos ou não nas listas oficiais de financiamento, prescritos para indicações não previstas em bula, experimentais e sem registro no país (BRASIL, 2011a).

Uma das consequências do aumento das demandas judiciais solicitando medicamentos são as iniquidades no acesso, privilegiando determinado segmento e indivíduos, com maior poder de reivindicação (CHIEFFI; BARATA, 2009; FERRAZ; VIEIRA, 2009; MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Em minha realidade de trabalho, vivenciei situações que motivaram a reflexão sobre o acesso aos medicamentos por via judicial no município de Jataí, Goiás. Entre os aspectos que pude observar no cotidiano assistencial e que chamaram a minha atenção para esta problemática destacam-se a demanda reprimida, decorrente de dificuldades de acesso ou falha na oferta, as demandas não disponíveis nas listas oficiais ou que não atendem a Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Neste contexto, considerando a problemática relacionada ao acesso aos medicamentos como direito do usuário e a necessidade de compreender as justificativas para recorrerem a via judicial, o presente estudo foi desenvolvido para responder as seguintes questões de pesquisa: *Quais os fatores que motivaram os usuários a utilizarem a via judicial na garantia do acesso aos medicamentos? Qual o perfil dos usuários que utilizaram essa via? Qual a trajetória percorrida por eles até o acesso aos medicamentos via judicial?*

Com o intuito de fazer emergir a percepção dos usuários que utilizaram a via judicial para ter acesso aos medicamentos, pretende-se com este estudo compreender a perspectiva do usuário, visto que ainda são escassos os estudos sobre o ponto de vista dos usuários. Considera-se, ainda, importante fortalecer os estudos sobre a assistência farmacêutica no SUS na perspectiva dos usuários, com vistas a explicitar as percepções, vivências, e suas experiências.

Torna-se, assim, relevante estudar este tema, visto que enseja muitas discussões técnicas entre juízes, promotores de justiça, gestores públicos, médicos, farmacêuticos, enfermeiros e assistentes sociais, necessárias à formulação e

controle das políticas públicas e à melhoria da prestação do serviço de assistência farmacêutica no município, atendendo as necessidades de saúde dos cidadãos de forma integral e universal, com um atendimento mais humanizado pelos profissionais de saúde envolvidos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a perspectiva de usuários que recorreram à via judicial para ter acesso a medicamentos.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e econômico dos usuários que recorreram à via judicial para ter acesso aos medicamentos;
- Descrever os fatores que motivaram os usuários a recorrer à via judicial para acesso aos medicamentos;
- Descrever a experiência vivenciada e a trajetória percorrida pelos usuários até o acesso ao medicamento por via judicial;
- Identificar os fármacos requeridos por via judicial e sua presença em listas oficiais.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O arcabouço legal da Assistência Farmacêutica no Brasil

No Brasil, o direito à assistência farmacêutica é considerado parte integrante do direito à saúde, cabendo, então, ao poder público formular e implementar políticas e ações que assegurem assistência terapêutica e farmacêutica integralmente aos cidadãos, de acordo com o princípio da integralidade da assistência (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

O direito à saúde é legitimamente humano, consagrado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, que descreve em seu artigo 25 que

toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (UNITED NATIONS, 1948, p.4).

Fundamentada neste importante documento, a Constituição Federal Brasileira de 1988, influenciada pela abertura democrática, direcionou a atuação do Estado para consecução do bem-estar social e da plena cidadania. A partir de então se instituiu, pela primeira vez, em seu ordenamento jurídico, determinados direitos sociais, entre eles o direito à saúde, atribuindo ao Estado o dever de garanti-lo, por meio da implementação de políticas públicas (MARQUES, 2005).

O direito à saúde, nos termos do artigo 196 da Constituição Federal (CF), é um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Além de assegurar a saúde como um direito social fundamental, o artigo 6º da CF, ampliou a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, com

¹ Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 12 maio 2012.

base no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde passando a compreendê-la como

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

A CF inseriu a saúde no sistema de seguridade social do país (artigo 194) e instituiu uma estrutura política abrangente para o sistema de saúde brasileiro (artigo 196 a 201). Esta estruturação culminou com a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) que integra a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, formando uma rede regionalizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo e participação da comunidade, destinada a garantir o direito à saúde (BRASIL, 1988).

Em 1990, foi promulgada a Lei nº 8.080, Lei Orgânica da Saúde (LOS) que regulamentou o SUS e estabeleceu que os serviços públicos e privados de saúde que integram o SUS devem atender aos princípios da universalidade de acesso e à integralidade da assistência (BRASIL, 1990a). A Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, trata da participação da comunidade na gestão do SUS e da transferência de recursos financeiros na área da saúde, definindo a necessidade de que os serviços de saúde estejam sustentados em princípios organizativos (hierarquização, descentralização e participação popular) e doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) (BRASIL, 1990b).

Neste contexto, considerando-se os princípios norteadores do SUS, incumbiria às entidades públicas não só a responsabilidade de execução e elaboração de políticas de saúde, mas também a plena responsabilidade pela gestão de um sistema que efetivamente atenda, universal e integralmente, qualquer necessidade da população relativa à assistência à saúde para a totalidade da população (VIOLA, 2006).

O Estado deve instituir políticas sociais e econômicas para garantir a integralidade e universalidade das ações e serviços de saúde aos cidadãos, organizando uma rede de serviços articulada entre os entes da federação, destinada a garantir integralmente o direito à saúde (MARQUES, 2005).

A universalização garante que todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda e ocupação tenham acesso às ações e serviços de saúde. Todos são iguais e não há restrições e privilégios, diferente do que ocorria antes da implantação do SUS, quando apenas os trabalhadores segurados do Instituto Nacional de Previdência Social e depois do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social tinham assistência médica (CUNHA; CUNHA, 2001; FERRAZ; VIEIRA, 2009).

A integralidade da assistência pode ser 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, 1990a, art. 4º).

A Lei Orgânica da Saúde remetia à necessidade da implantação de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM), centrada nas ações da assistência farmacêutica integral, como uma das condições essenciais para a implementação do SUS (BRASIL, 1990a). Dentre as medidas tomadas para regulamentar a Assistência Farmacêutica (AF), o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998, estabeleceu a PNM, que tem como diretrizes “garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos e o acesso da população aos medicamentos essenciais” (BRASIL, 1998, p. 1).

A PNM apresenta diretrizes para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível e determina responsabilidades das esferas de governo no âmbito do SUS. Reforçam ainda a necessidade de reorientação da assistência farmacêutica, a busca contínua da atualização e padronização de protocolos de intervenção terapêutica de doenças com repercussão na saúde pública e a promoção do uso racional (BRASIL, 2002b).

Por meio da PNM, também ficou instituído o papel das três instâncias político-administrativas do SUS: o nível de gestão municipal, responsável pela execução das ações, incluindo a dispensação de medicamentos essenciais, tanto aqueles adquiridos pelo próprio município quanto os fornecidos pelos outros dois níveis. A gestão estadual responsável pela organização e coordenação das ações de AF dentro do Estado e pela dispensação de medicamentos do componente especializado. A gestão federal responsável pela regulação de todo sistema, e pela

proposição de diretrizes das ações a serem implantadas pelos estados e municípios (BRASIL, 1998a).

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde elaborou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), como parte integrante da Política Nacional de Saúde, que consiste em ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, visando ao acesso e ao uso racional dos medicamentos. A PNAF deve ser uma política pública que garanta a intersetorialidade na gestão do SUS, devendo envolver a política de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos. A PNAF considera que o conjunto de ações da assistência farmacêutica:

[...] envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004c, p. 1).

Em 2007, diante da necessidade de qualificar os processos de descentralização e de gestão no SUS e reafirmar compromissos e responsabilidades nas três esferas de governo, foi instituída a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que incluiu a AF como um dos cinco blocos de financiamento que, por sua vez, se subdivide em três componentes: componente básico, estratégico e especializado (BRASIL, 2007b). Posteriormente, a Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009 altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2009a).

O componente básico da assistência farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica (Portaria GM/MS nº 4.217 de 28 de dezembro de 2010) (BRASIL, 2010e). Neste componente, a compra é descentralizada, Estados e municípios recebem o repasse federal do recurso em unidade monetária/habitante/ano, transferido em parcelas de 1/12 avos mensais, sendo somada a esse valor a contrapartida do estado igual ao repassado pelo nível federal (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2002a).

O componente estratégico destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas de saúde estratégicos: controle de endemias, como a tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antiretrovirais dos Programas de DST/AIDS, Sangue e Hemoderivados e Imunobiológicos (BRASIL, 2007b). Os medicamentos estratégicos são adquiridos pelo próprio Ministério da Saúde e distribuídos aos estados/municípios (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2002a).

O componente especializado é uma estratégia de acesso a medicamentos, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em PCDT elaborados pelo Ministério da Saúde a partir de evidências científicas (Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009) (BRASIL, 2009b). Os medicamentos deste componente são para o tratamento de doenças específicas, que atingem um número limitado de pacientes, os quais, na maioria das vezes, utilizam-nos por períodos prolongados. Compreende, assim, um conjunto de doenças bem definidas com protocolos clínicos, em que a dispensação se baseia em custo efetividade e comprovação terapêutica validada. Neste grupo, estão patologias como: doença de Gaucher, doença de Parkinson, Alzheimer, hepatites B e C, pacientes renais crônicos, transplantados, portadores de asma grave, anemia, dentre outras (BRASIL, 2004a).

Em 2011, a Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011 (BRASIL, 2011d) altera a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde² no âmbito do SUS, e reforça que a dispensação de medicamentos deve ser realizada em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011e) regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dispõe em seu artigo 28 que o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe

²Tecnologias em saúde, termo aqui empregado, compreende medicamentos, produtos, insumos, equipamentos, procedimentos, entre outros. Nos termos do art. 1º do Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, considera-se “tecnologias em saúde - medicamentos, produtos e procedimentos por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde devam ser prestados à população, tais como vacinas, produtos para diagnóstico de uso *in vitro*, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais” (BRASIL, 2011c).

- I - estar o usuário assistido por ações e serviços do SUS;
- II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
- IV- ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

Para regulamentação da Lei nº 12.401/2011, foi editado o Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos mínimos para análise de um pedido de incorporação de tecnologias no SUS ou de elaboração/alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2011c).

No processo de gestão do SUS, a AF pode ser vista como um ciclo que se inicia com a seleção, que tem como objetivo decidir fundamentada na melhor evidência científica, quais medicamentos devem ser disponibilizados (MARIN et al., 2003; OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007). Na seleção deve-se considerar: as patologias mais prevalentes dos usuários; a eficácia e a efetividade do fármaco; a segurança e qualidade do fármaco; os fármacos em apresentações farmacêuticas que atendam as necessidades; comodidade posológica; o custo do medicamento e a disponibilidade no mercado (MARIN et al., 2003).

Após a etapa da seleção, inicia-se a programação, que tem por objetivo disponibilizar os medicamentos nas quantidades adequadas para atender às necessidades de uma população, considerando-se um determinado período de tempo (MARIN et al., 2003). Posterior à programação ocorre a aquisição.

O armazenamento é a etapa que envolve conhecimento técnico sobre os produtos a serem armazenados e a gestão de estoques. A distribuição dos medicamentos ocorre posterior a etapa de armazenamento. Nesta etapa ocorre o transporte de uma central de abastecimento até às unidades de saúde (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

A próxima etapa do ciclo da AF engloba a dispensação e a utilização dos medicamentos. As necessidades dos usuários requerem ações no processo de atenção à saúde e garantia da continuidade do cuidado, como a prevenção e resolução de problemas ligados à farmacoterapia (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011). Pode-se evidenciar que a atenção farmacêutica está presente na etapa final do ciclo da assistência farmacêutica (PEREIRA; FREITAS, 2008).

A atenção farmacêutica é definida como uma forma de prover a farmacoterapia, considerando os resultados que devem ser alcançados, de modo a influir na melhoria da qualidade de vida dos usuários, por meio da orientação adequada quanto ao uso correto dos medicamentos, como a promoção do seu uso racional (HEPLER; STRAND, 1999).

Da mesma forma que as demais atividades da AF, a gestão clínica do medicamento compreende um conjunto de tecnologias que se beneficia do trabalho multiprofissional. Ela envolve um conjunto de ações assistenciais, vinculadas à AF, que visa garantir o uso adequado dos medicamentos e a obtenção de resultados terapêuticos positivos (GOMES et al., 2010; SOLER et al., 2010).

Para compreender o acesso aos medicamentos no Brasil, é necessário considerar que o sistema político e o sistema jurídico participam ativamente na garantia do direito social à assistência farmacêutica, parte integrante do direito à saúde (MARQUES, 2005).

3.2 Acesso aos medicamentos no Brasil

O acesso aos medicamentos representa uma estratégia de redução da morbimortalidade associada a doenças e não está restrito à disponibilização dos medicamentos, sendo necessária uma articulação das ações que envolvem a assistência farmacêutica. Tais ações são essenciais para que as intervenções em saúde tenham impacto positivo na melhoria das condições de saúde dos usuários e vão da pesquisa e desenvolvimento de medicamentos à seleção e provisão daqueles indispensáveis às necessidades da população, incluindo-se a prescrição, a dispensação, o acompanhamento e avaliação do seu uso (PEREIRA et al., 2010).

A garantia do acesso aos medicamentos prescritos tem um significado muito importante para a promoção da saúde e a prevenção de agravos à saúde da população. Neste contexto, o acesso é reconhecido como um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e um determinante importante do cumprimento do tratamento prescrito (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007; PANIZ et al., 2008).

O acesso aos medicamentos no SUS ainda é um dos grandes desafios para a melhoria da atenção à saúde, tendo em vista o grau de complexidade que envolve o tema, as diversas interfaces necessárias e os diversos atores envolvidos (BARCELOS, 2005). Apesar de todos os esforços realizados no sentido de ampliar o acesso nas últimas décadas, o sistema público de saúde não tem atendido integralmente às necessidades da população, o que gera uma sobrecarga no orçamento familiar com a compra daqueles medicamentos que não puderam ser adquiridos no setor público, sendo uma das razões das demandas judiciais (SZWARCOWALD et al., 2004).

Outros fatores que têm gerado essas demandas no campo da assistência farmacêutica pelos usuários é a garantia do acesso a medicamentos não disponíveis no serviço público e que não estejam inseridos em listas oficiais de financiamento do pelo SUS, preços abusivos praticados pelos fabricantes ou de falta de estoque, a falta de registro no país e de comprovação científica de eficácia (CHIEFFI; BARATA, 2009). Outra razão que poderia estar exercendo papel importante seria a pressão para a incorporação de novos medicamentos no sistema público de saúde (VENTURA et al., 2010).

Dessa forma, uma política de medicamentos que busque maior eficiência e efetividade na assistência farmacêutica, proporciona uma melhoria na gestão e aplicação dos recursos e, com isso, obtêm-se melhores resultados quanto ao acesso e à satisfação das reais necessidades dos usuários (MARIN et al., 2003).

O acesso aos medicamentos deve levar em conta dimensões relacionadas à disponibilidade (volume e tipo de serviço disponíveis em relação às necessidades do usuário); à acessibilidade (localização geográfica do serviço de saúde, e a localização dos usuários, levando-se em conta os custos necessários para o transporte, tempo e distância); ao acolhimento (representa a relação entre a forma como os serviços se organizam para receber os usuários e a capacidade destes para se adaptarem a essa organização); à capacidade aquisitiva (relação entre o custo dos serviços e a renda do usuário); e à aceitabilidade (relação entre as atitudes/expectativas dos usuários e dos provedores, podendo também ser entendida como a distância social e cultural entre os sistemas de cuidados de saúde e aqueles que deles se utilizam) (PENCHANSKY; THOMAS, 1981; WHO, 2008).

Historicamente, desde 1971, o acesso aos medicamentos no Brasil tem sido facilitado por políticas públicas. Inicialmente, a criação da Central de Medicamentos

(CEME), era responsável pela distribuição de medicamentos para a população de reduzido poder aquisitivo (BRASIL, 1971). A CEME se caracterizava por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos, o que provocou falhas no fornecimento, com desabastecimento e perdas, não sendo eficiente no sentido de melhorar o acesso. A CEME foi responsável pela assistência farmacêutica no Brasil até 1997, e com sua desativação as suas atribuições foram transferidas para diferentes órgãos e setores do Ministério da Saúde.

Em 1997, foi lançado o Programa Farmácia Básica, que possuía uma lista constituída de quarenta medicamentos essenciais a serem fornecidos como forma de garantir à população brasileira o seu acesso. Na verdade, este Programa, era uma estratégia de transição entre a extinção da CEME e o desenvolvimento de uma nova política para o setor. Este programa não obteve êxito visto que cada região brasileira apresentava um perfil de morbimortalidade específico (COSENDEY et al., 2000; OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006).

Após este período, iniciou-se uma discussão sobre o acesso, culminando com a aprovação da PNM, em 1998, que representou um importante avanço na construção de um modelo de atenção à saúde no que se refere à promoção de melhores condições para o acesso aos medicamentos (BRASIL, 1998a).

Outra estratégia relevante para o modelo público de provisão de medicamentos foi a regulamentação da Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, a Lei dos Genéricos, que contribuiu para a garantia do acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais por um preço reduzido e ao mesmo tempo com segurança e eficácia, possibilitando seu intercâmbio com o de referência (BRASIL, 1999; STORPIRTIS; BUENO, 2008). Pesquisadores descrevem que muitos avanços vêm sendo realizados, embora a implantação da política de genéricos no país não tenha favorecido um aumento significativo no acesso da população aos medicamentos, e foi considerada um ganho, pois os usuários tiveram oportunidade de comprá-los a preços mais acessíveis e com garantia de qualidade e intercambiamento (ARAÚJO et al., 2010; DIAS; ROMANO-LIEBER, 2006).

Em 2004, o governo federal ampliou o acesso com a criação do Programa da Farmácia Popular, que vende medicamentos, destinados às doenças prevalentes na população brasileira, a preço de custo. O programa se desenvolve em unidades próprias ou em farmácias e drogarias privadas conveniadas na modalidade “Aqui tem Farmácia Popular” (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004d). Os

medicamentos são disponibilizados por meio de subsídios do Governo Federal, sendo destinados à hipertensão, diabetes e asma, dispensados sem custo para o paciente (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012c).

A assistência farmacêutica no âmbito do SUS deverá garantir o acesso a medicamentos essenciais, compreendidos pela OMS, como “[...] aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população [...]” (OMS, 2002, p. 1) e, portanto,

[...] devem estar disponíveis em todos os momentos, dentro do contexto de funcionamento dos sistemas de saúde, em quantidades adequadas, em dosagem apropriada, com assegurada qualidade e a preço que os indivíduos e a comunidade possam arcar [...] (OMS, 2002, p. 1).

No Brasil, os medicamentos considerados essenciais constituem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que se baseia "nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos" (BRASIL, 2010a, p. 7). A finalidade da Rename é servir de instrumento básico para a elaboração da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (Resme) e da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume), de modo a atender às necessidades específicas da população regional e municipal, após aprovação pelos respectivos conselhos de saúde. Tem também a finalidade de orientar a prescrição médica, o direcionamento da produção farmacêutica e o desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 2010a).

O processo de gestão da assistência farmacêutica é definido pelas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde que devem de modo articulado a partir dos documentos, como a Rename, elaborar a Remume e Resme, respectivamente, para que os usuários tenham garantido o acesso aos medicamentos essenciais (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

Após a publicação da Portaria nº 533, de 28 de março de 2012, a Rename 2012 passou a ser considerada uma lista com todos os medicamentos disponíveis e insumos disponibilizados pelo SUS por meio do componente básico, estratégico e especializado, além de determinados medicamentos de uso hospitalar e não mais considerada uma lista de medicamentos essenciais (BRASIL, 2012a).

Hortale, Pedroza e Rosa (2000) descrevem que o acesso aos medicamentos apresenta uma dimensão social e política. A dimensão social é considerada categoria fundamental, independente das justificativas que possam ser dadas para sua não efetivação (custos excessivos, habilidades técnicas, características da organização) e a dimensão política, associada à descentralização, que não é considerada um valor e um fim em si mesma, mas uma condição necessária para melhorar o acesso.

A compreensão do acesso a medicamentos se relaciona com os fatores associados (características socioeconômicas, percepção de necessidade, crenças, preferências), considerando-se às necessidades da população e as características da prestação dos serviços (localização, horário de funcionamento, tempo de espera) (LUIZA; BERMUDEZ, 2004).

As evidências científicas apontam que as lacunas assistenciais para o acesso ao medicamento e o fenômeno crescente do empoderamento individual e coletivo, têm promovido um movimento nacional de usuários que busca garantir o seu direito à saúde. Este fenômeno pode ser comprovado por meio do aumento do número de processos judiciais direcionados às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde em todo o país (BORGES, 2007; LEITE; MAFRA, 2010; MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005; PEREIRA et al., 2010; ROMERO, 2008; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Este avanço normativo, ao conferir à AF o *status* de direito fundamental, propiciou o aumento das demandas judiciais para a efetivação desse direito. Este fenômeno vem sendo chamado de judicialização da assistência farmacêutica, e neste contexto, chama a atenção o processo de judicialização do acesso ao medicamento.

3.3 Judicialização do acesso ao medicamento

A omissão e/ou ineficácia do Estado na prestação da assistência farmacêutica contribuíram para o aumento da judicialização da saúde. A falta ou a falha na prestação da assistência farmacêutica evidencia a ineficiência da estrutura do SUS e afronta o direito fundamental à saúde (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2010).

A participação do Poder Judiciário no acesso aos medicamentos apresenta efeitos positivos e negativos na garantia do direito à saúde. Como efeito positivo tem a redução das violações de direito cometidas pelo próprio Estado contra os cidadãos, impulsionando a gestão e melhorando o acesso (ENSP, 2008). Dentre os efeitos negativos, a demanda judicial pode interferir no orçamento público destinado à saúde. Outro efeito são as iniquidades no acesso aos medicamentos, visto que pode privilegiar determinados segmentos sociais (pessoas com melhores condições socioeconômicas), favorecendo aqueles que têm acesso à justiça, e as demandas judiciais não são estendidas aos demais portadores da mesma condição patológica que também poderiam ser beneficiados (BARROSO, 2007; CHIEFFI; BARATA, 2009; MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA, 2008; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Nesse contexto, os cidadãos brasileiros têm recorrido à justiça, solicitando medicamentos como uma busca da garantia de seu direito constitucional. A judicialização da saúde afeta os direitos individuais e, ao promover o deslocamento dos recursos das políticas públicas para a satisfação de poucos, contribui para um acesso desigual aos bens e serviços públicos com repercussões na coletividade. As ações judiciais vêm sendo julgadas e deferidas de maneira isolada, sem considerar a forma como serão alocados os recursos e quais as possíveis repercussões na coletividade (TERRAZAS, 2008).

A judicialização excessiva, que peca pela falta de critérios, condena a administração pública ao custeio de tratamentos irrazoáveis e põe em risco a sustentabilidade das políticas de saúde pública. A questão ética na judicialização da saúde, de difícil solução, coloca o “direito à vida e à saúde de uns *versus* o direito à vida e à saúde de outros” (BARROSO, 2007).

Alguns estudos têm demonstrado a desconexão das decisões judiciais com as políticas públicas de saúde e as diretrizes do SUS (CHIEFFI; BARATA, 2009; MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA, 2008; VIEIRA; ZUCCHI, 2007), deslocando recursos de políticas universais e promovendo prejuízos à equidade no acesso à saúde (FERRAZ; VIEIRA, 2009; TERRAZAS; SILVA, 2009; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Apesar do crescente número de estudos realizados sobre demandas judiciais por medicamentos no Brasil, existem muitas lacunas em relação ao conhecimento dos critérios médico-científicos que fundamentam as decisões. Alguns estudos partiram de dados existentes nas Secretarias de Saúde (BORGES, 2007; MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005; PEREIRA et al., 2010; VIEIRA;

ZUCCHI, 2007) e se empenharam a descrever o fenômeno da judicialização. Bomfim (2008) procura identificar as causas do aumento dessas demandas. Sartório (2004) estuda a análise das demandas judiciais de medicamentos do componente especializado. Marques e Dallari (2007) e Romero (2008) trazem uma contribuição sobre a garantia do direito à AF do ponto de vista jurídico.

Um ponto em comum entre os estudos é que a existência de uma prescrição é o principal respaldo para a decisão do juiz (BORGES, 2007; MARQUES; DALLARI, 2007; MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005; PEPE et al., 2008; ROMERO, 2008; SANT'ANA, 2009; SARTÓRIO, 2004; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Segundo Pepe et al. (2008), em uma amostra de 185 ações de medicamentos julgadas na segunda instância do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, a prescrição de medicamento não foi questionada. As decisões judiciais não fazem referência a solicitações de perícias judiciais, ou a outros meios de confirmação do diagnóstico do usuário e da necessidade do medicamento solicitado.

Demandas judiciais contendo prescrições de medicamentos sem registro no país têm levantado discussões sobre o que os mesmos podem acarretar na segurança dos usuários (CHIEFFI; BARATA, 2009; MARQUES; DALLARI, 2007; PEREIRA et al., 2010; PEREIRA, 2006; ROMERO, 2008; SARTÓRIO, 2004).

Outro aspecto apontado pelos estudos é a presença da maior parte dos medicamentos solicitados judicialmente nos elencos de listas oficiais (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005; PEREIRA et al., 2010; ROMERO, 2008; VIEIRA; ZUCCHI, 2007). Pesquisadores evidenciaram que 80,6% das ações havia a solicitação de pelos menos um medicamento não presente nas listas oficiais (PEPE et al., 2008).

As demandas judiciais têm sido uma forma de acesso a medicamentos de última geração, levantando questionamento sobre as evidências em que se baseiam a prescrição e a utilização destas novas tecnologias em saúde. Um estudo analisou as demandas judiciais de antineoplásicos contra a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, entre 2006 e 2007, em que se verificou a concentração de prescrição em poucos profissionais. Em 2006, apenas dois prescritores concentraram 17,8% das prescrições e em 2007, os mesmos concentraram 12,1%. O referido estudo encontrou ainda uma demanda de medicamentos, os quais continham uso em indicação não aprovada no Brasil (uso *off label* ou extra bula) (LOPES et al., 2010).

Alguns autores apontaram a falta de estrutura das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde como fator importante no crescimento da demanda judicial de medicamentos (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009; PEREIRA et al., 2010; ROMERO, 2008). Segundo Romero (2008), as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde não dispõem de desenvolvimento institucional e organizacional, não possuindo estrutura operacional, logística e de atendimento para o crescimento da demanda. A falta de estrutura e a dificuldade de planejamento refletem no desabastecimento de medicamentos nas redes de serviços do SUS.

O desabastecimento também é discutido em estudos realizados em São Paulo e no Rio de Janeiro (MARQUES; DALLARI, 2007; MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005; VIEIRA; ZUCCHI, 2007). Com as demandas judiciais de medicamentos, os setores de assistência farmacêutica municipais e estaduais têm se organizado para atender às demandas com a criação de Câmaras Técnicas (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009).

O Poder Judiciário deve considerar as políticas públicas e não se basear apenas na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080 de 1990 para garantir o direito à saúde ao cidadão, visto que a regulamentação do SUS ocorre por normas infraconstitucionais, como portarias e resoluções, que devem ser consideradas nas decisões judiciais. É importante que o Judiciário na busca pela garantia à saúde e à dignidade da pessoa humana, a partir do fornecimento de medicamentos, considere os aspectos que certificam a segurança do paciente (FIGUEIREDO, 2010).

Outros autores também defendem a ideia de que o Judiciário não tem considerado as normas infraconstitucionais que instituem e regulamentam as políticas de saúde, em especial a de medicamentos e de assistência farmacêutica, em detrimento da supremacia das disposições constitucionais que estabelecem o direito à saúde (MARQUES; DALLARI, 2007; ROMERO, 2008; SANT'ANA, 2009).

As demandas judiciais poderiam ser agrupadas em duas categorias: as justificadas e as injustificadas. Podem ser consideradas justificadas aquelas solicitações de medicamentos previstas nas listas oficiais do SUS, mas cujo acesso esteja prejudicado por problemas de gestão dos serviços farmacêuticos, ou pela ausência de cobertura de determinada doença por uma política de tratamento. As injustificadas seriam as demandas presentes em uma política de tratamento estabelecida e com qualidade, ou a solicitação de medicamentos de eficácia duvidosa (VIEIRA; ZUCCHI, 2009).

No estudo de Messeder, Osorio-de-Castro e Luiza (2005) foram identificados 2.733 processos judiciais solicitando medicamentos contra o estado do Rio de Janeiro, e observou-se que aproximadamente 69% pertenciam a alguma lista de financiamento público, sendo que desses, 14% pertenciam à atenção básica. Borges (2007) identificou 2.245 processos judiciais solicitando medicamentos contra o estado do Rio de Janeiro no ano de 2005 e 52% deles estavam incluídos em listas oficiais.

Um dos maiores desafios para os gestores de saúde é constituído pelas demandas judiciais que solicitam medicamentos não disponibilizados pelo SUS (CHIEFFI; BARATA, 2010). Segundo Vieira (2009), a participação do gasto com medicamentos aumentou de 5,4% do total gasto pelo Ministério da Saúde, em 2002, para 10,7%, em 2007. Segundo informações do Ministério da Saúde, para atender às demandas judiciais foram gastos mais de R\$ 500 milhões em 2007 nas esferas federal, estadual e municipal (JUNGMANN, 2007).

Em Goiás, o gasto com a aquisição de medicamentos solicitados nas ações judiciais contra a Secretaria de Saúde de Goiânia, em termos nominais, aumentou em 1094,13% no período de cinco anos (2003-2007), passando de R\$ 159.815,84, em 2003, para R\$1.908.407,28, em 2007, totalizando R\$ 5.344.274,50 (PROVIN, 2011).

Torna-se necessário que o Poder Judiciário avance em relação à incorporação da dimensão política que compõe o direito à saúde, e que os gestores públicos avancem em relação à elaboração e implementação das políticas de saúde no Brasil. É necessária a organização administrativa da prestação dos serviços de saúde, que, muitas vezes, deixa os cidadãos desprovidos da assistência farmacêutica, sem informações adequadas do caminho para ter acesso ao medicamento no SUS (MARQUES, 2008).

Por ser um bem provido pelo Estado, a saúde, de acordo com os princípios constitucionais, deve ser prestada de forma integral, igualitária e universal. As decisões judiciais, contudo, tendem a ter uma interpretação limitada dos princípios da universalidade e da integralidade do SUS.

Quanto à universalidade, os magistrados alegam que o “acesso universal” deve ser compreendido como “acesso a tudo para todos” (CHIEFFI; BARATA, 2009; MARQUES, 2008). A integralidade vem sendo interpretada, por vezes, como saúde integral, como prestação infinita de serviços. Porém, dentro de um sistema como o

SUS, a integralidade deve ser entendida como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, como prevê o inciso II, artigo 7º da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a).

A questão maior que permeia toda a discussão da interferência do Judiciário no campo da saúde é o dilema entre o direito individual e o direito coletivo. Em relação ao direito à saúde, Teixeira (2011) faz os seguintes questionamentos:

[...] será que é possível atendermos às particularidades dos indivíduos? Sabendo que os recursos são finitos e as necessidades infinitas, não estaria um Juiz, ao garantir o direito ao medicamento a um único indivíduo, cujo medicamento compromete parte significativa do orçamento total destinado ao direito à saúde como um todo de uma população, sacrificando a coletividade em prol de um único indivíduo? O que ocorre não seria a vitória do direito individual sobre o direito coletivo? [...] (TEIXEIRA, 2011, p. 59)

A revista *Época* trouxe, em 19 de março de 2012, a reportagem intitulada *O Paciente de 800 mil*, sobre Rafael Favaro que recebe do SUS o tratamento mais caro do mundo, e revela um dos maiores desafios do Brasil: resolver o conflito entre o direito individual e o direito coletivo à saúde. Rafael Favaro entrou com uma ação judicial contra o governo estadual de São Paulo, exigindo o fornecimento do medicamento Soliris® (eculizumab) para amenizar as complicações de uma forma rara de anemia, denominada hemoglobinúria paroxística noturna. O Soliris ainda não é vendido no Brasil e cada vidro de 30 mililitros custa mais de R\$ 11 mil, são R\$ 35 mil a cada 15 dias, R\$ 70 mil por mês, totalizando R\$ 800 mil por ano (SEGATTO, 2012).

Os recursos públicos são escassos e toda população brasileira possui o mesmo direito à assistência farmacêutica. E desta forma, mesmo que o Judiciário não esteja ciente de sua influência na tomada de decisões coletivas, a sua decisão pode influir na política pública de medicamentos, individualizando a prestação coletiva. E acaba por ofertar um tratamento diferente àqueles que têm acesso ao Judiciário, em detrimento dos demais usuários que possuem o mesmo direito e que não conseguem chegar ao Judiciário (MARQUES, 2005).

Estes aspectos revelam a complexidade envolvida no acesso aos medicamentos no Brasil e o paradoxo de difícil compreensão entre os limites do direito individual e coletivo. O direito individual à saúde deve ser confrontado com o

coletivo e com as políticas de saúde. Werner (2008) propõe discutir o direito à saúde com um olhar voltado para a coletividade, ao invés de se questionar as demandas individuais. Seria mais justo, questionar de forma coletiva, por exemplo, a necessidade de atualização de um protocolo clínico já existente, o que poderia resultar na modificação de uma política pública que se estenderia a todos os portadores de uma mesma doença. Pepe et al. (2010) sugerem o conhecimento da demanda individual de medicamentos que pode auxiliar os gestores e os profissionais do Judiciário no desenvolvimento de estratégias que melhorem o acesso da população.

O direito à assistência farmacêutica depende de uma política pública e de recursos públicos para ser garantido. O sistema jurídico deve garantir a existência de uma política pública de medicamentos pautada pela universalidade e equidade, que garanta a prestação do serviço público de assistência farmacêutica de qualidade. Todavia, as decisões judiciais não podem influir no âmbito da tomada de decisões coletivas pelo sistema político, estabelecendo quais medicamentos devem ser comprados, para quem devem ser disponibilizados e em que tempo, deve-se levar em consideração a política pública estabelecida para a dispensação segura e coletiva (MARQUES, 2005).

A administração pública deve elaborar uma política e organizar um serviço que vise atender de forma integral e universal, o direito à assistência farmacêutica dos cidadãos. E para tanto, o sistema político precisa tomar decisões coletivas, com base nas principais necessidades de saúde da população e nos recursos disponíveis (MARQUES, 2005).

Cabe aos gestores do SUS a reorganização da assistência farmacêutica para garantir a disponibilidade e o fornecimento dos medicamentos previstos nas políticas. É necessário o enfrentamento do problema em tempo hábil, centrado na intersetorialidade, com profissionais capacitados para avaliar a indicação clínica do medicamento pleiteado. Tudo isso à luz da melhor evidência disponível, de acordo com as particularidades de cada usuário, identificando possíveis alternativas disponíveis no SUS, o que evitaria que demandas injustificadas se transformassem em ações judiciais (MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011).

Torna-se necessária uma aproximação do direito e da saúde coletiva, em uma agenda única de saúde, com o envolvimento de todos e que sejam discutidas e

propostas ações que assegurem o direito à saúde de forma eficiente, sem a interferência excessiva do Poder Judiciário nas políticas públicas (PROVIN, 2011).

Com a crescente demanda por medicamentos pela via judicial têm surgido muitas alternativas à judicialização. Muitos estados do Brasil têm buscado propostas de convênios, perícias técnicas e sistemas envolvendo Judiciário, Ministério Público e o Executivo a fim de garantir o direito à assistência farmacêutica aos usuários. No entanto, os esforços destinados à organização e estruturação dos serviços para atendimento das demandas judiciais podem também trazer riscos a esta organização, se houver o privilégio da via judicial à via administrativa. Tal privilégio vai contra ao que se pensa em saúde como direito social de cidadania e compromete os princípios do SUS (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009).

Outro fator que merece destaque é a não divulgação das medidas setoriais definidas. Os cidadãos não conhecem a via administrativa para acesso a medicamentos e os profissionais de saúde têm dificuldade no acesso às listas oficiais. É necessária uma ampla divulgação dos elencos de medicamentos pertencentes aos diferentes componentes de assistência farmacêutica. Soma-se a isso a necessária atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (FIGUEIREDO, 2010).

A perícia técnica se mostra, em alguns casos, como uma alternativa para o juiz decidir sobre a dispensação de um determinado medicamento pela via judicial, visto que existem casos em que a urgência da situação não pode propiciar a perícia técnica (MARQUES, 2011).

Outra alternativa é a criação de Convênios entre os Tribunais de Justiça Estaduais e a Secretaria de Saúde para o fornecimento de subsídios técnicos aos juízes, conforme recomenda o Supremo Tribunal Federal (STF), por meio do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). A Recomendação nº. 31 de 30 de março de 2010 indica uma série de medidas a serem tomadas pelos magistrados na melhoria das decisões judiciais na área da saúde, dentre elas a inserção do direito sanitário como matéria obrigatória nos concursos de ingresso na magistratura, como capacitação dos mesmos em exercício nessa disciplina (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010).

No Rio Grande do Norte foi criado o Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (Cirads), por acordo de cooperação técnica

firmado entre a Defensoria Pública da União no Estado do Rio Grande do Norte (DPU/RN), a Procuradoria da União no Estado do Rio Grande do Norte (PU/RN-AGU), a Procuradoria-Geral do Estado do Rio Grande do Norte (PGE/RN), a Procuradoria-Geral do Município de Natal (PGMN/RN), a Secretaria de Estado da Saúde Pública (Sesap/RN) e a Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS/Natal). O Cirads objetiva a análise prévia das demandas que chegam à Defensoria Pública, que por sua vez conta com o apoio do Ministério da Saúde para a elaboração de parecer técnico, que é enviado à Procuradoria da União, para apresentação nas reuniões ordinárias ou extraordinárias da Comissão (TEIXEIRA, 2011).

Em São Paulo, a Defensoria Pública firmou parceria com a Secretaria de Estado de Saúde para que as pessoas que necessitassem de medicamentos fossem atendidas por técnicos que indicam como os mesmos podem ser obtidos. Piauí, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, entre outros estados, também vivem processos similares, buscando encontrar soluções alternativas ao processo judicial para dar conta das demandas no campo da assistência farmacêutica (TEIXEIRA, 2011).

Em 2008, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, a Defesa Civil e a Procuradoria-Geral do Estado, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e a Procuradoria-Geral do Município, juntamente com a Defensoria Pública do Estado Rio de Janeiro, através de seu Núcleo de Fazenda Pública, inauguram o Sistema de Pedido Administrativo que visa ao fornecimento de medicamentos à população, o que tem diminuído consideravelmente o número de ações judiciais (TEIXEIRA, 2011).

Em Goiás foi implantada a Câmara de Avaliação Técnica em Saúde (CATS) que integra o Centro de Apoio Operacional da Saúde (CAOSAÚDE), órgão auxiliar da Procuradoria Geral de Justiça visando à melhoria da qualidade do serviço público estadual prestado pela CATS/CAOSAÚDE/Ministério Público. A CATS foi implantada em agosto de 2009, por iniciativa do Ministério Público e em parceria com as Secretarias de Saúde do Estado de Goiás e dos municípios de Goiânia e Aparecida de Goiânia. A CATS tem como funções: qualificar a dispensação de medicamentos e serviços de saúde, dar suporte técnico especializado aos operadores do direito, por meio de pareceres de peritos em saúde, propiciando a segurança na tomada de decisões; formular propostas de ampliação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para o Estado de Goiás, incluindo novos medicamentos

comprovadamente eficazes, não contemplados pelos programas do Ministério da Saúde.

Apesar de algumas alternativas à judicialização, é necessário compreender as motivações que levam os usuários a utilizarem à via judicial e apontar as medidas a serem adotadas pelos gestores e profissionais do Judiciário para a melhoria do acesso aos medicamentos e a redução das demandas judiciais, que, em grande parte, revelam interferências na gestão que devem ser superadas por todas as instituições envolvidas, mas, sobretudo, pelas instâncias do SUS e, em particular, na gestão da assistência farmacêutica.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de estudo

Optou-se por desenvolver um estudo de caso interpretativo^{3,4}. Os casos estudados relacionaram-se à realidade vivenciada por usuários que recorreram à via judicial para ter acesso aos medicamentos. Compreende-se que esta realidade é uma construção sociocultural, com significados individuais e coletivos construídos culturalmente e compartilhados intersubjetivamente, e que, portanto, poderão ser descritos e apreendidos.

4.2 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC-GO, sob o protocolo nº 1933/2011 (ANEXO A). As informações obtidas foram registradas de modo a não permitir a identificação dos participantes, sendo adotados nomes fictícios a cada um deles. Antes de iniciar o estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) foi apresentado e assinado, conforme regulamentam os dispositivos da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Foram efetuados os esclarecimentos quanto ao anonimato e à liberdade em interromper a participação na pesquisa no momento em que quisessem, sem que isso lhes acarretasse danos pessoais. Ainda foram esclarecidos, aos participantes, os objetivos do estudo e que os dados coletados serviriam para elaboração de trabalho científico.

³ Tipo de pesquisa muito utilizado para explorar grupos ou experiências relacionadas à saúde ou doença e quando o entendimento atual parece ser inadequado (RICHARDS; MORSE, 2012).

⁴ A preocupação central deste tipo de pesquisa é a compreensão do caso, que pode ser simples ou complexo, individual ou coletivo, pois constitui uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada (STAKE, 2000; YIN, 2010).

Entre os possíveis riscos encontra-se a possibilidade de reações emocionais, como o choro, inibição, vergonha e receio no momento da entrevista. Na ocorrência desse fato, caso fosse identificada alguma alteração emocional, os sujeitos poderiam ser encaminhados, caso sentissem essa necessidade, para atendimento ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) cadastrado na Unidade Básica de Saúde do Conjunto Rio Claro (ANEXO B). Neste estudo, não houve a necessidade deste encaminhamento.

Os dados ficarão arquivados, com a pesquisadora, por um período mínimo de cinco anos, para a possibilidade de atender às necessidades de aprofundamento da análise dos dados, bem como responder a questionamentos decorrentes do encaminhamento para publicação. Após este período, o material será incinerado.

4.3 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Jataí que está localizado no sudoeste de Goiás, com uma população estimada de 88.006 habitantes (IBGE, 2010).

O município de Jataí possui treze unidades básicas de saúde, cinco centros especializados, um hospital municipal e outro particular. Existem no município duas unidades de saúde com dispensação de medicamentos, sendo uma localizada na Policlínica Municipal de Saúde e a outra na Unidade Básica de Saúde da Avenida Goiás. O acesso aos medicamentos do Componente Básico e Estratégico da Assistência Farmacêutica ocorre nestas duas unidades de saúde. A dispensação dos medicamentos solicitados judicialmente é realizada somente na Unidade de Saúde da Avenida Goiás.

Os usuários têm acesso aos medicamentos do Componente Especializado na Central de Medicamentos de Alto Custo (CMAC) Juarez Barbosa, uma unidade de saúde administrada pela Secretaria Estadual de Saúde, com recursos dos governos federal e estadual, em Goiânia, e na Regional de Saúde Sudoeste II, localizada no município de Jataí.

4.4 Participantes do estudo

Participaram deste estudo todos os indivíduos que tiveram acesso a pelo menos um medicamento por via judicial no município de Jataí, Goiás, no período de janeiro a dezembro de 2010. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: indivíduos com idade igual ou superior a dezoito anos, independente do gênero. Por compreender que a vivência desse processo envolvia também o núcleo familiar, foram incluídos os membros da família (mãe, filhos, irmãos, esposo) que participaram do processo de solicitação do medicamento por via judicial.

Para a identificação dos potenciais participantes, inicialmente, contactou-se a funcionária da Secretaria Municipal de Saúde responsável por receber a cópia dos processos judiciais para compreender o funcionamento e o fluxograma de atendimento das demandas judiciais para medicamentos no município de Jataí. Após este contato, fez-se a seleção dos processos judiciais. Esses processos permitiram a busca de dados como endereço e telefone para estabelecer o contato inicial com os usuários⁵. Nesta ocasião, a pesquisadora se apresentava, explicando o motivo do telefonema e solicitava autorização, inicialmente verbal, para que pudesse visitá-los e apresentar formalmente os objetivos da pesquisa, assim como para a obtenção formal da autorização para a realização da pesquisa.

Assim, foram efetivamente contatados, via telefônica, todos os responsáveis pelos processos demandados por dez pessoas, dos quais oito concordaram que a pesquisadora realizasse a primeira visita domiciliar para formalizar a participação e realizar a entrevista. As duas exclusões foram justificadas, os usuários “*temiam a interrupção do fornecimento do medicamento pelo município*”, mesmo após serem esclarecidos os objetivos do estudo e os aspectos éticos relacionados ao anonimato e sigilo das informações.

Os participantes do estudo foram constituídos por oito pacientes e seis familiares que participaram da experiência de solicitar o medicamento por via judicial e de ter acesso a ele. Optou-se por apresentar a descrição de cada caso considerando-se que as decisões foram compartilhadas entre os membros da família e, em algumas situações o familiar foi o principal responsável por esta decisão.

⁵ Neste estudo consideraram-se usuários, os pacientes e seus familiares.

Foram entrevistados quatro pacientes e seis familiares. Em quatro casos, a descrição foi possível apenas por meio da narrativa dos familiares, pois os pacientes não apresentavam condições físicas e/ou mentais para sua efetiva participação.

Para enriquecer a descrição e análise de cada caso, permitindo uma melhor interpretação dos sentidos e significados envolvidos nesta experiência, participaram também o promotor/coordenador do Centro de Apoio Operacional da Saúde (CAOSAÚDE) de Goiânia, Goiás e a promotora da 2ª Promotoria de Justiça de Jataí-Curadoria da Saúde, que ao aceitarem participar deste estudo, assinaram o TCLE (APÊNDICE B)

4.5 Trabalho de campo

O trabalho de campo⁶ consiste na principal etapa em que a pesquisadora com habilidade e sensibilidade, faz a seleção e identificação dos elementos-chave que lhe darão acesso ao objeto a ser estudado.

Para que fosse possível compreender cada caso em profundidade, optou-se por coletar dados relacionados às informações técnicas dos medicamentos demandados por via judicial e à descrição dos participantes sobre a trajetória vivenciada com a experiência de solicitar o medicamento prescrito.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas. Na primeira, foram coletadas informações contidas nos processos judiciais que permitissem a análise técnica dos medicamentos demandados, bem como a identificação dos argumentos e fundamentos utilizados nas decisões judiciais.

Os dados foram coletados de janeiro a agosto de 2012. Para cada caso analisado, procedeu-se a construção do dossiê narrativo de modo que possibilitasse a pesquisadora compreender o contexto técnico da solicitação, bem como, a avaliação da pertinência e grau de recomendação do medicamento solicitado de

⁶ Quando inicia o trabalho de campo, o pesquisador precisa preparar-se para o “confronto de horizontes” e o exercício da alteridade como requisitos que conferem cientificidade e rigor ao estudo de caso. Quanto mais crítico e reflexivo, mais o pesquisador contesta e repensa suas observações, impressões e interpretações acerca da realidade observada e dos aspectos narrados pelos sujeitos pesquisados (VILA, 2006).

acordo com as variáveis clínicas associadas ao diagnóstico médico do paciente solicitante.

Além das informações contidas nos processos, foram investigadas as evidências científicas que permitissem justificar as indicações para os medicamentos solicitados na base de dados *Thomsom Micromedex - Drugdex System* (DRUGDEX, 2012), de onde também foi utilizada a classificação da força da evidência e da recomendação (APÊNDICE C e D).

Foram utilizadas também as bases de dados da Cochrane e PubMed para coleta de evidências. A pesquisa incluiu a estratégia de texto livre por meio dos nomes dos fármacos que não estavam inseridos na Rename 2010 (ácido ursodesoxicólico, oxcarbazepina, clopidogrel, cloridrato de trazodona, cloridrato de memantina, valsartana/besilato de anlodipino, triflusal, atenolol/clortalidona, propatilnitrato, pantoprazol de sódio e domperidona). Não foi considerada a dosagem dos fármacos na estratégia de busca. Os idiomas considerados foram português, inglês e espanhol. A busca eletrônica foi realizada entre agosto e outubro de 2012. Para a coleta de evidências foram selecionados os artigos de revisão, e ensaios clínicos randomizados.

Em relação aos medicamentos solicitados verificou-se o princípio ativo e a existência de alternativa terapêutica nas listas oficiais que compõem o elenco de medicamentos da Rename 2010, visto que no município de Jataí ainda não existe uma Remume. Os medicamentos foram classificados em constantes ou não na Rename.

O acesso ao medicamento no município de Jataí envolve três vias de acesso: a via de rotina, a administrativa e a judicial. Na via de rotina, o usuário procura uma das duas unidades de saúde com dispensação de medicamentos pelo SUS para receberem os medicamentos presentes na Rename, neste caso, os do componente básico e estratégico. Os medicamentos do componente especializado são dispensados na Regional de Saúde Sudoeste II, em Jataí, e na CMAC Juarez Barbosa, em Goiânia.

Na via administrativa, o usuário que não encontrou o medicamento em nenhuma das unidades de dispensação, por não constar na Rename procura a assistente social para montar o processo.

Na via judicial, o usuário procura diretamente o Ministério Público, localizado no Fórum Municipal para solicitar o medicamento desejado.

No caso dos medicamentos que não constavam na Renome 2010, foi verificado se existia alguma alternativa terapêutica a este medicamento, da mesma classe farmacológica (nível 3) pelo código *Anatomical Therapeutic Chemical Classification*⁷ (ATC) do medicamento.

A classificação ATC é recomendada pela Organização Mundial da Saúde, (CAPELLÁ, 1993). É um sistema de classificação que se divide em cinco níveis classificatórios, os quais descrevem desde o local de ação ao nome genérico do fármaco (OSORIO-DE CASTRO, 2000). O primeiro nível indica em qual órgão ou sistema determinado o fármaco atua. O segundo classifica o grupo terapêutico principal. O terceiro, indica o subgrupo terapêutico/farmacológico. O quarto, o subgrupo terapêutico/ farmacológico/ químico. O quinto, e último nível, corresponde ao nome genérico do fármaco (OSORIO-DE-CASTRO, 2000). O medicamento recebe, assim, um código, com sete dígitos, que permite sua classificação em diferentes níveis de agregação.

Após a coleta das informações técnicas relacionadas a cada processo iniciou-se a segunda etapa. Nesta etapa foram realizadas entrevistas semiestruturadas^{8,9} no domicílio dos oito indivíduos que demandaram medicamentos por via judicial e com os dois Promotores de Justiça. As entrevistas foram realizadas, até que fosse possível descrever a realidade social vivenciada pelos participantes. O número de encontros dependeu das informações obtidas, considerando-se os objetivos do estudo, a fim de se obter a saturação teórica das informações coletadas.

As entrevistas com usuários e familiares foram conduzidas por meio de um roteiro (APÊNDICE E) que contemplou variáveis socioeconômicas (idade, nível de escolaridade, renda individual e familiar, estado civil, ocupação), o perfil de saúde, a

⁷ World Health Organization. Collaborating Centre for Drug and Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical Classification. Disponível em: <<http://www.whocc.no/atcddd/>>. Acesso em: 10 maio 2012.

⁸ A entrevista semiestruturada é uma estratégia de coleta de dados fundamental para compreender a lógica das ações, percepções, crenças e comportamentos dos indivíduos (DUARTE, 2004).

⁹ O que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, há a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2000).

origem do tratamento (público ou privado) e os medicamentos solicitados. As questões norteadoras das entrevistas com os usuários foram: *Como foi para você ter acesso ao medicamento que você precisava? Qual o caminho você teve que percorrer para conseguir ter acesso ao medicamento? Por que foi necessário solicitar o medicamento por via judicial? Como foi a experiência de precisar recorrer à via judicial para se ter acesso ao medicamento?*

No primeiro encontro era apresentado o objetivo e a contribuição esperada com a realização do estudo. Após a leitura e assinatura do TCLE, realizava-se a caracterização sociodemográfica. Depois do preenchimento dos formulários, a pesquisadora iniciava a entrevista, solicitando autorização para gravá-la evitando assim, que as informações fossem registradas de modo incompleto, minimizando o risco de perdas.

A gravação das entrevistas foi aceita por todos participantes. O estabelecimento de uma relação empática foi imprescindível para promoção do vínculo. Deixou-se claro que o objetivo não era julgar, dizer o que é certo ou errado, mas sim de compreender como ele vivenciou a experiência de recorrer à via judicial para ter acesso ao medicamento que necessitava.

Para cada um dos sujeitos da pesquisa, foi estruturado um “dossiê narrativo”, composto por dados de identificação, notas de campo, narrativas transcritas na íntegra e de dados obtidos nas cópias dos processos judiciais. As transcrições dos encontros foram feitas tão logo se encerrava a visita.

As entrevistas com os promotores de justiça foram realizadas com o objetivo de responder aos seguintes questionamentos: *Como está a questão das demandas judiciais por medicamentos? Como é esse processo de tomada de decisão? Quais são os principais fundamentos utilizados para concessão de liminares? Como são analisados esses processos? Como o Ministério Público acompanha/monitora a implementação da ordem judicial?*

As entrevistas com os promotores foram gravadas, mediante o consentimento deles e, posteriormente, transcritas na íntegra para análise dos dados.

4.6 Análise dos dados

Para cada caso foi realizada uma análise técnica dos medicamentos demandados, dos argumentos e fundamentos das decisões judiciais e, por último, realizou-se a análise interpretativa das entrevistas.

4.6.1 Análise dos medicamentos demandados e dos argumentos e fundamentos das decisões judiciais

Após a descrição de cada caso, foi realizada a análise técnica e científica dos medicamentos solicitados nas ações judiciais.

A Rename, desde a Portaria nº. 3.916/98 vem sendo atualizada periodicamente, e está agora na sua 8ª edição, tendo sido a última, Rename 2012, aprovada pela Portaria nº. 533, de 28 de março de 2012, elencando 810 itens (BRASIL, 2012a). Na Rename 2012, todos os medicamentos de uso ambulatorial foram incluídos, entre eles, insumos e vacinas. No entanto, para fins deste estudo, a versão da Rename utilizada foi a de 2010, já que era a Relação em vigor à época na qual foram ajuizadas as ações judiciais objeto dessa análise.

Analisou-se o diagnóstico médico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 2008), encontrado nos processos dos usuários para verificar se a indicação do medicamento solicitado condiz com as indicações da bula do medicamento aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (ANVISA, 2012).

Realizou-se também a verificação do registro do medicamento demandado pela via judicial na Anvisa e levou-se em consideração, a apresentação solicitada, não apenas o fármaco. Para isto, foi utilizado o respectivo sítio da agência reguladora na *internet*¹⁰.

Foi analisada a forma de acesso de todos os medicamentos de uso contínuo relatados pelos usuários no momento da entrevista, e se eles compraram em farmácias privadas ou se eram dispensados nas unidades de saúde do SUS no município de Jataí ou na CMAC Juarez Barbosa.

¹⁰ Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 15 set. 2012.

A partir disso, realizou-se a estimativa dos preços dos medicamentos solicitados judicialmente e os de uso contínuo de todos os usuários, exceto daqueles recebidos nas unidades de dispensação do SUS. Esta estimativa foi obtida a partir do sítio na internet do Consulta Remédios¹¹. Nesse momento, realizou-se a busca pelo princípio ativo e foi considerado o preço dos medicamentos para o Estado de Goiás. Em seguida filtrou-se a busca por medicamentos genéricos de menor preço (caso houvesse) definido pela lei nº. 9787 de 10 de fevereiro de 1999 (BRASIL, 2000), se não houvesse a estimativa seguiria com o preço do medicamento de referência, conforme a apresentação, concentração e quantidade de comprimidos de tratamento suficiente para trinta dias.

Foram analisados os processos judiciais quanto aos fundamentos e argumentações mais utilizados pelos juízes ao proferirem suas decisões para o fornecimento de medicamentos.

4.6.2 Análise dos dados qualitativos

A análise dos dados qualitativos¹² constitui um dos processos mais complexos em pesquisa qualitativa. Para realizá-la, a pesquisadora necessitou reconhecer nos dados coletados (transcrições das gravações dos encontros e nas notas de campo), os aspectos relacionados ao objetivo do estudo, a realidade estudada, buscando encontrar os significados expressos na linguagem, bem como nas ações dos indivíduos.

Inicialmente, realizou-se a etapa de redução e organização dos dados. Procedeu-se à leitura dos dossiês narrativos construídos a partir da descrição dos casos e das transcrições das entrevistas e das notas de campo. A partir desta leitura, foi possível amadurecer, construir, desconstruir e reconstruir as narrativas na tentativa de interpretar e, assim, compreender a experiência vivenciada por usuários

¹¹ Disponível em: <<http://www.consultaremedios.com.br>>. Acesso em: 13 set. 2012.

¹² Na análise dos dados qualitativos o pesquisador deve se ancorar em todo material coletado, articulando aos propósitos da pesquisa e à sua fundamentação teórica. Não existem fronteiras entre coleta de informações, o início do processo de análise e a interpretação. Neste sentido, a análise e interpretação ocorre ao longo de todo processo de pesquisa (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011).

para se ter acesso aos medicamentos pela via judicial. Estas divisões foram apenas didáticas, tendo em vista que consistem em etapas dinâmicas que se iniciam com a coleta de dados e que terminam com a verificação dos dados interpretados.

À medida que se aprofundou na leitura dos dados, procedeu-se à construção das unidades de significado. As unidades de significados são formadas por fragmentos textuais representativos de significados para os participantes, da realidade social e da abstração do pesquisador (MILES; HUBERMAN, 1994; STRAUS; CORBIN, 1998). As unidades semelhantes foram agrupadas em núcleos temáticos a partir da semelhança entre os significados. Essa foi a etapa de construção de núcleos temáticos e temas.

Posteriormente, procedeu-se à construção do diagrama\figura (apresentação e identificação da inter-relação entre os núcleos de significado e temáticos), que permite a pesquisadora visualizar os dados como uma reunião de dados organizados propiciando o delineamento de interpretações e, finalmente à interpretação dos resultados, construída a partir da narrativa dos participantes, do referencial teórico, das percepções e reflexões da pesquisadora. Em seguida a pesquisadora descreve como reconhece os dados e explicita as ferramentas conceituais que orientaram sua interpretação¹³.

A interpretação dos significados da via judicial como forma de acesso ao medicamento neste estudo, parte, inicialmente, da leitura crítica e exaustiva dos dados coletados em profundidade. Nesta etapa, ocorre a interpretação do significado das expressões verbais, enfim da narrativa permeada pela subjetividade. Para interpretar as narrativas, foram considerados aspectos referentes ao rigor científico para análise de dados qualitativos, assumindo a intersubjetividade, o confronto de horizontes entre pesquisadora e sujeito pesquisado.

¹³ A interpretação consiste em relacionar as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados presentes na mensagem (MINAYO, 2000).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados e discutidos aspectos relacionados às características sociodemográficas e econômicas dos participantes, aos casos dos oito usuários que tiveram acesso ao medicamento por via judicial e aos núcleos temáticos identificados a partir dos sentidos atribuídos à experiência de ter acesso ao medicamento por via judicial.

5.1 Caracterização sociodemográfica e econômica dos participantes

Foram analisados os processos demandados por oito usuários, sendo cinco do sexo feminino e três do sexo masculino. A idade variou de 21 a 74 anos e o nível de escolaridade foi de 0 a 14 anos. A renda mensal individual de seis participantes foi de R\$ 622,00; um de R\$ 2.367,00 e outra não tinha renda. Entre os participantes, sete contribuíam com a renda mensal familiar. A maioria morava com familiares e tinha filhos (Quadro 1).

QUADRO 1 – Caracterização sociodemográfica e econômica dos pacientes que solicitaram medicamentos pela via judicial. Jataí, Goiás, 2012

USUÁRIO*	IDADE (anos)	GÊNERO	ESTADO CIVIL	OCUPAÇÃO	ESCOLARIDADE (em anos)	RENDA MENSAL INDIVIDUAL (em reais)**	NÚMERO DE FILHOS
Luiza	56	F	Divorciada	Funcionária pública (aposentada)	12	622,00	3
Eliane	21	F	Solteira	Estudante	11	Não possui renda	2
Gustavo	46	M	Divorciado	Funcionário público (aposentado)	14	2.367,00	-
Madalena	74	F	Viúva	Pensionista	5	622,00	2
Nilva	70	F	Casada	Do lar (aposentada)	7	622,00	3
Marta	72	F	Casada	Do lar (aposentada)	5	622,00	4
Hélio	41	M	Casado	Auxiliar de serviços gerais (aposentado)	5	622,00	3
Lázaro	56	M	Solteiro	Pensionista	0	622,00	-

* Nomes fictícios

** Considerou-se o salário mínimo vigente de 2012, correspondente a seiscentos e vinte e dois reais.

Entre os familiares que participaram, quatro eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. A idade variou de 24 a 68 anos. O nível de escolaridade foi de 12 anos, e a renda mensal individual variou de R\$ 622,00 a R\$ 1.378,00. Dos familiares, três eram funcionários públicos, duas do lar e uma era vendedora. Quanto ao grau de parentesco identificou-se uma filha, duas irmãs, dois esposos e uma mãe (Quadro 2).

QUADRO 2 – Caracterização sociodemográfica e econômica dos familiares. Jataí, 2012

NOME	IDADE (anos)	GÊNERO	GRAU DE PARENTESCO	OCUPAÇÃO	ESCOLARIDADE (em anos)	RENDA MENSAL (em reais)
Familiar Luiza	26	F	Filha	Funcionária pública	12	622,00
Familiar Eliane	24	F	Irmã	Vendedora	12	800,00
Familiar Eliane	55	F	Mãe	Do Lar (pensionista)	12	622,00
Familiar Nilva	68	M	Esposo	Funcionário público (aposentado)	12	1.378,00
Familiar Marta	66	M	Esposo	Funcionário Público (aposentado)	12	622,00
Familiar Lázaro	54	F	Irmã	Do Lar (aposentada)	12	622,00

5.2 Descrição e análise dos casos dos medicamentos solicitados pela via judicial

5.2.1 CASO 1

Luiza tem 56 anos, é divorciada, possui ensino médio completo, três filhos e dois netos que moram com ela. Tem plano de saúde complementar. Trabalhou por muitos anos como agente comunitária de saúde e atualmente está aposentada devido aos seus problemas de saúde (artrite reumatoide e hepatopatia auto-imune). Recebe um salário mínimo de aposentadoria e mencionou que não é suficiente para as despesas da casa e para comprar os sete medicamentos de que faz uso diariamente. Contribuem com a renda familiar mensal, ela e o filho que é vendedor, totalizando uma renda mensal de R\$ 2.044,00.

Há dez anos, Luiza tem sérios problemas de saúde. Inicialmente foi diagnosticada hipertensão arterial e, posteriormente, artrite reumatoide, devido a fortes dores nas articulações. Com a descoberta da artrite reumatoide, começou a fazer tratamento em Goiânia com uma reumatologista que a encaminhou a um gastrohepatologista devido a uma alteração verificada nas enzimas hepáticas. Este médico solicitou a realização de uma biópsia no fígado, sendo verificada uma colestase e um quadro compatível com cirrose biliar primária. Em decorrência deste quadro clínico, o médico prescreveu o ácido ursodesoxicólico 300 mg, que é um medicamento com indicação para dissolução de cálculos biliares.

O médico orientou que Luiza tomasse esse medicamento por um mês e que retornasse após utilizá-lo para nova avaliação. Devido ao alto custo do ácido ursodesoxicólico e suas condições financeiras, Luiza relatou ter ficado sem tomá-lo por seis meses.

Luiza mencionou a tentativa de conseguir o ácido ursodesoxicólico 300 mg no SUS, pela via administrativa. Primeiramente, montou processo com a assistente social da Secretaria Municipal de Saúde; aguardou quatro meses e não obteve resposta. Recorreu também ao secretário de saúde para que liberasse o medicamento, também sem sucesso. Ela relata a falha de comunicação no serviço público, principalmente entre o gestor e a assistente social. A filha de Luiza obteve a

informação de que poderia ter acesso ao medicamento de sua mãe por via judicial por meio de uma amiga e decidiu, nesta ocasião, ir à busca dos direitos da mãe.

Luiza faz uso de sete medicamentos diariamente. Destes, apenas o ácido ursodesoxicólico não está presente na Rename 2010. Atualmente, ela tem acesso a quatro medicamentos nas unidades de saúde do SUS. O custo mensal estimado do ácido ursodesoxicólico, solicitado por via judicial, seria de R\$ 354,81. O custo total estimado dos dois medicamentos que ela compra seria de R\$ 108,22, em 2012 (Tabela 1).

Tabela 1 – Relação dos medicamentos de uso contínuo de Luiza. Jataí, Goiás, 2012

Medicamento	Presença Rename 2010	Acesso	Custo mensal (R\$)
Sulfato de hidroxicloroquina 400 mg	Sim – CEAF	Compra	55,00
Fosfato sódico de prednisolona 20 mg	Não	Compra	53,22
Maleato de enalapril 20 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Atenolol 50 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Hidroclorotiazida 25 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Levotiroxina sódica 25 mcg	Sim – CBAF	Recebe	-
Ácido ursodesoxicólico 300 mg	Não	Via judicial	354,81
Custo total estimado (R\$)			463,03

A filha de Luiza relata que a mãe não compra o medicamento sulfato de hidroxicloroquina 400 mg mensalmente, pois ganha amostra-grátis de alguns médicos. Apesar de o medicamento sulfato de hidroxicloroquina 400 mg estar presente no componente especializado da assistência farmacêutica, Luiza diz não ter recorrido a essa forma de acesso devido à burocracia para se ter acesso ao medicamento na CMAC.

A necessidade da utilização do medicamento, as condições financeiras de Luiza e a dificuldade para obtê-lo, pela via administrativa no serviço de saúde, motivaram Luiza e sua filha a utilizarem a via judicial.

A análise dos medicamentos mostra que o ácido ursodesoxicólico 300 mg não está previsto nas listas oficiais para o fornecimento no SUS. Este é o medicamento de escolha para a dissolução de cálculos biliares de colesterol e está aprovado na Anvisa. Apresenta o grau de recomendação Classe I (recomendado) e nível de evidência categoria B (APÊNDICE C e D).

Embora não haja evidências suficientes de que o ácido ursodesoxicólico vá substituir ou reduzir a necessidade de colecistectomia, este medicamento é uma alternativa atraente para a cirurgia em pacientes selecionados (DRUGDEX, 2012). De acordo com a base de dados *Thomsom Micromedex - Drugdex System*, este é o medicamento de escolha para o tratamento da colelitíase primária biliar (DRUGDEX, 2012). Segundo dados do relatório médico anexado ao processo, Luiza necessita de uso contínuo do medicamento com o objetivo de manutenção da função hepática e prevenção de evolução para cirrose biliar primária.

Em revisão sistemática realizada por Gong et al. (2008), que incluiu dezesseis ensaios clínicos randomizados com um total de 1.447 pacientes, com o objetivo de avaliar os efeitos benéficos e os nocivos do ácido ursodesoxicólico em pacientes com cirrose biliar primária, concluiu que a utilização do medicamento melhorou os resultados bioquímicos, a concentração de bilirrubina, a icterícia e a ascite. Os autores descreveram que os potenciais efeitos do ácido ursodesoxicólico na sobrevida dos pacientes parecem estar associados com a duração do processo e a gravidade da doença.

Considerando o grupo farmacológico do ácido ursodesoxicólico, a Rename 2010 não disponibiliza nenhum medicamento deste grupo. A solicitação via judicial dele é considerada justificada, visto que não existem alternativas terapêuticas para este medicamento.

5.2.2 CASO 2

Eliane tem 21 anos, é solteira e possui ensino médio incompleto. Mora com seus dois filhos na casa de sua mãe da qual Eliane é dependente financeiramente. Nunca trabalhou fora devido a sua condição de saúde e não tem plano de saúde. A mãe de Eliane é responsável pela renda mensal familiar e recebe mensalmente uma pensão no valor de um salário-mínimo (R\$ 622,00).

Eliane sofre de epilepsia desde os doze anos de idade; já teve várias quedas na rua devido às crises convulsivas. Com a descoberta de sua doença, começou a fazer tratamento com uma neurologista no Centro Médico Municipal de Jataí, pelo SUS. Já fez uso de vários outros anticonvulsivantes, mas sem uma melhora clínica.

Neste período de experiência com esses medicamentos, Eliane engravidou de seu primeiro filho, sofreu algumas quedas e teve uma gestação de risco. Durante o parto apresentou algumas crises convulsivas, sendo recomendado pela neurologista que não engravidasse novamente devido a possíveis complicações para ela e para o bebê. Após um ano, Eliane engravidou novamente e a neurologista indicou a laqueadura, que foi realizada pelo SUS.

Em decorrência do quadro apresentado, a neurologista prescreveu para uso diário, o fenobarbital 100 mg, a lamotrigina 100 mg e a oxcarbazepina 600 mg. Destes, apenas a oxcarbazepina não está presente na Rename 2010, sendo que ao fenobarbital, ela tem acesso nas unidades de saúde do SUS. A mãe de Eliane relatou comprar a lamotrigina, tendo em vista a burocracia para conseguir receber esse medicamento na CMAC Juarez Barbosa. O custo mensal estimado da oxcarbazepina, solicitada judicialmente, seria de R\$ 204,93, já o custo estimado da lamotrigina seria de R\$ 53,64, em 2012 (Tabela 2).

Tabela 2 – Relação dos medicamentos de uso contínuo de Eliane. Jataí, Goiás, 2012

Medicamento	Presença Rename 2010	Acesso	Custo mensal (R\$)
Lamotrigina 100 mg	Sim – CEAF	Compra	53,64
Fenobarbital 100 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Oxcarbazepina 600 mg	Não	Via judicial	204,93
Custo total estimado (R\$)			258,57

O medicamento oxcarbazepina 600 mg é um medicamento para crises convulsivas. Este medicamento foi prescrito para uso contínuo e Eliane teve uma melhora clínica importante. Sua mãe chegou a comprar algumas caixas do medicamento, mas devido ao alto custo não tinha condições financeiras para adquiri-lo regularmente.

A irmã de Eliane foi a responsável por entrar com o processo via judicial e mencionou que primeiramente foi feita a tentativa de conseguir o medicamento (oxcarbazepina) por via administrativa. Inicialmente montou o processo administrativo com a assistente social da Secretaria Municipal de Saúde, aguardou nove meses e não obteve resposta. Ela relatou a falha de comunicação no serviço público, principalmente pela assistente social.

A irmã de Eliane obteve a informação de que poderia ter acesso ao medicamento de sua irmã por via judicial, a partir do relato de uma amiga de sua mãe que também recebia o mesmo medicamento. A necessidade da utilização do medicamento, as condições financeiras da família de Eliane e a dificuldade para obter o medicamento via processo administrativo no serviço de saúde motivaram-na a utilizar a via judicial.

A análise dos medicamentos mostra que a oxcarbazepina 600 mg não está previsto nas listas oficiais para o fornecimento no SUS. Este medicamento é indicado para o tratamento de crises convulsivas parciais e tônico-clônicas generalizadas, em adultos e crianças com mais de um mês de idade. É indicado como uma droga antiepiléptica de primeira linha para uso como monoterapia ou terapia adjuvante, podendo substituir outras drogas antiepiléticas quando o tratamento usado não for suficiente para o controle da crise (ANVISA, 2012).

Segundo dados do relatório médico anexado ao processo, Eliane apresenta epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização, focal e parcial, com crises parciais complexas. A análise da indicação da oxcarbazepina para Eliane condiz com as indicações da bula do medicamento aprovada na Anvisa, e apresenta o grau de recomendação Classe IIa (recomendado na maioria dos casos), e nível de evidência categoria B (APÊNDICE C e D).

Numa revisão sistemática, incluindo apenas dois ensaios clínicos randomizados comparando a oxcarbazepina com a fenitoína, foram estudados 480 pacientes com crises parciais. Os resultados foram controversos: quando utilizados os desfechos “tempo para suspensão do tratamento e tempo para incidência de uma primeira crise”, houve vantagem para a oxcarbazepina. Porém, com o desfecho “remissão de crises, de seis a doze meses”, não houve diferença entre os medicamentos (MULLER; MARSON; WILLIAMSON, 2006).

É evidente a carência de estudos comparando a oxcarbazepina (não prevista na lista oficial) e carbamazepina (prevista na lista oficial), considerado o medicamento de primeira linha para crises parciais. A igualdade de eficácia foi demonstrada no tratamento de epilepsias focais refratárias em revisão sistemática conduzida por Castillo et al. (2000), que avaliaram dois ensaios clínicos randomizados, incluindo 961 pacientes, e encontrou uma razão de chances de redução de 50% ou mais na frequência de crises de 2,96 (IC95% 2,20-4,00).

Alternativamente, o SUS oferece os medicamentos anticonvulsivantes valproato de sódio ou ácido valpróico, carbamazepina, clonazepam, diazepam, fenitoína, fenobarbital, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2010a).

Para epilepsia, o SUS oferece tratamento medicamentoso por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. A oxcarbazepina não é preconizada para o tratamento de epilepsia, e não consta nos PCDT do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010c).

A solicitação via judicial deste medicamento, para o tratamento de epilepsia, é considerada justificada, porém, seriam necessárias mais informações sobre o histórico dessa usuária como, por exemplo, a existência de tratamentos anteriores com outros fármacos. Para este caso, seria necessária a avaliação do histórico a fim de se verificar se ela apresentou intolerância a outros medicamentos, como os presentes na Rename 2010, informações essas não presentes no processo judicial desta usuária.

5.2.3 CASO 3¹⁴

Por envolver um mesmo núcleo familiar, a descrição deste caso envolve a história de Gustavo e Madalena, sua mãe. Gustavo tem 46 anos, é divorciado, não tem filhos e possui ensino superior incompleto. Mora com sua mãe Madalena que tem 74 anos, é viúva e tem dois filhos, Gustavo e uma filha solteira que mora com ela. Na casa em que moram, apenas Gustavo e Madalena contribuem com a renda familiar total. Ambos têm plano de saúde complementar. Gustavo é funcionário público aposentado e recebe R\$ 2.367,00. Madalena recebe uma pensão no valor de um salário-mínimo, totalizando uma renda mensal familiar de R\$ 2.989,00.

No ano 2000 foi diagnosticada, em Gustavo, uma obstrução da veia central da retina no olho esquerdo, ocasionando uma diminuição da acuidade visual. Depois de três anos foi diagnosticado o problema cardiovascular, sendo submetido a duas pontes de safena. Em 2005, foi diagnosticado a Doença de Cushing e, a partir daí,

¹⁴ Neste item foram descritos o caso de dois pacientes de uma mesma família.

os médicos vêm correlacionando esta doença com os vários problemas de saúde que a antecederam. Em 2006, foi submetido a uma angioplastia com colocação de *stent* e, em 2011, foi novamente submetido a cinco angioplastias.

Em 2006, foi prescrito o bissulfato de clopidogrel 75 mg, após a realização de sua primeira angioplastia. Neste período, Gustavo começou a comprar esse medicamento que foi prescrito para uso contínuo.

Gustavo faz uso de dez medicamentos diariamente. Ele relatou receber os medicamentos do componente básico nas farmácias públicas das unidades de saúde a partir de 2011. Anteriormente a este período, ele comprava em farmácia privada por desconhecimento da dispensação deles nas farmácias públicas das unidades de saúde. Atualmente, dos dez medicamentos que faz uso, ele tem acesso a seis nas unidades de saúde do SUS. Três ele compra, pois não estavam presentes na Rename 2010, e o clopidogrel teve acesso por via judicial. Caso tivesse que comprar, o custo mensal estimado do clopidogrel seria de R\$ 115,68 e o total dos três medicamentos que ele usa seria de R\$ 321,25, em 2012 (Tabela 3).

Tabela 3 – Relação dos medicamentos de uso contínuo de Gustavo. Jataí, Goiás, 2012

Medicamento	Presença Rename 2010	Acesso	Custo mensal (R\$)
Valsartana + Anlodipino 320/5 mg	Não	Compra	107,05
Ácido Acetilsalicílico 100 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Cloridrato de ranitidina 150 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Hidroclorotiazida 25 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Carvedilol 12,5 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Cetoconazol 200 mg	Não	Compra	65,07
Rosuvastatina cálcica 20 mg	Não	Compra	149,13
Alopurinol 100 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Carbonato de Cálcio + Colecalciferol 500 + 400 UI	Sim – CBAF	Recebe	-
Bissulfato de clopidogrel 75 mg	Não	Via judicial	115,68
Custo total estimado (R\$)			436,93

Madalena desde os treze anos de idade sofre com problemas cardiovasculares e já foi submetida a três pontes de safena e uma mamária. O medicamento bissulfato de clopidogrel 75 mg foi prescrito em 2005.

Madalena faz uso de seis medicamentos diariamente. Cinco deles, que estão presentes na Rename 2010, ela recebe, desde 2011 na Farmácia Popular (maleato de enalapril 10 mg, atenolol 50 mg e hidroclorotiazida 25 mg) e nas farmácias públicas (a sinvastatina 20 mg e o besilato de anlodipino 5 mg). Anteriormente a este período, ela comprava todos eles em farmácia privada por desconhecimento da distribuição nas farmácias públicas das unidades de saúde.

Gustavo também solicitou o clopidogrel para Madalena por via judicial. Caso Madalena tivesse que comprar, o custo mensal estimado seria de R\$ 115,68, em 2012 (Tabela 4).

Tabela 4 – Relação dos medicamentos de uso contínuo de Madalena. Jataí, Goiás, 2012

Medicamento	Presença Rename 2010	Acesso	Custo mensal (R\$)
Sinvastatina 20 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Besilato de anlodipino 5 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Maleato de enalapril 10 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Atenolol 50 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Hidroclorotiazida 25 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Bissulfato de clopidogrel 75 mg	Não	Via judicial	115,68
Custo total estimado (R\$)			115,68

O clopidogrel é um inibidor seletivo da agregação plaquetária e, segundo a bula aprovada pela Anvisa, é indicado para a redução dos eventos aterotrombóticos (infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e morte vascular), em pacientes que apresentaram IAM ou AVC recente ou doença arterial periférica estabelecida (ANVISA, 2012).

Gustavo relatou uma tentativa de conseguir o clopidogrel no SUS por via administrativa. Primeiramente, montou um processo administrativo com a assistente social da Secretaria Municipal de Saúde; aguardou quatro meses e não obteve resposta. Gustavo também relatou que foi à Secretaria de Saúde para ver como estava o andamento de seu processo administrativo, pois tinha a informação de que seu processo estava lá para ser analisado. Ele relatou a falha de comunicação, a falta de recursos humanos qualificados na Secretaria Municipal de Saúde e o descaso dos profissionais da área com os usuários.

Gustavo obteve a informação de que poderia ter acesso ao medicamento por via judicial com os pacientes que são acompanhados pelo Núcleo de Combate ao Câncer em Jataí que, por utilizarem medicamentos de custo elevado, acabam recorrendo à via judicial para ter acesso a eles. A necessidade da utilização do medicamento, a demora na obtenção de uma resposta sobre o processo administrativo e o alto custo o motivaram a utilizar a via judicial para beneficiar a ele e a própria mãe.

A análise do medicamento solicitado judicialmente mostrou que o clopidogrel não está presente na Renome 2010. O fármaco alternativo que pertence ao mesmo grupo farmacológico é o ácido acetilsalicílico, de menor custo, eficaz e bem tolerado e que faz parte do Componente Básico da Renome 2010. O clopidogrel é utilizado como opção para pacientes intolerantes ou que não tenham respondido adequadamente ao ácido acetilsalicílico (DRUGDEX, 2012).

A análise da indicação do clopidogrel para Gustavo e para Madalena condiz com as indicações da bula do medicamento aprovada na Anvisa, porém não foi encontrado na base de dados *Thomsom Micromedex - Drugdex System* o grau de recomendação e o nível de evidência para o CID da patologia encontrada nos relatórios médicos anexados ao processo.

Zhou et al. (2012) realizaram uma revisão sistemática e meta-análise de seis ensaios clínicos controlados randomizados com um total de 48.248 pacientes e avaliaram o efeito do ácido acetilsalicílico e do clopidogrel em monoterapia e a associação deles em eventos cardiovasculares. Um grande número de ensaios clínicos mostrou que o ácido acetilsalicílico associado ao clopidogrel não é significativamente mais eficaz que o ácido acetilsalicílico sozinho na redução de eventos cardiovasculares. Além disso, o risco de morte ou de grandes eventos hemorrágicos aumentou com a terapia combinada. Este estudo concluiu um possível benefício da associação do ácido acetilsalicílico com o clopidogrel na redução dos eventos cardiovasculares, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral. No entanto, os benefícios não superam os malefícios (eventos hemorrágicos), quando essas duas drogas são administradas em combinação.

Na análise dos processos judiciais verificou-se que o clopidogrel estava indicado para os dois usuários, porém, não havia descrito no relatório médico os fatores que determinaram a escolha deste medicamento. Seria necessária a avaliação do histórico dos usuários antes do fornecimento do clopidogrel.

A solicitação via judicial deste medicamento para o tratamento de síndromes coronarianas agudas é considerada justificada, embora não se possa concluir sobre a necessidade do uso do clopidogrel, o que demandaria informações mais consistentes sobre os usuários.

5.2.4 CASO 4

Nilva tem setenta anos, ensino fundamental incompleto e é casada. Moram com ela, seu esposo e um filho. Ela nunca trabalhou fora de casa. Recebe um salário mínimo de aposentadoria e tem plano de saúde complementar. O casal é responsável pela renda familiar, totalizando um valor de R\$ 2.000,00.

Há seis anos Nilva tem apresentado um quadro compatível com mal de Alzheimer e Parkinson, com apresentação de crises convulsivas. Com a descoberta da sua doença, começou a fazer tratamento com um neurologista que solicitou a realização de vários exames evidenciando uma hipótese diagnóstica de demência com corpos de Levy, apresentando síndrome demencial e parkinsonismo. Atualmente apresenta total dependência dos familiares, principalmente do esposo, para o atendimento à suas necessidades básicas.

Em decorrência do quadro apresentado, o médico prescreveu a levedopa/cloridrato de benserazida 100/25 mg (indicado para o tratamento da doença de Parkinson); a oxcarbazepina 300 mg (para o tratamento de crises convulsivas) e o cloridrato de trazodona 50 mg (tratamento de depressão mental), que foram solicitados pela via judicial. Entre estes, apenas o levedopa/cloridrato de benserazida está presente na Rename 2010. Além destes medicamentos, Nilva utiliza outros três, dos quais apenas um ela recebe na CMAC. Caso o esposo de Nilva tivesse que comprar os medicamentos solicitados judicialmente, o custo mensal estimado seria de R\$ 215,86 que, segundo ele, comprometeria as despesas para manutenção da casa. E o total dos dois medicamentos que ele compra seria de R\$ 75,69, em 2012 (Tabela 5).

Tabela 5 – Relação dos medicamentos de uso contínuo de Nilva. Jataí, Goiás, 2012

Medicamento	Presença Rename 2010	Acesso	Custo mensal (R\$)
Levedopa+Cloridrato de benserazida 100/25 mg	Sim – CBAF	Via judicial	104,88
Cloridrato de trazodona 50 mg	Não	Via judicial	41,26
Oxcarbazepina 300 mg	Não	Via judicial	69,72
Rivastigmina 3 mg	Sim - CEAF	Recebe	-
Sertralina 50 mg	Não	Compra	67,38
Clonazepan 2,5 mg/ml	Sim – CBAF	Compra	8,31
Custo total estimado (R\$)			291,55

Com o intuito de vender a casa para comprar outra mais adaptada às condições físicas de Nilva, seu esposo foi ao Fórum Municipal para tornar-se o seu curador. Nesse processo de se tornar o curador, o promotor e o juiz perguntaram-no se ele estava comprando os medicamentos dela. Ao afirmar que sim, o promotor e o juiz, então, pediram-lhe um relatório médico detalhado sobre o estado de saúde da esposa para que ele pudesse receber os três medicamentos (levedopa/cloridrato de benserazida, oxcarbazepina e trazodona) pelo município e não precisasse mais comprá-los.

Entre os medicamentos que não estão previstos nas listas oficiais, a oxcarbazepina é indicada como uma droga antiepiléptica, de primeira linha, para uso como monoterapia ou terapia adjuvante, podendo substituir outras drogas antiepilépticas quando o tratamento usado não for suficiente para o controle da crise (ANVISA, 2012). Os dados clínicos do processo de Nilva foram insuficientes para avaliar a indicação clínica desta medicação para ela.

Foi solicitado também o medicamento cloridrato de trazodona, indicado para depressão mental com ou sem episódios de ansiedade, dor neurogênica (neuropatia diabética) e outros tipos de dores crônicas e tratamento da depressão maior (ANVISA, 2012).

No estudo de Francisco et al. (2011), a trazodona mostrou-se eficaz na população idosa, principalmente, devido aos reduzidos efeitos anticolinérgicos associados, e não foram detectadas alterações eletrocardiográficas. Outro aspecto importante desta droga é a sua boa tolerabilidade no tratamento da depressão. No presente estudo, 1/3 dos pacientes idosos interrompeu o tratamento com trazodona por falta de eficácia, e não devido a efeitos adversos. O estudo de Lebert, Stekke e

Hasenbroekx (2004) não mostrou nenhum aumento dos efeitos adversos de trazodona em pacientes com demência. O risco de priapismo e arritmia cardíaca é baixo e está associado com altas doses de trazodona. O mecanismo responsável pelo priapismo está associado ao bloqueio alfa-adrenérgico (CANTARELLI; MARCOLIN, 2006).

O cloridrato de trazodona foi solicitado juntamente com outros dois medicamentos, um anticonvulsivante e um antiparkinsoniano, o que faz supor que o medicamento em questão não foi o principal objeto de solicitação no processo judicial, dificultando, assim, a análise da relação entre a condição patológica da usuária e a solicitação do cloridrato de trazodona.

Considerando o grupo farmacológico da oxcarbazepina, a Rename 2010 oferece os seguintes medicamentos anticonvulsivantes: valproato de sódio ou ácido valpróico, carbamazepina, clonazepam, diazepam, fenitoína, fenobarbital, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2010a).

Para epilepsia, o SUS oferece tratamento medicamentoso por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. A oxcarbazepina não é preconizada para o tratamento de epilepsia, e não consta no PCDT do Ministério da Saúde que recomenda os seguintes medicamentos considerados de primeira linha para tal patologia: etossuximida, clobazam, gabapentina, primidona, topiramato, lamotrigina e vigabatrina (BRASIL, 2010c).

Em relação ao grupo farmacológico do cloridrato de trazodona, a Rename 2010 oferece os seguintes medicamentos antidepressivos: amitriptilina, clomipramina e fluoxetina por meio do componente básico (BRASIL, 2010a).

A solicitação via judicial dos medicamentos para o tratamento de epilepsia e para depressão é considerada justificada, porém, seriam necessárias mais informações sobre o histórico da usuária como, por exemplo, a existência de tratamentos anteriores com outros fármacos. Para este caso, seria necessária a avaliação do histórico a fim de verificar se ela apresentou intolerância a outros medicamentos, como os presentes na Rename 2010, informações essas não presentes no processo judicial da usuária.

5.2.5 CASO 5

Marta tem 72 anos, é casada, possui ensino fundamental incompleto, quatro filhos e mora com ela somente seu esposo. Não tem plano de saúde complementar. É aposentada e nunca trabalhou fora de casa. Recebe um salário mínimo de aposentadoria que, segundo ela, é insuficiente para as despesas da casa e para a compra dos cinco medicamentos de que faz uso diariamente. Contribuem com a renda familiar mensal ela e o esposo, que é funcionário público aposentado, totalizando uma renda mensal de R\$ 1.244,00.

Marta faz tratamento para depressão no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) há seis anos e há três anos tem apresentado um quadro compatível de déficit cognitivo e labilidade emocional. Atualmente desenvolve suas atividades diárias normalmente.

Em decorrência do quadro apresentado, o médico psiquiatra do CAPS prescreveu o cloridrato de memantina 10 mg, um medicamento indicado para o tratamento da doença de Alzheimer. O médico orientou que Marta tomasse esse medicamento por um ano e que ela retornasse depois para nova avaliação. Devido ao alto custo e às condições financeiras do casal, o esposo recorreu à via judicial.

Dentre os cinco medicamentos de que Marta faz uso diariamente, apenas a hidroclorotiazida 25 mg e o cloridrato de amitriptilina 25 mg estão presentes na Rename 2010. Ela pode ter acesso a esses dois medicamentos nas unidades de saúde do SUS. Caso o esposo de Marta tivesse que comprar o cloridrato de memantina 10 mg, o custo mensal estimado seria de R\$ 66,99. O custo total estimado dos dois medicamentos que ele compra seria de R\$ 82,14, em 2012 (Tabela 6).

Tabela 6 – Relação dos medicamentos de uso contínuo de Marta. Jataí, Goiás, 2012

Medicamento	Presença Rename 2010	Acesso	Custo mensal (R\$)
Hidroclorotiazida 25 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Tibolona 2,5 mg	Não	Compra	65,86
Cloridrato de meclizina 25 mg	Não	Compra	16,28
Cloridrato de memantina 10 mg	Não	Via judicial	66,99
Cloridrato de amitriptilina 25 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Custo total estimado (R\$)			149,13

O esposo de Marta procurou a Secretaria Municipal de Saúde de Jataí para verificar a possibilidade de receber o cloridrato de memantina 10 mg, visto que o medicamento era de custo elevado, porém não obteve êxito e decidiu procurar o Ministério Público. Ele obteve a informação de que poderia ter acesso a esse medicamento, pela via judicial, por meio de um amigo que havia conseguido um medicamento de custo elevado para a mãe e que também não apresentava condições financeiras para adquiri-lo.

A análise dos medicamentos mostra que o cloridrato de memantina não está previsto nas listas oficiais para o fornecimento no SUS. Ele é indicado para o tratamento da Doença de Alzheimer moderada à grave e para outras demências caracterizadas por distúrbios da função cerebral, com os seguintes sintomas: distúrbios da concentração e memória, perda de interesse e distúrbios das funções motoras necessárias para efetuar atividades diárias e humor deprimido (síndrome demencial) (ANVISA, 2012).

A análise da indicação do cloridrato de memantina para Marta condiz com as indicações da bula do medicamento, aprovada na Anvisa, e apresenta o grau de recomendação Classe III (não recomendado), e nível de evidência categoria B (APÊNDICE C e D).

Em uma meta-análise de seis ensaios clínicos, Winblad et al. (2007) verificaram que a memantina apresenta eficácia clínica em termos de cognição, comportamento e funcionalidade, e boa tolerabilidade em pessoas com Doença de Alzheimer (DA) moderada à grave. Numa revisão recente, Mcshane, Areosa e Minakaran (2006) concluíram que a memantina apresenta uma discreta eficácia em cognição e funcionalidade, e boa tolerabilidade, em pessoas com DA moderada à grave. Outro ensaio clínico controlado randomizado, em pessoas com doença de Alzheimer leve à moderada, utilizando um inibidor da acetilcolinesterase (donepezila, galantamina ou rivastigmina), demonstrou que a memantina não foi superior ao placebo em medidas de cognição, comportamento e funcionalidade (PORSTEINSSON et al., 2008).

O cloridrato de memantina não é preconizado pelo Ministério da Saúde para o tratamento da DA leve à moderada, e não consta nos PCDT, que recomendam os medicamentos considerados de primeira linha para tal patologia: donepezila, galantamina e rivastigmina (BRASIL, 2010b).

A solicitação via judicial do cloridrato de memantina, para o tratamento do mal de Alzheimer, é considerada justificada. Para este caso, seria necessária a avaliação do histórico da usuária a fim de se verificar se ela apresentou intolerância aos medicamentos presentes na Rename 2010.

5.2.6 CASO 6

Hélio tem 41 anos, é casado, possui ensino fundamental incompleto e três filhos. Mora com ele somente sua esposa. Não tem plano de saúde complementar. Recebe um salário mínimo de aposentadoria, o que não é suficiente, segundo ele, para as despesas da casa e para as compras dos oito medicamentos de que faz uso diariamente. Contribuem com a renda familiar mensal, Hélio e sua esposa, totalizando um valor de R\$ 1.422,00.

Hélio é portador de epilepsia desde os doze anos de idade, com crises parciais complexas com generalização secundária. Este tipo de epilepsia é considerada refratária ou de difícil controle, pois mesmo em esquema terapêutico de politerapia mantém as crises semanais, o que o impossibilita de trabalhar.

Com a descoberta da doença, Hélio começou a fazer tratamento, pelo SUS, com um neurologista no Centro Médico Municipal de Jataí. Já fez uso de vários outros anticonvulsivantes, mas sem melhora clínica.

Hélio ficou um ano sem fazer tratamento neurológico porque não havia atendimento pelo SUS. Nesse período, tomava os medicamentos irregularmente e apresentou várias crises convulsivas. Devido à piora do quadro clínico, ele resolveu procurar um médico especialista e descobriu que havia uma neurologista atendendo pelo SUS. Com o retorno ao tratamento, foi prescrito a oxcarbazepina 600 mg para o controle de suas crises convulsivas.

A neurologista orientou que Hélio tomasse esse medicamento por um ano e, caso não melhorasse, seria necessário submeter-se a uma cirurgia. Hélio chegou a dar entrada na documentação para conseguir a cirurgia pelo SUS, mas desistiu por causa da demora da liberação. Como esse tipo de cirurgia é realizado somente em Goiânia, ficaria muito difícil o deslocamento dele e de sua esposa, que trabalha fora, além de não terem condições financeiras para arcar com as despesas.

Hélio faz uso de oito medicamentos diariamente. Apenas o fenobarbital 100 mg, a hidroclorotiazida 25 mg e a losartana potássica 50 mg estão presentes na Rename 2010. Ele pode ter acesso a esses três medicamentos nas unidades de saúde do SUS. Caso tivesse que comprar, o custo mensal estimado da oxcarbazepina seria de R\$ 136,30 e o total dos quatro medicamentos que ele compra seria de R\$ 218,84, em 2012 (Tabela 7).

Tabela 7 – Relação dos medicamentos de uso contínuo de Hélio. Jataí, Goiás, 2012

Medicamento	Presença Rename 2010	Acesso	Custo mensal (R\$)
Clobazam 20 mg	Não	Compra	60,00
Fenobarbital 100 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Cloridrato de venlafaxina 37,5 mg	Não	Compra	63,33
Cloridrato de tramadol 50 mg	Não	Compra	24,59
Hidroclorotiazida 25 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Losartana potássica 50 mg	Sim – CBAF	Recebe	-
Gabapentina 300 mg	Não	Compra	70,92
Oxcarbazepina 600 mg	Não	Via judicial	136,30
Custo total estimado (R\$)			355,14

Hélio mencionou a tentativa de conseguir a oxcarbazepina 600 mg pelo SUS, via administrativa. Primeiramente montou o processo com a assistente social da Secretaria Municipal de Saúde; aguardou cinco meses e não obteve resposta. Hélio obteve a informação de que poderia ter acesso ao medicamento pela via judicial a partir de conversas com os amigos. A necessidade da utilização do medicamento e as condições financeiras motivaram-no a utilizar a via judicial.

A análise da indicação da oxcarbazepina para Hélio condiz com as indicações da bula do medicamento, aprovada na Anvisa, e apresenta o grau de recomendação Classe IIa (recomendado na maioria dos casos) e nível de evidência categoria B (APÊNDICE C e D).

Alternativamente, o SUS oferece os medicamentos anticonvulsivantes valproato de sódio ou ácido valpróico, carbamazepina, clonazepam, diazepam, fenitoína, fenobarbital, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2010a).

Para epilepsia, o SUS oferece tratamento medicamentoso por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. A oxcarbazepina não é preconizada para o tratamento de epilepsia, e não consta nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010c).

A oxcarbazepina não está prevista nas listas oficiais para o fornecimento no SUS. Desta forma, a solicitação via judicial de um medicamento para o tratamento de epilepsia é considerado justificável, porém seriam necessárias mais informações sobre o histórico desse usuário como, por exemplo, a existência de tratamentos anteriores com outros fármacos.

Para este caso seria necessária a avaliação do histórico a fim de verificar se ele apresentou intolerância aos medicamentos presentes na Renome 2010, essa informação, porém, não estava presente no processo judicial.

5.2.7 CASO 7

Lázaro tem 56 anos, é solteiro, analfabeto e não trabalha. Mora com sua irmã e seu cunhado. Tem plano de saúde complementar. Recebe uma pensão no valor de um salário-mínimo, insuficiente para as suas despesas (compra de todos os medicamentos de que faz uso diariamente e o pagamento do plano de saúde). Contribuem com a renda familiar mensal o seu cunhado, sua irmã e Lázaro, totalizando um rendimento de R\$ 2.044,00.

Lázaro é portador de atrofia cerebral, miocardiopatia hipertrófica (relacionada à hipertensão arterial e doença arterial coronariana), doença do refluxo gastroesofágico e pangastrite crônica. Já teve como complicação infarto agudo do miocárdio.

Diariamente, ele faz uso de dez medicamentos. Destes, a sinvastatina 20 mg, o maleato de enalapril 20 mg, a fenitoína 100 mg e a furosemida 40 mg estão presentes na Renome 2010. Ele pode ter acesso a esses quatro nas unidades de saúde do SUS. O custo mensal estimado dos medicamentos solicitados judicialmente é de R\$ 491,72. A irmã de Lázaro compra apenas a furosemida, com um gasto estimado de R\$ 24,00, em 2012 (Tabela 8).

Tabela 8 – Relação dos medicamentos de uso contínuo de Lázaro. Jataí, Goiás, 2012

Medicamento	Presença Rename 2010	Acesso	Custo mensal (R\$)
Valsartana/Besilato de anlodipino 320/10 mg	Não	Via judicial	127,91
Sinvastatina 20 mg	Sim – CBAF	Via judicial	60,92
Maleato de enalapril 20 mg	Sim – CBAF	Via judicial	34,71
Triflusal 300 mg	Não	Via judicial	93,38
Atenolol/clortalidona 50/12,5 mg	Não	Via judicial	55,86
Propatilnitrato 10 mg	Não	Via judicial	17,79
Pantoprazol de sódio 40 mg	Não	Via judicial	89,99
Domperidona 10 mg	Não	Via judicial	11,16
Fenitoína 100 mg	Sim– CBAF	Recebe	-
Furosemida 40 mg*	Sim – CBAF	Compra	24,00
Custo total estimado (R\$)			515,72

* Apesar de este medicamento estar presente na Rename 2010, e ser dispensado nas farmácias públicas municipais, o familiar do entrevistado disse preferir comprar o medicamento de referência na farmácia privada, por preferência do laboratório.

A irmã de Lázaro relatou que havia conseguido os medicamentos que ela utiliza para tratamento de artrite reumatóide, por via judicial, e que decidiu fazer o mesmo para seu irmão. Ela afirmou que não recorreu à via administrativa para ter acesso aos medicamentos de seu irmão por questões pessoais com a assistente social responsável.

Dentre os oito medicamentos solicitados judicialmente (valsartana/besilato de anlodipino, sinvastatina, maleato de enalapril, triflusal, atenolol/clortalidona, propatilnitrato, pantoprazol de sódio e domperidona) somente dois (sinvastatina e enalapril) estão previstos nas listas oficiais para o fornecimento no SUS. Como o usuário é portador de miocardiopatia hipertrófica por hipertensão arterial grave e doença arterial coronariana, tendo já como complicação infarto agudo do miocárdio, foram-lhe prescritos três anti-hipertensivos, sendo que dois não estão presentes na Rename: valsartana/besilato de anlodipino e atenolol/clortalidona.

Valsartana/besilato de anlodipino é utilizado para tratar a pressão arterial em pacientes cuja pressão não é controlada adequadamente com um único fármaco que a reduz (ANVISA, 2012).

O atenolol/clortalidona é utilizado no tratamento da hipertensão arterial. A combinação de baixas doses eficazes de um betabloqueador e um diurético pode ser adequada para pacientes cujas doses totais dos fármacos administradas individualmente sejam consideradas inadequadas (ANVISA, 2012).

O Ministério da Saúde recomenda como primeira opção anti-hipertensiva na maioria dos pacientes hipertensos os diuréticos em baixas doses prescritos em monoterapia inicial, especialmente para pacientes com hipertensão arterial em estágio 1 (140-159/90-99 mmHg) que não responderam às medidas não-medicamentosas. Entretanto, a monoterapia inicial é eficaz em apenas 40% a 50% dos casos. Muitos pacientes necessitam da associação com anti-hipertensivo de outra classe, como inibidores da enzima conversora de angiotensina, beta-bloqueadores e antagonista do cálcio. Para pacientes em estágio 2 (>160 />100 mmHg), pode-se considerar o uso de associações de fármacos anti-hipertensivos como terapia inicial (BRASIL, 2006).

A Rename 2010 oferece, no componente básico da assistência farmacêutica, seis classes de medicamentos indicados no tratamento da hipertensão: diuréticos, bloqueadores adrenérgicos, bloqueadores de canais de cálcio, vasodilatadores diretos, inibidores da enzima conversora da angiotensina e antagonistas de receptores de angiotensina II (BRASIL, 2010d). Para este caso seria necessária a avaliação do histórico do usuário a fim de verificar se ele apresentou intolerância aos medicamentos de primeira escolha para o tratamento da hipertensão.

A análise da indicação da valsartana/besilato de anlodipino para Lázaro condiz com as indicações da bula do medicamento aprovada na Anvisa, e apresenta o grau de recomendação Classe IIa (recomendado na maioria dos casos) e nível de evidência categoria A. A indicação do atenolol/clortalidona também condiz com as indicações da bula, aprovada pela Anvisa, e apresenta o grau de recomendação Classe IIa e nível de evidência categoria B (APÊNDICE C e D).

Dois estudos randomizados, duplo-cego, placebo-controlado avaliaram a terapia combinada de valsartana/anlodipino, comparada com anlodipino ou valsartana em monoterapia em pacientes hipertensos negros. A combinação valsartana/anlodipino foi bem tolerada e foi associada com maior redução da pressão sanguínea do que cada monoterapia e o placebo (SMITH et al., 2007). No estudo de Allemann et al. (2008), pacientes com hipertensão não controlada pela monoterapia receberam tratamento por dezesseis semanas com valsartana/anlodipino 160/5mg/dia ou 160/10 mg/dia, e a pressão sanguínea foi controlada em 72,7% e 74,8% dos pacientes, respectivamente.

Os diuréticos e beta-bloqueadores, quando utilizados em doses mais elevadas ou combinados entre si, podem induzir alterações significativas do

metabolismo dos carboidratos, tais como, aumentar a resistência à ação da insulina em tecidos periféricos, como o adiposo e musculatura esquelética, predispondo, desse modo, o paciente a tornar intolerante à glicose ou mesmo diabético (SARAFIDIS; MCFARLANE; BAKRIS, 2007). Este efeito dos beta-bloqueadores e dos diuréticos ficou evidente no estudo de Kohlmann Júnior (2012); um estudo multicêntrico, aberto, randomizado e comparativo que avaliou a eficácia anti-hipertensiva, a tolerabilidade, a segurança e o impacto sobre a sensibilidade à insulina da combinação galênica única de atenolol 25 a 50 mg e anlodipino 5 mg comparada à combinação livre de atenolol 50 a 100 mg com clortalidona 12,5 a 25 mg em hipertensos primários estágios 1 e 2. O relato mais frequente foram alterações glicêmicas como evento adverso, mas também houve demonstração de redução do índice de sensibilidade à insulina nos pacientes tratados com a combinação de atenolol e clortalidona.

Lázaro é portador de doença aterosclerótica do coração e já teve como complicação infarto agudo do miocárdio, sendo prescrito o triflusal, para a prevenção das doenças tromboembólicas, e o propatilnitrato como um vasodilatador, utilizado em doenças cardíacas.

O triflusal é indicado para o tratamento e profilaxia das doenças tromboembólicas, vasculopatias periféricas e alterações cérebros-vasculares; prevenção da trombose venosa pós-operatória; prevenção do infarto do miocárdio; prevenção do reinfarto do miocárdio; prevenção das lesões ateroscleróticas; redução do risco de doenças vasculares em pacientes com hiperatividade plaquetária; prevenção de trombose em enxertos aortocoronários e tratamento de microangiopatia diabética (ANVISA, 2012).

A análise da indicação do triflusal para Lázaro condiz com as indicações da bula do medicamento, aprovada na Anvisa, e apresenta o grau de recomendação Classe III (não recomendado) e nível de evidência categoria B (APÊNDICE C e D).

O efeito do triflusal foi avaliado em dois estudos clínicos, *Triflusal versus Aspirin for the Prevention of Infarction: a Randomized Stroke Study* (TAPIRSS) (CULEBRAS et al., 2004) e *Triflusal Aspirin Cerebral Infarction Prevention* (TACIP) (MATIAS-GUIU et al., 2003). Em ambos os estudos, foi comparado o efeito de 600 mg de triflusal por dia e 325 mg de AAS por dia. A incidência de morte cardiovascular, AVC não-fatal, não foi significativamente diferente no estudo TACIP (13,1% em Triflusal vs 12,4% em AAS). No entanto, uma significativa diminuição na

incidência total de hemorragias e extra-intracraniana foi observada no estudo TACIP (16,4% em triflusal vs 24,5% em AAS).

A Rename 2010 disponibiliza o ácido acetilsalicílico, presente no componente básico, como um inibidor da agregação plaquetária. Para este caso seria necessária a avaliação do histórico do usuário a fim de verificar se ele apresentou intolerância ao ácido acetilsalicílico presente na Rename 2010.

O propatilnitrato é indicado para o tratamento de episódios agudos na angina pectoris, e na prevenção de crise aguda de angina produzida por exercícios, em pacientes com insuficiência coronariana crônica (ANVISA, 2012).

A análise da indicação do propatilnitrato para Lázaro condiz com as indicações da bula do medicamento, aprovada na Anvisa, porém não foram encontrados o grau de recomendação e o nível de evidência do propatilnitrato na base de dados *Thomsom Micromedex - Drugdex System*.

No estudo TIMI III, realizado por Stone et al. (1996), observou-se que apesar da alta prevalência de doença arterial coronariana (DAC), prévia em pacientes admitidos por angina instável ou infarto agudo do miocárdio (IAM), sem supradesnível de ST, o uso prévio de nitratos relacionou-se com um risco 1,6 maior de óbito ou infarto no primeiro ano subsequente. Segundo Manfroi et al. (1987) e Armaganijam et al. (1980), o propatilnitrato possui efeitos benéficos na prevenção das manifestações clínicas e eletrocardiográficas da isquemia induzida, pelo exercício, e os autores também verificaram que as principais ações são semelhantes às dos demais nitratos. De acordo com Knobel et al. (1986), o propatilnitrato tem farmacocinética semelhante à do dinitrato de isossorbida, porém seus efeitos são menos rápidos e intensos. A Rename 2010 apresenta em seu elenco os seguintes nitratos: dinitrato de isossorbida (comprimido sublingual 5 mg) e mononitrato de isossorbida (comprimido 40 mg e solução injetável 10 mg/mL) (BRASIL, 2010d).

A isossorbida é um medicamento vasodilatador, usado em doenças cardíacas, pertencente ao componente básico da assistência farmacêutica, sendo uma alternativa terapêutica ao propatilnitrato. A isossorbida atua como vasodilatador coronariano e venoso, prevenindo a angina (dor no peito) (ANVISA, 2012). Para este caso, também seria necessária a avaliação do histórico do usuário, visto que essa informação não foi possível verificar no processo, a fim de verificar se ele apresentou intolerância à isossorbida presente na Rename.

Lázaro também é portador de esofagite e lhe foram prescritos o pantoprazol e a domperidona. O pantoprazol está indicado para tratamento da úlcera péptica duodenal (úlceras causadas pelo ácido do estômago em contato com o revestimento do início do intestino), úlcera péptica gástrica (úlceras causadas pelo ácido do estômago) e das esofagites de refluxo moderada ou grave (doença causada pela volta do conteúdo do estômago para o esôfago) (ANVISA, 2012).

A análise da indicação do pantoprazol para Lázaro condiz com as indicações da bula do medicamento, aprovada na Anvisa, e apresenta o grau de recomendação Classe IIa (recomendado na maioria dos casos) e nível de evidência categoria B (APÊNDICE C e D).

Estudo prospectivo, multicêntrico, randomizado, duplo-cego, realizado com 461 pacientes com doença do refluxo gastroesofágico, mostrou que o pantoprazol 40 mg/dia, via oral, tem um perfil de tolerabilidade comparável ao omeprazol 20 mg/dia e lansoprazol 30 mg/dia, via oral, após oito semanas de tratamento (CORINALDESI et al., 1995; DUPAS; HOUCKE; SAMOYEAU, 2001).

O pantoprazol mostrou-se mais eficaz que os bloqueadores de receptores histamínérgicos H₂, com uma eficácia semelhante a outros inibidores de bomba de prótons para os sintomas de azia, odinofagia, disfagia e regurgitação ácida (ENCK; DUBOI; MARQUIS, 1999; HOLTSMANN, 2009; SCHOLTEN, 2007). Pacientes que tomaram o pantoprazol 40 mg/dia, apresentaram uma melhora nos sintomas em um período de doze meses em comparação com os pacientes que tomaram ranitidina 150 mg duas vezes por dia (83% vs 58%, $p < 0,001$) (RICHTER et al., 2004).

A Rename 2010 disponibiliza o omeprazol, um medicamento inibidor da bomba de prótons no componente básico da assistência farmacêutica, indicado para úlcera péptica e doença do refluxo gastroesofágico (BRASIL, 2010d), sendo uma alternativa terapêutica ao pantoprazol de sódio.

A domperidona é indicada para síndromes dispépticas frequentemente associadas a um retardo de esvaziamento gástrico, refluxo gastroesofágico e esofagite: sensação de empachamento epigástrico, saciedade precoce, distensão abdominal, dor abdominal alta, eructação, flatulência, náuseas e vômitos, azia, queimação epigástrica com ou sem regurgitação de conteúdo gástrico. Também são observados náuseas e vômitos de origem funcional, orgânica, infecciosa ou alimentar ou induzidas por radioterapia ou tratamentos por drogas (antiinflamatórios, antineoplásicos). Uma indicação específica são as náuseas e vômitos induzidos

pelos agonistas dopaminérgicos, usados na doença de Parkinson como a L-dopa e bromocriptina (ANVISA, 2012).

A análise da indicação da domperidona para Lázaro condiz com as indicações da bula do medicamento aprovada na Anvisa, porém não foi encontrado o grau de recomendação e o nível de evidência deste medicamento na base de dados *Thomsom Micromedex - Drugdex System*.

A domperidona não está aprovada nos Estados Unidos para qualquer indicação. O uso de domperidona tem sido associado com um risco aumentado de eventos cardiovasculares graves, bradicardia, incluindo morte súbita cardíaca e arritmia ventricular grave. Se os benefícios da domperidona superam os riscos, o tratamento deve ser iniciado com a menor dose possível e utilizada com cautela (WHO, 2007).

A Rename 2010 disponibiliza a metoclopramida, um medicamento propulsivo pertencente ao componente básico da assistência farmacêutica, sendo uma alternativa terapêutica à domperidona. A metoclopramida é indicada para distúrbios da motilidade gastrointestinal e náuseas e vômitos de origem central e periférica (cirurgias, doenças metabólicas e infecciosas, secundárias a medicamentos) (BRASIL, 2010d).

A solicitação via judicial é justificada para os medicamentos que não constam na Rename 2010. No entanto, seria necessário verificar se Lázaro apresentou intolerância ao omeprazol e à metoclopramida, presentes na Rename 2010. Seriam necessárias mais informações sobre o histórico de Lázaro, como por exemplo, a existência de tratamentos anteriores com outros fármacos. Para dois medicamentos a ação judicial seria considerada injustificada, considerando-se que são medicamentos disponibilizados pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

5.3 Análise dos medicamentos demandados e dos argumentos e fundamentos das decisões judiciais

O itinerário terapêutico é representado pelas decisões, negociações e avaliação que as pessoas fazem do seu viver e de sua condição, e procura

descrever e analisar os caminhos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionar o problema de saúde. Essas experiências são construídas pelas pessoas em seus contextos de relações sociais (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008; GERHARDT, 2006). O não cumprimento do itinerário terapêutico pode levar ao uso inadequado do medicamento e pode comprometer a qualidade de vida e adesão ao tratamento (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012). Neste estudo, foram observados dois possíveis itinerários até que fosse efetivamente garantido o acesso aos medicamentos para os participantes do estudo.

No primeiro itinerário, seis participantes mencionaram que inicialmente procuraram a Secretaria Municipal de Saúde de Jataí, para obter o medicamento. Após a constatação de que o(s) medicamento(s) prescrito(s) não estava(m) presente(s) nas listas oficiais de medicamentos foi necessária a abertura do processo administrativo. Essa trajetória foi marcada, principalmente, pela demora e falta de acolhimento que motivaram o usuário a recorrer ao Ministério Público para propor uma ação judicial contra o município de Jataí e, com prazo estabelecido, obter o medicamento mais rapidamente, de forma a não comprometer ainda mais o plano terapêutico e garantir a resolutividade do acesso.

No segundo itinerário, dois usuários procuraram diretamente o Ministério Público para ter acesso aos medicamentos prescritos. A partir disso, o Ministério Público entrou com a ação judicial contra o município de Jataí e determinou um prazo para seu cumprimento. A Secretaria Municipal de Saúde adquiriu o medicamento por meio de compra direta ou por processo licitatório para que fosse dispensado ao usuário. Destaca-se que, nestes processos havia medicamentos que não estavam presentes nas listas oficiais, mas também, medicamentos previstos e que poderiam ser disponibilizados nas duas unidades de saúde com dispensação de medicamentos no município.

A figura 1 representa esquematicamente os itinerários percorridos pelos usuários no acesso ao medicamento, interpretados a partir das narrativas dos sujeitos e análise dos processos judiciais.

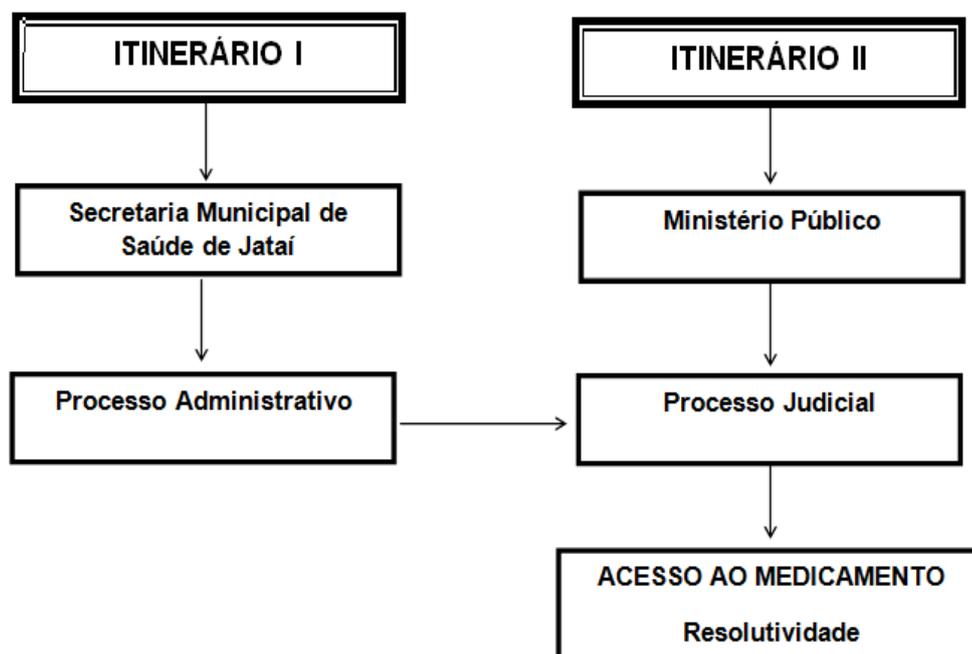


Figura 1 - Itinerário percorrido pelo usuário no acesso ao medicamento. Jataí, Goiás, 2010.

No período investigado, foram demandados judicialmente, por usuários do SUS do município de Jataí, quatorze medicamentos. Entre eles, onze não estão presentes em nenhum componente de financiamento da assistência farmacêutica e três fazem parte do componente básico (sinvastatina, enalapril e levedopa/cloridrato de benserazida). Observou-se que, em todos os processos judiciais, havia pelo menos um medicamento que não estava presente em listas oficiais. A inexistência da maior parte dos medicamentos demandados nestas listas torna a via judicial a principal via de acesso (FIGUEIREDO, 2010).

Todos os quatorze medicamentos solicitados possuem registro no país. Observou-se que foram solicitados de um a oito medicamentos por paciente e a média de pedidos por processo foi de 2,3. A classificação do primeiro nível da ATC indicou que os grupos anatômicos mais frequentes foram o sistema nervoso (N) (28,6%), o sistema cardiovascular (C) (28,6 %) e o aparelho digestivo e metabolismo (21,4%) (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos medicamentos solicitados, segundo o 1º nível da Classificação Anatômico, Terapêutico e Químico - classificação ATC. Jataí, Goiás, janeiro a dezembro de 2010

1º nível ATC – Grupos anatômicos	N	%
N - Sistema nervoso	4	28,6
C - Sistema cardiovascular	4	28,6
A - Aparelho digestivo e metabolismo	3	21,4
B - Sangue e órgãos hematopoiéticos	2	14,3
Medicamento não classificado (Propatilnitrato)	1	7,1
Total	14	100

Estes resultados estão condizentes ao evidenciado por pesquisadores brasileiros. Macedo (2010) verificou que o número de medicamentos solicitados em cada processo judicial variou entre um e sete itens. Vieira e Zucchi (2007) verificaram que em 43% dos processos judiciais movidos pelos usuários contra a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, em 2005, havia apenas um pedido de medicamento e que em 20% havia mais de quatro. Em outros estudos as médias obtidas de medicamentos solicitados por via judicial variaram de 2,0 a 2,8 (BRASIL, 2008; FIGUEIREDO, 2010; PEREIRA et al., 2010). Entre os estudos que analisaram a classificação ATC dos medicamentos solicitados, a maioria evidenciou que se tratava de medicamentos para o sistema nervoso, cardiovascular e aparelho digestivo e metabolismo (BRASIL, 2008; CHIEFFI; BARATA, 2009; LUIZA; MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO, 2005; SANT'ANA et al., 2011).

Acredita-se que a existência de processos judiciais que requerem vários medicamentos, incluindo aqueles que constam na Rename, assim como discutido por Pepe et al. (2010) e Sant'ana (2009), está associado ao fato de que o usuário, ao recorrer ao Judiciário, motivado pela necessidade de obter medicamentos indisponíveis no SUS, aproveite a ocasião para solicitar todos (ou quase todos) eles.

Outra explicação para solicitações judiciais de medicamentos contemplados pelas políticas públicas parece ser a falta deles nas farmácias, devido a falhas no gerenciamento da assistência farmacêutica (programação, aquisição e distribuição). Outro aspecto é o desconhecimento dos prescritores das listas oficiais de medicamentos e a disponibilidade deles no sistema público (CHIEFFI; BARATA, 2009; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

As demandas judiciais, solicitando medicamentos que não constavam nas listas oficiais de financiamento público no período investigado, no município de Jataí,

foram consideradas justificadas. Entre estas demandas, observou-se que em dois casos, tais como o bissulfato de clopidogrel (inserido na Rename 2012) e o ácido ursodesoxicólico (com evidências científicas para sua indicação terapêutica), poderiam refletir um atraso na incorporação nas listas oficiais.

Este aspecto é confirmado pelo promotor que participou deste estudo:

[...] o Ministério da Saúde demora muito tempo para rever seus protocolos, para incorporar novos medicamentos! A indústria farmacêutica é muito ágil em termos de tecnologia, medicamentos novos e revolucionários de eficácia comprovada são lançados e o Ministério não os incorpora! Vai demorando e aí o que acontece? O medicamento de primeira linha não está disponível para a população! Por quê? Porque são caros! Ao passo que o Poder Público, a União tem como fazer isso, por meio de quebra de patentes, taxações, benefícios fiscais para reduzir os preços desses medicamentos novos e que vão fazer com que o paciente tenha acesso! Lógico que por meio de um protocolo [...] (Promotor de Justiça do Estado de Goiás).

Para algumas das medicações solicitadas seria necessária a análise do histórico do usuário para compreender as razões de sua indicação, considerando-se, a possibilidade de serem substituídas por outros que constavam nas listas oficiais. Esta foi uma das limitações deste estudo, decorrentes das inadequações relacionadas ao registro das informações clínicas dos usuários do SUS. A falta de um prontuário eletrônico dificulta o monitoramento e controle do plano terapêutico, para que possa compreender as razões das escolhas terapêuticas dos prescritores. A falta de dados clínicos e laboratoriais inviabilizou uma análise mais aprofundada dos processos que tinham esta característica.

Outro tipo de demanda judicial evidenciada envolveu a solicitação de medicamentos que constavam na Rename 2010, especificamente presentes no CBAF. Estas demandas podem indicar falhas na gestão da assistência farmacêutica ou uma busca da via judicial como primeira alternativa em detrimento da via administrativa. Os dois usuários que geraram este tipo de demanda vivenciam condições crônicas altamente incapacitantes e são totalmente dependentes de sua rede de apoio social. Como exemplo, temos o caso de Lázaro, que utilizou a via judicial para solicitar dois medicamentos presentes em listas oficiais, o enalapril e a sinvastatina, e o caso de Nilva, que solicitou a levedopa/cloridrato de benserazida.

Identificaram-se, também, as demandas judiciais solicitando medicamentos que tinham alternativas terapêuticas financiadas pelo SUS. Compuseram esta categoria: triflusal para prevenção de doenças ateroscleróticas; propatilnitrito para

doenças cardíacas; pantoprazol para gastrite; domperidona para esofagite e valsartana/anlodipino e atenolol/clortalidona para hipertensão.

Não podemos dizer que todos os usuários seriam contemplados com as alternativas disponíveis no SUS, pois seria necessário avaliar os casos individualmente, considerando a história clínica de cada um e a existência de tratamentos anteriores com outros medicamentos cujas informações não estão disponíveis nos processos judiciais. A presença de alternativas terapêuticas demonstra que a gestão do SUS não se mostra omissa na efetivação do acesso a medicamentos e tem elaborado políticas públicas nesta área.

Para fins de análise das demandas judiciais, foram verificados os fundamentos e argumentos utilizados pelo juiz para proferir suas decisões na dispensação dos medicamentos.

Os autores das ações foram usuários do município de Jataí que buscaram o fornecimento de determinado medicamento que alegaram não lhes ter sido entregue pelo Poder Executivo sob o fundamento legal do direito à saúde, previsto no artigo 196 da CF e regulamentado pela Lei nº 8.080/90. Estas ações judiciais, na verdade, são medidas utilizadas individualmente pelo cidadão na busca pela efetivação de um direito previsto na Constituição, por meio do Poder Judiciário. O Ministério Público também foi considerado autor de ações judiciais com esse fim, fato verificado em três processos judiciais analisados em nosso estudo.

Geralmente, o fundamento das decisões e as argumentações mais frequentes utilizadas pelo magistrado, para tomada de decisão quanto ao acesso aos medicamentos, estavam fundamentadas no art. 196 da CF e na Lei nº 8.080/90, com argumentações no sentido de que é um direito constitucional do cidadão receber do Estado ações e serviços de saúde, inclusive o fornecimento de medicamentos.

Ainda de acordo com as decisões, os entes federativos são solidários no dever de fornecer medicamentos aos cidadãos, uma vez que todos os entes federativos passam a ser igualmente responsáveis por qualquer medicamento solicitado, seja ele do componente básico, estratégico ou especializado.

Ademais, algumas decisões, além de estarem fundamentadas no art. 196 da CF, fizeram menção ao princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no art. 1º, inciso III, da mesma Carta Constitucional, argumentando que questões orçamentárias não poderiam ser postas à frente da dignidade humana, devendo o ser humano ser privilegiado. Outro aspecto considerado relaciona-se ao grau de

urgência para que o medicamento solicitado seja fornecido ao usuário, considerando suas condições clínicas e o risco de morte associado a este processo.

Com o deferimento da liminar, o Judiciário emite uma ordem, que consiste na determinação do fornecimento do medicamento solicitado, e que deverá ser cumprida imediatamente pelo município.

Em todas as decisões foram verificadas referência à jurisprudência de Tribunais Superiores e dos próprios Tribunais Estaduais, no sentido de concessão de pedidos de medicamentos. Não foi verificada em nenhuma das decisões judiciais alguma referência às listas oficiais, como a Rename, apesar de alguns processos solicitarem medicamentos não incluídos nestas listas. Acredita-se que, caso os magistrados levassem em consideração, em suas decisões, a existência das listas oficiais do Ministério da Saúde, muitos pedidos deveriam ser indeferidos.

Observou-se que em todos os processos, houve requerimento e concessão de medidas liminares^{15,16} para o fornecimento dos medicamentos. Ao deferir o pedido, o juiz levou em consideração os documentos que instruíram o pedido do autor e alega o agravamento da condição de saúde e o fato de o direito à saúde estar garantido constitucionalmente. Não houve, portanto, indeferimento de nenhum pedido.

A busca individual pelo Poder Judiciário tem se mostrado um meio mais ágil para efetivação do direito à saúde, gerando um crescente número de ações judiciais. Uma ação judicial solicitando medicamentos não padronizados pode alterar a alocação de recursos financeiros, que são finitos, para poucos usuários, em detrimento de benefícios que poderiam destinar-se a muitos usuários. As políticas públicas de medicamentos estabelecem critérios baseados em evidências científicas comprovadas e disponíveis na literatura científica a fim de fornecer aos usuários os

¹⁵ As ações podem vir no formato de ação cautelar ou ordinária com pedido de tutela antecipada. Ambos os procedimentos comportam uma providência liminar, ou seja, “Providência administrativa de juízo, de caráter discricionário, não recorrível, a menos que lei disponha em contrário, e em geral concedida junto ao despacho da petição inicial, mas podendo ser tomada no curso do processo, e tendo por exclusivo intuito a preservação da inteireza da sentença e a possibilidade do *periculum in mora* (...)” (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS JURÍDICAS, 2004, p. 556).

¹⁶ “A liminar constitui uma decisão provisória, proferida pelo juiz, que determina uma providência a ser tomada antes da discussão do conteúdo, normalmente, logo que recebido o processo pelo juiz, com a finalidade de resguardar direitos” (BORGES, 2007, p. 87).

medicamentos seguros, com base nas principais patologias que acometem a população (MARQUES, 2005).

Este aspecto também é confirmado pelo promotor de justiça:

[...] o acesso à saúde não pode ter limitação [...] tem que ter critérios científicos, médicos e não jurídicos [...] se o paciente precisa daquele tipo de medicamento, e se for de comprovada eficácia, ele tem de ser disponibilizado, mas nós temos que ter a segurança técnica-científica! [...] Porque o recurso é finito, ele é limitado! A demanda é crescente, então nós vamos compatibilizar o recurso aplicando ele de forma estritamente correta para fazer economia e ao mesmo tempo dando eficiência para a população por meio de um serviço eficiente! (Promotor de justiça do Estado de Goiás).

De acordo com Borges (2007), a solução individualizada de uma situação, que deveria ser tratada de forma coletiva com alocação de recursos e fornecimento de medicamentos pelos órgãos competentes, acaba por realizar justiça para o caso concreto (microjustiça), desprezando os aspectos coletivos de distribuição de recursos para a coletividade (macrojustiça).

Um dos grandes desafios do SUS está em garantir o direito de acesso aos medicamentos a todos os usuários e o de garantir o direito a um único indivíduo por meio de uma decisão judicial, visto que, as políticas públicas são elaboradas por meio de decisões coletivas, possibilitando um atendimento equânime ao maior número de usuários, dentro do orçamento destinado à saúde (MARQUES, 2005).

O Poder Executivo e o Judiciário possuem funções distintas e fundamentais na garantia do direito à saúde. O Executivo deve elaborar uma política que atenda a todos de forma integral e universal para garantir o direito à assistência farmacêutica, já o Poder Judiciário deve zelar pelos direitos dos cidadãos, fazendo cumprir a política pública de medicamentos, garantindo à assistência farmacêutica para os que necessitarem, e não interferindo nas tomadas de decisões coletivas do Poder Executivo (MARQUES, 2005). Por outro lado, Appio (2007) defende a ideia de que os juízes podem interferir nessas decisões de forma a ampliar o debate democrático.

Face aos resultados sobre os fundamentos e argumentações mais utilizados pelos juízes, para proferirem suas decisões nos processos judiciais, analisados neste estudo, ficamos diante de duas temáticas: os limites da intervenção do Poder Judiciário nas políticas de saúde e a efetivação do direito à saúde.

É importante que o Poder Judiciário adquira conhecimento sobre os aspectos que envolvem a solicitação de medicamentos, sejam eles técnicos, sobre a disponibilidade deles em listas oficiais e a efetiva necessidade de uso pelo usuário, bem como os aspectos econômicos e os recursos disponíveis para aquisição do medicamento solicitado.

Pode-se verificar que essa questão gera muitas discussões, visto que envolve os gestores do SUS, magistrados, profissionais de saúde e os usuários. Essa investigação é importante, não apenas pela questão orçamentária que as ações judiciais podem gerar para o sistema de saúde, mas também para uma melhor compreensão pelo Judiciário desse assunto que envolve conflitos diversos.

A complexidade que envolve essa discussão exige um debate interdisciplinar. É fundamental uma mudança na formação dos profissionais do direito e dos profissionais da saúde, contextualizando a realidade com os diversos conflitos que envolvem a questão do direito à saúde (MARQUES, 2011).

É necessário rever a formação jurídica e dos profissionais de saúde com alterações curriculares nestes cursos, buscando compreender a realidade social e política da saúde pública no Brasil, principalmente, orientando os cursos de graduação na área da saúde para a integralidade, com a ampliação do desenvolvimento da dimensão cuidadora, no intuito de buscar um maior acolhimento e vínculo com os usuários (MARQUES, 2005).

Oliveira (2007, p. 38) salienta que,

A interação docente-assistencial e outras iniciativas de mudanças, nas últimas décadas, e o SUS, nos últimos anos, vêm introduzindo modificações na área da saúde, em especial na medicina, no entanto a nova abertura de novas escolas e cursos de saúde parece reproduzir o modelo convencional de formação. Prepara-se profissionais distanciados da realidade dos serviços de saúde e pouco comprometidos, até por desconhecimento, com esse processo de transformação pelo qual está passando o modelo de atenção à saúde.

Marques (2011) aborda a necessidade de mudança no ensino jurídico para mudar a realidade prática dessa profissão, rumo a um saber jurídico integrado e com capacidade de atuar sobre a complexidade social.

Para Morin (2000), é necessário que as escolas médicas e jurídicas “reformem o pensamento” dominante, no sentido de ultrapassar a barreira de

conhecimentos estanques e incomunicantes, em prol de uma visão mais integrada à realidade político-sanitária do país.

A integralidade pressupõe práticas inovadas em todas as áreas que envolvem a saúde, com mudanças nas relações entre os profissionais de saúde e usuários. Isto requer a implementação de uma formação, para as competências gerais necessárias aos profissionais de saúde, visando a uma prática de qualidade, em todos os locais e áreas de atuações, uma formação que desenvolva a capacidade de análise crítica de contextos, que problematize os saberes e as práticas vigentes e que ative processos de educação permanente, no desenvolvimento das competências específicas, para a atuação em cada trabalho (BRASIL, 2004e).

Em relação ao acesso aos medicamentos, a via administrativa tem se tornado uma alternativa para as demandas judiciais, assim como a criação de convênios entre os Tribunais de Justiça Estaduais, e a própria Secretaria de Saúde para o fornecimento de subsídios técnicos aos juízes. Esta é uma recomendação do CNJ nº 31 de 30 de março de 2010 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010), que recomenda aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais que:

- a) Até dezembro de 2010 celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais (artigo 1 da referida recomendação).

No município de Goiânia foi estabelecido o convênio entre o Centro de Apoio Operacional da Saúde (CAOSAÚDE), órgão auxiliar da atividade funcional do Ministério Público do Estado de Goiás, e a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, com vistas a barrar a proposição de ações judiciais que demandam medicamentos.

Segundo o Promotor de Justiça do Estado de Goiás, o Ministério Público, antes da propositura de uma ação judicial contra o município de Goiânia, verifica se o medicamento demandado pelo usuário consta nas listas oficiais, e em caso positivo, o Ministério Público envia um ofício à Secretaria Municipal de Saúde, para que forneça o medicamento por meio da via administrativa.

No caso do Estado de Goiás, não existe um convênio firmado ainda. Existe uma Câmara de Avaliação Técnica em Saúde (CATS), que integra o CAOSAÚDE, que propicia a realização de pareceres técnicos nas demandas da área de saúde, como por exemplo, a dispensação de medicamentos de alta complexidade. No município de Jataí, ainda não existe estruturado nenhuma Câmara Técnica para atender às demandas judiciais.

O relato do promotor de justiça confirma esse aspecto:

[...] a intenção dessa Câmara Técnica é acabar com as ações judiciais [...] mas o Estado de Goiás não assinou o Termo com a gente, ao contrário do município de Goiânia que assinou e, há quase quatro anos que não temos ação judicial contra o Município de Goiânia! [...] eu tive uma reunião com o governador e ele sinalizou que vai assinar e nós vamos acabar com as ações judiciais, ou seja, passou na Câmara Técnica, e se tiver um parecer favorável, nós requisitamos e o município compra o medicamento [...] no Estado de Goiás as demandas chegam ao Judiciário com critério científico, antigamente o juiz ou o promotor tomavam providência com medo, e não por ter segurança de que o medicamento seria o melhor para aquele paciente [...] (Promotor de Justiça do Estado de Goiás).

Outro exemplo é o município de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, em que foi criada a Comissão de Análise de Solicitações Especiais, da qual o Poder Judiciário requisita informações para fornecimento de subsídios para conceder ações judiciais. Esta comissão é responsável por observar alguns critérios como a indicação dos medicamentos que foram prescritos, se o usuário já fez uso de todos os tratamentos medicamentosos disponíveis pelo SUS, se possui registro na Anvisa, dentre outros. Com base na resposta da Comissão, o magistrado tem condições de verificar se o usuário faz juz ao medicamento, assegurando, assim, a efetivação de seu direito à saúde (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2010).

A via judicial pode e deve ser um meio de defesa dos direitos fundamentais dos usuários, desde que o Executivo não programe de maneira adequada as políticas públicas. Esta via proporciona o exercício da cidadania, como ocorreu em meados da década de 1990, quando se iniciou a busca do Judiciário para garantia do acesso a medicamentos antirretrovirais aos portadores do vírus HIV. Porém, após 1999, houve redução na solicitação destes medicamentos, surgindo outras patologias (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005). Nessa perspectiva, o direito à assistência farmacêutica deve servir como instrumento que garanta a saúde aos usuários de forma coletiva, integral e igualitária.

5.4 Acesso ao medicamento por via judicial

A análise interpretativa da experiência vivenciada por pacientes e familiares para o acesso aos medicamentos por via judicial identificou uma trajetória marcada por um processo longo que envolveu a persistência, o apoio familiar e a necessidade de garantir o direito à saúde de pessoas que vivenciam condições crônicas as quais trazem limitações importantes para sua qualidade de vida. Foram identificados os seguintes núcleos temáticos: motivações para garantir o acesso ao medicamento, a experiência da tentativa de acesso ao medicamento via processo administrativo e a experiência de buscar o medicamento via processo judicial (Figura 2).

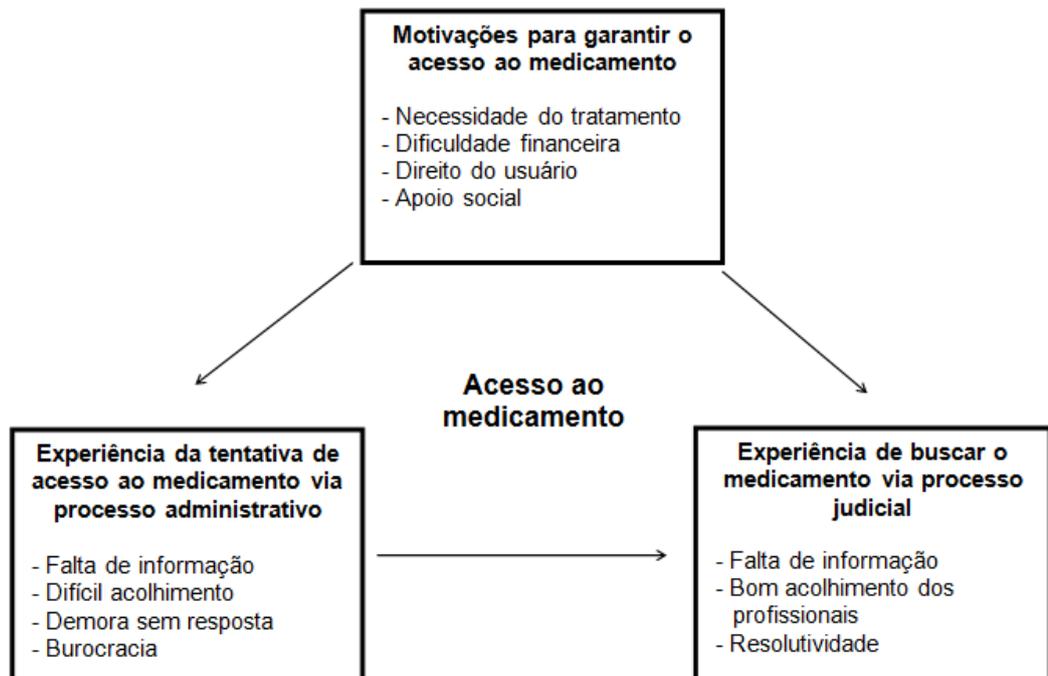


Figura 2 - Representação da inter-relação dos núcleos temáticos e unidades de significado relacionadas à experiência de recorrer à via judicial.

5.4.1 – Motivações para garantir o acesso ao medicamento

Ao descreverem aspectos relacionados às motivações para garantir o acesso ao medicamento, os participantes mencionaram a necessidade do tratamento

contínuo de sua condição crônica, a dificuldade financeira e o direito de acesso ao tratamento de que necessitam.

Os participantes mencionaram as limitações físicas, cognitivas, mentais e sociais associadas às condições crônicas de saúde diagnosticadas (epilepsia, mal de Alzheimer, artrite reumatoide, Doença de Cushing, insuficiência coronariana, atrofia cerebral) que demandaram medicamentos de uso contínuo e geraram a necessidade do acesso aos mesmos em função da dependência para sua recuperação. Alguns usuários justificaram que a falha no acesso poderia levar o agravamento de sua condição de saúde.

[...] minha vontade não era de estar dependendo de nenhum comprimido! Acho que não é o que ninguém quer! E não é bom! Mas do momento que a gente precisa tomar um, logo precisa de dois! E como eu sei que o meu problema não tem cura (epilepsia), eu tenho que tomar os comprimidos o resto da vida! (Hélio).

[...] é um casamento com esse remédio (ursacol)! “Até que a morte nos separe” [...] (Luiza).

[...] sem medicamento dá mais trabalho que um bebezinho, porque ela (Eliane) tem que ficar só deitada, se levantar cai! Ela já teve queda e quebrou os dois dentes da frente, sabe? [...] (Irmã de Eliane).

A disponibilidade dos medicamentos de uso contínuo é condição indispensável para a adesão ao tratamento de algumas doenças e para o bom controle clínico individual, principalmente para as doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares e neurológicas (PONTES et al., 2009).

Os medicamentos assumem grande importância no tratamento de doenças crônico-degenerativas, que apresentam prevalência crescente no Brasil (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000). A falta de acesso a medicamentos para tratamento dessas enfermidades pode levar ao agravamento do quadro e aumentar os gastos com a atenção secundária e terciária (ARRAIS et al., 2005).

Além da dependência para o tratamento e recuperação, todos relataram dificuldades financeiras para comprar o medicamento e de manter o tratamento. Esta foi a principal justificativa para iniciarem o processo de busca pela garantia do direito de acesso ao medicamento.

[...] muito difícil para a gente que é mãe e não ter condições de comprar o medicamento para seu filho e o ver passando mal, se debatendo no chão, como minha filha fica! Não desejo isso para ninguém! [...] eu sei que eu gastava mais de R\$ 200,00 só com o oleptal! [...] (Mãe de Eliane). [...] teve vez que minha mãe tinha que pedir dinheiro emprestado para os vizinhos para poder comprar o remédio dela (Eliane)! E teve vez que ela ficou sem remédio por falta de dinheiro! [...] (Irmã de Eliane).

[...] ele (médico) passou esse medicamento (cloridrato de memantina), fui à farmácia para comprar, achei muito caro! Eu acho que era uns R\$ 70,00! O dinheiro que nós ganhamos não dava! Nós dois somos aposentados, o dinheiro é muito pouco! (Esposo de Marta).

[...] a médica (neurologista) me passou uns medicamentos muito caro que eu não tinha condições de comprar! [...] só com o nosso salário na frente a gente não consegue pagar todos os medicamentos. Às vezes tem que tirar da boca para poder comprar [...] (Hélio).

[...] como o remédio era muito caro [...] eu não tinha condições de comprar! (o medicamento) eu não tinha e não tenho até hoje! [...] na época o tratamento completo era mais do que meu salário (um salário mínimo) [...] (Luiza). [...] minha mãe tinha falado que iria abandonar o tratamento porque ninguém tinha condição de dar o remédio! (ursacol 300 mg) [...] (Filha de Luiza).

[...] eu cansei de pagar R\$ 120,00 em uma caixa de clopidogrel com um salário de R\$ 545,00 (valor da aposentadoria na época) para minha mãe que é idosa [...] (Filho de Madalena).

No Brasil, a despesa com medicamentos representa a de maior peso no gasto total das famílias com saúde, impactando no orçamento (SZWARCOWALD et al., 2004). Os gastos com aquisição de medicamentos é de 37%, chegando a comprometer até 76% do orçamento das famílias mais pobres (SILVEIRA; OSORIO; PIOLA, 2002). Estima-se que 51,7% dos brasileiros interrompam o tratamento devido à falta de recursos para adquiri-los (BRASIL, 2005). Alguns usuários deste estudo também narraram a necessidade de interromper o uso em decorrência de questões financeiras.

Lustosa, Alcaires e Costa (2011) discutiram que o alto custo dos medicamentos, e a carência financeira dos usuários, se tornam, muitas vezes, corresponsável pela não adesão ao tratamento. Outros estudos brasileiros também evidenciaram que a falta de recurso financeiro foi a principal alegação entre os que

não conseguiram obter seus medicamentos (BRASIL, 2005; SZWARCOWALD et al., 2004).

Muitos estudos demonstraram a iniquidade no acesso ao medicamento com relação ao poder aquisitivo dos usuários (ARRAIS et al., 2005; BERTOLDI et al., 2004; BRASIL, 2003; LEITE; MAFRA, 2010). Arrais et al. (2005) descreveram que a renda familiar mensal apareceu como determinante do consumo de medicamentos, visto que os usuários com renda familiar superior a três salários mínimos consumiriam 1,3 vezes mais medicamentos do que aqueles com renda igual ou inferior a três salários mínimos.

Alguns participantes identificaram que o acesso ao medicamento é um direito do paciente e que deve ser garantido pelo Estado e Município. Estes usuários reconheceram o dever do Estado em garantir o acesso aos medicamentos à população.

[...] se é de direito das pessoas terem acesso à medicação então a gente foi atrás! (Filha de Luiza). [...] eu ia à assistente social e falei para ela: “eu vou procurar a justiça, porque eu tenho direito (acesso ao medicamento)” Ela falou pra mim que podia procurar, aí eu procurei! [...] (Luiza).

[...] nós estamos recorrendo uma coisa que já é de direito (acesso ao medicamento), que já é conquistado! Então quando nós chegamos a pedir (o medicamento), nós não estamos pedindo! Nós estamos buscando aquilo que já é direito nosso! [...] é obrigação do Estado, do município de fornecer (o medicamento) (Gustavo).

A consciência do direito à saúde é essencial para que a população participe de forma ativa do sistema e das ações de saúde. “Esse direito vincula-se ao entendimento que as pessoas têm a respeito do processo de adoecimento e da saúde, sendo impossível pensar tal direito de forma abstrata” (LUIZ, 2005, p. 75).

Essa perspectiva está relacionada ao conceito de empoderamento que consiste em um processo social, cultural, psicológico ou político, por meio do qual os indivíduos e grupos sociais tornam-se capazes de expressar suas necessidades, explicitar suas preocupações, perceber estratégias de envolvimento na tomada de decisões e atuar política, social e culturalmente para satisfazer suas necessidades (OMS, 1997).

Neste estudo, seis familiares foram os responsáveis pela busca do medicamento.

[...] sou franca, eu ainda tenho um filho que entende melhor (como conseguir ter acesso ao medicamento), ele estudou mais do que eu, ele corre atrás e ai de mim se não é o meu filho aqui, eu já tinha morrido por falta do medicamento! Verdade viu! [...] (Madalena).

[...] na verdade quem correu atrás do medicamento (para Eliane) foi minha filha mais velha, na época ela não trabalhava fora, ela tinha mais tempo para ir aos lugares todos e como eu não tenho assim muito conhecimento para ir atrás disso, minha filha pegou a frente para conseguir o medicamento da Eliane! [...] (Mãe de Eliane).

[...] foi o amor que eu tenho pela minha filha (motivação para ter acesso ao medicamento), a vontade de ver ela bem, alegre, sem nenhuma crise convulsiva [...] (Mãe de Eliane). *O que me fez persistir foi a saúde e a vida da minha irmã! Isso é o que tem maior valor para mim! [...]* (Irmã de Eliane).

[...] o que me fez persistir (acesso ao medicamento) foi o amor que eu tenho pela minha esposa [...] (Esposo de Nilva).

O núcleo familiar é o ambiente social no qual acontecem o acolhimento, a interação, o suporte social, e foi considerado como o principal núcleo de apoio para o sujeito. O usuário nesta trajetória, muitas vezes, recebe apoio emocional e familiar, com o intuito de abreviar seu sofrimento na busca pelo medicamento.

O apoio familiar é uma dimensão de suporte social que se refere às informações ou recursos fornecidos por grupos (família, amigos, profissionais de saúde, entre outros), e que pode trazer benefícios emocionais ou comportamentais para quem recebe esses benefícios. É um processo recíproco no qual as duas partes se beneficiam com efeitos positivos, fortalecendo o sentido de controle sobre a própria vida tanto para quem oferece como para quem o recebe (VALLA, 1999).

O apoio social envolve relações de troca, as quais implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua, que podem contribuir para criar sensação de coerência e controle da vida, o que beneficiaria o estado de saúde das pessoas (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Para Leite e Vasconcellos (2006), a interpretação macrossocial das ações individuais em caso de doença, passando por influências culturais e das redes de relações sociais, começa pelo suporte social básico, a família, que se torna presente na busca pelo medicamento.

Os avanços tecnológicos em relação aos medicamentos vêm possibilitando o aumento das chances de sobrevivência e de melhoria da qualidade de vida para

muitas pessoas, motivando os familiares à busca desse itinerário terapêutico (CASTRO, 2002).

Atualmente existe uma preocupação sobre como os usuários procuram ajuda para resolver seus problemas de saúde, constituindo-se num objeto de estudo para o planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde, visto que os caminhos percorridos pelos usuários na busca por cuidados terapêuticos não, necessariamente, coincidem com o fluxograma pré-determinado pelo sistema de saúde (CABRAL et al., 2011).

Conhecer as necessidades e o itinerário percorrido pelos usuários em busca da assistência e do acesso ao medicamento pode contribuir para a compreensão do comportamento em relação ao cuidado e à utilização de serviços de saúde. A necessidade do tratamento associada à barreira financeira pode comprometer a continuidade do tratamento, pois a obtenção dos medicamentos acaba se tornando um dos pontos centrais do cuidado em saúde, principalmente quando se leva em consideração que a concretização desse acesso está associada ao uso dos medicamentos e, conseqüentemente, à satisfação dos usuários.

Acredita-se que o acesso aos medicamentos no Brasil é um dos componentes para se fazer valer o direito à saúde. Percebeu-se, na fala de alguns usuários, o conhecimento do seu direito, a necessidade do tratamento terapêutico e as dificuldades financeiras em adquirir o medicamento que necessitavam.

A gestão pública deve se pautar nas necessidades dos usuários por meio de planejamento e elaboração de políticas públicas que ampliem o acesso aos medicamentos e aos serviços de saúde aos usuários com dificuldades financeiras em manter seu tratamento.

5.4.2 - A experiência da tentativa de acesso ao medicamento via processo administrativo

Neste núcleo temático foram agrupadas as unidades de significado relacionadas à falta de informação fornecida aos usuários na busca pelo medicamento na via administrativa, o difícil acolhimento pelos profissionais e a demora sem resposta do processo administrativo.

Os participantes se queixaram da falta de informação e consideraram desrespeitoso o vaivém de informações sobre aonde ir e que documentos levar:

[...] você fica como se fosse uma bolinha de pingue-pongue! Muitas vezes, eles te mandam para a secretaria, a secretaria manda para a assistente social [...] (Gustavo).

[...] meu filho correu (para ter acesso ao medicamento) muito, viu? Foi muito difícil para ele! Um vaivém! Teve que montar um processo na secretaria de saúde, e foram várias vezes! Foi e voltou à secretaria de saúde, não tinha o medicamento para a gente pegar, então foi preciso novamente lutar para chegar lá! [...] (Madalena).

[...] às vezes essa papelada toda (necessária para montagem do processo administrativo) faz a gente andar muito! Busca de um lado, depois busca do outro! Não é fácil, né! (Esposo de Marta).

[...] o que foi difícil foi ficar andando! Ter que andar, me deslocar de um lugar para outro e sentindo essa dor na coluna. Tive que andar muito, ir à médica pegar o relatório e a receita [...] (Hélio).

Dentre as várias dificuldades apontadas pelos participantes no acesso ao medicamento por via administrativa, observou-se que o desencontro de informações por parte dos profissionais envolvidos, a exigência de muitos documentos para a abertura do processo e a presença de condições crônicas que dificultavam o deslocamento dos usuários na busca pela documentação necessária, estiveram presentes nas narrativas.

Os participantes mencionaram a burocracia para montar o processo administrativo e reclamaram do tempo de espera para obter uma resposta:

[...] eu acho que é muita burocracia! Muita papelada! A gente que tem uma pessoa doente em casa não consegue esperar muito [...] demorou muito minha irmã ganhar o remédio! Com a assistente social foi mais ou menos nove meses [...] e não dava mais para esperar porque a minha irmã estava colocando em risco até a vida dos filhos dela! Sem falar nos riscos que ela corria se ficasse sem o remédio [...] (Irmã de Eliane). *[...] a gente cansou de esperar uma resposta da assistente social e o tempo passava [...]* eu sei que foram mais de seis meses [...] (Mãe de Eliane).

[...] primeiramente eu montei um processo junto à secretaria de saúde, levei toda papelada exigida pela assistente social que me informou que dentro de trinta dias me daria uma resposta! [...] Passaram-se um mês, dois meses, três meses, quatro meses e nada! Aí eu peguei e vi com ela (assistente social) e ela falou “Olha, infelizmente não tem! (resposta sobre a liberação do medicamento)” [...] (Gustavo).

[...] eu esperei mais ou menos cinco meses, eu ligava, eu ia lá à sala dela (assistente social), mas nunca me dava uma resposta concreta! (Hélio).

[...] com a assistente social demorou cinco meses, mais ou menos, eu ligando lá toda semana para ver se tinha sido liberado o medicamento! [...] (Esposo de Nilva).

Destaca-se a importância dos profissionais envolvidos na via administrativa a fornecerem informações aos usuários que necessitam utilizar essa via de acesso ao medicamento. As informações devem ser claras e objetivas, principalmente sobre a documentação necessária, procurando desburocratizar o acesso, de forma que esse caminho seja menos cansativo ao usuário. É necessário que estes profissionais tornem capazes de fornecer respostas efetivas dentro de um prazo estabelecido.

É importante que o sistema de saúde torne capaz de oferecer respostas efetivas às pessoas que buscam os serviços públicos de saúde, proporcionando a resolutividade (JULIANI; CIAMPONE, 1999). A burocracia gera dificuldades administrativas que se refletem na qualidade do serviço de saúde. A gestão pública deve procurar meios eficientes para oferecer os serviços aos usuários, pois eles são os primeiros a sentirem os resultados da administração (MOIMAZ et al., 2010).

É imprescindível articular todas as ações envolvidas na via administrativa, desfragmentando o processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais envolvidos, o que evitaria a peregrinação do usuário na busca pelo medicamento, que acaba gerando deslocamentos e desconforto.

No estudo de Souza et al. (2008), a burocracia e a falta de acolhimento foram relatados pelos usuários em relação ao acesso na atenção básica. Os usuários se referiam ao atendimento desorganizado, com filas de espera, a demora no agendamento de especialidades e o excesso de burocracia. Para esses usuários, o acolhimento está relacionado a atitudes pessoais e estruturais disponibilizadas de forma direta desde seu primeiro contato com o serviço, compreendendo sua individualidade e subjetividade.

O aumento da demanda por medicamentos, não inseridos em listas oficiais de financiamento público, a burocracia para ter acesso pela via administrativa, e a falta de profissionais preparados responsáveis pelo acolhimento dos usuários refletem a falta de planejamento das ações pelos gestores com relação a essa forma de acesso, e acaba interferindo na organização e resolutividade do serviço (RONZANI, T. M.; SILVA, 2008; SILVA; TRAD, 2005).

A burocracia e a demora da via administrativa também foram descritas pelos promotores que apontaram este como um fator que dificulta o acesso ao medicamento pelos usuários:

[...] quase todos nossos usuários tentaram lá (via administrativa) [...] e demorou ou não tentaram ainda porque alguém próximo já tentou e demorou tanto que ele diz assim “por lá não vai ter jeito, então eu vou ao Ministério Público!” [...] a gente percebe que existe uma, não sei se uma ineficiência, se por conta de limitação de custos, barreiras de acesso, o procedimento lá acaba demorando além do desejável para quem está aguardando o medicamento! [...] (Promotora de Justiça de Jataí).

[...] eu quero que o paciente seja respeitado e que receba o tratamento da forma mais rápida possível! Medicamento para câncer não pode esperar três, quatro, cinco meses, não é mesmo? Se o médico prescreveu hoje, amanhã ele já tinha que estar recebendo o medicamento! Infelizmente nós temos essa demora (processo administrativo)! [...] (Promotor de Justiça do Estado de Goiás).

É necessário facilitar e otimizar o tempo de espera de resposta do processo administrativo, visto que as condições de saúde apresentadas pelos usuários não podem aguardar muito tempo, pois podem se agravar. A demora em obter uma resposta desta via de acesso ao medicamento gerou uma insatisfação por parte dos usuários.

O estudo de Guerin, Rossoni e Bueno (2012) descreve a insatisfação e descontentamento de alguns usuários ao descreverem as suas experiências de acesso ao medicamento pela via de rotina, que às vezes, não ocorreu de forma satisfatória, e que poderiam estimular o acesso ao medicamento por via judicial como forma de garantir seu direito.

Diversos estudos têm sido realizados, buscando avaliar o grau de satisfação de usuários dos serviços de saúde (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007; KANTORSKI et al., 2009; MOIMAZ et al., 2010; RONZANI; SILVA, 2008).

De acordo com Szwarcwald et al. (2004), no Brasil, 58% da população se mostra insatisfeita com o funcionamento da assistência à saúde. Dentre os fatores que influenciam a satisfação dos usuários estão o acesso e a qualidade dos serviços prestados (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; BRASIL, 2003; GOUVEIA et al. 2005). O acesso e o acolhimento são elementos essenciais para avaliação da qualidade dos serviços de saúde e são fatores que favorecem a satisfação do

usuário e o estabelecimento de vínculo entre usuários e trabalhadores do SUS (RAMOS; LIMA, 2003).

A insatisfação dos usuários com relação ao tempo de espera para atendimento também foi identificada em outros estudos (ANDRADE; FERREIRA, 2006; BRASIL, 2003; FERRI et al., 2007; LIMA et al., 2007; SOUZA et al., 2008; SZWARCOWALD et al., 2004).

Observa-se que a satisfação dos usuários dos serviços de saúde é um instrumento importante para a administração e o planejamento das ações e serviços de saúde, pois, além de avaliar o papel importante entre o prestador de serviços e o usuário, reflete a qualidade dos cuidados prestados (OLIVEIRA et al., 2006).

Observa-se que os promotores têm trabalhado para desburocratizar a via administrativa, diminuindo o tempo de espera, na tentativa de garantir saúde aos usuários, conforme a narrativa a seguir:

[...] é necessária uma mudança administrativa da secretaria (estadual de saúde) [...] nós estamos simplificando o processo, buscando desburocratizar para dar agilidade, e esse é o nosso grande desafio, uma dispensação de medicamentos com eficiência, ou seja, com medicamento correto para a doença correta para o paciente de forma rápida, ou seja, nós não podemos é deixar que a burocracia administrativa venha causar danos à saúde desses pacientes (Promotor de Justiça do Estado de Goiás).

Evidenciou - se a falha na informação fornecida pelos profissionais envolvidos no acesso ao medicamento pela via administrativa, ou seja, houve uma deficiência no acolhimento, principalmente em relação ao fornecimento de informações aos usuários sobre o andamento do processo pelo profissional responsável, seja por falta de organização ou sensibilização para o problema, conforme os relatos a seguir:

[...] falta passar as informações claras para que as pessoas entendam! Muitas vezes fala para a pessoa “olha, você precisa de um relatório médico!” e o idoso, muitas vezes não sabe o que é relatório médico! Porque eles (secretaria da saúde) não fazem um espelho e fala “olha o senhor tem que levar para o médico e pedir para que ele faça isso!” O médico vai colocar no relatório aquilo que foi visto e lido por ele! Não é só falar “eu preciso de um relatório médico!” Muitas vezes a pessoa chega lá, já esqueceu o que é relatório médico! O que é um CID, qual a necessidade, então você fica como bolinha de pingue-pongue! Vai e volta! [...] (Gustavo).

[...] voltei à assistente social, chegou lá ela me falou: “tem que colocar umas letrinhas!”, tal letrinha que nome eu não sei, tornei trazer a receita novamente ao CAPS! Colocou as letrinhas, aí mandei a documentação!...] (Esposo de Marta).

[...] essa trajetória (para ter acesso ao medicamento pela via administrativa) acabou desestimulando todos aqui de casa! Porque a gente via a Eliane passar mal, eu não tinha condição de comprar o oleptal, que é muito caro, e a gente não obteve resposta da assistente social e cansamos de esperar [...] (Mãe de Eliane).

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

O vínculo do acolhimento com os profissionais está relacionado com a tomada de decisão quando não se é possível atender à necessidade do usuário e não se tem disponibilidade para dialogar com ele, utilizando uma linguagem acessível. Esse vínculo amplia as possibilidades da participação do usuário na tomada de decisão (PINAFO; LIMA; BADUY, 2008).

Falk et al. (2010) ressaltam que os profissionais de saúde, no momento do acolhimento, devem corresponder às expectativas dos usuários, pois eles consideram indispensáveis o encaminhamento a outros profissionais, a resolutividade, a rapidez e a atenção que recebem no atendimento.

Dois estudos identificaram algumas percepções dos usuários sobre o processo de acolhimento. No estudo de Falk et al. (2010), os usuários consideram o acolhimento como um espaço de atenção com zelo, respeito, cortesia e diálogo. No estudo de Souza et al. (2008), como um dispositivo que atende a exigência de acesso, que proporciona vínculo da equipe com a população, entre o trabalhador e o usuário, além de manter um fluxo que permita a prestação do cuidado integral.

Destaca-se a importância do acolhimento ao usuário pelo profissional responsável por montar o processo administrativo, que além de receber e conferir a documentação necessária na abertura do processo fornece a informação sobre o andamento do mesmo. Ele deve acolher esses usuários e fornecer as informações quando os mesmos necessitarem. Acredita-se que esta é uma importante ação para que os serviços de saúde tenham mais resolutividade e alcancem a legitimidade junto aos usuários do Sistema Único de Saúde.

O processo de busca do medicamento pela via administrativa desencadeou um movimento individual que, na maioria das vezes, não ocorreu de forma digna; os participantes chamaram a atenção para a forma que os mesmos foram recebidos e o tratamento dispensado pelos profissionais do serviço público:

[...] o mais difícil foi escutar as coisas que eu escutava das assistentes sociais! [...] as assistentes sociais chegaram a ser grossa e sem educação comigo! Falava que não tinha jeito mesmo! [...] o município tem verba guardada para esse tipo de medicação, e elas (assistentes sociais) falarem que não tem jeito, isso é falta de vontade de ajudar o próximo! (Filha de Luiza).

[...] não foi fácil esse caminho (para ter acesso ao medicamento)! Foi um pouco complicado [...] o profissional (assistente social) que está ali para assessorar essas pessoas, por uma má vontade, ou por orientação também das pessoas que estão por trás dele, começa a complicar esse acesso (ao medicamento pela via administrativa) [...] (Gustavo).

[...] eu já fui mal recebida e de uma forma grosseira demais com a assistente social! Desculpa eu falar, não quero prejudicar ninguém, mas ela me tratou mal [...] (Irmã de Lázaro).

Ficou evidenciada uma preocupação com a humanização do atendimento e do acolhimento, devendo-se levar em conta a escuta de suas necessidades como usuário.

No estudo de Moimaz et al. (2010), o desempenho profissional no serviço público de saúde foi avaliado pelo usuário. O bom atendimento, baseado na escuta, e o desempenho profissional são responsáveis pelo vínculo do binômio usuário-serviço de saúde. Esse vínculo otimiza o processo da assistência, permitindo que os profissionais conheçam as prioridades de cada um, facilitando o acesso aos usuários.

A falta de comprometimento, respeito e atenção pelos profissionais são uma das principais causas de insatisfação dos usuários. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, foi formulada a partir do reconhecimento e sistematização de experiências concretas de estados e municípios e propõe que gestores, trabalhadores e usuários se comprometam com o processo de humanização devido ao número crescente de queixas, por parte dos usuários, relacionados à falta de acolhimento e de acesso (BRASIL, 2004d).

A PNH requer o comprometimento de todos, principalmente daqueles que estão, diariamente, junto aos usuários e demais profissionais. Nesse processo, o profissional da saúde necessita articular o conhecimento teórico e técnico aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos das relações que estabelecem por meio de sua prática, para que a humanização não fique restrita às atribuições meramente técnicas, mas, se estenda, principalmente, à capacidade de compreender e respeitar o ser humano nas suas diferentes formas de ser e existir (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2004).

A humanização é um processo de transformação da cultura organizacional que deve valorizar os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos usuários e profissionais, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência, por meio da promoção de ações que integrem valores humanos aos valores científicos (BACKES; KOERICH; ERDMANN, 2007).

Considerando a descrição da experiência da trajetória da busca pelo medicamento, pela via administrativa vivenciada pelos participantes do estudo, muitos referiram a essa via como algo humilhante. Embora os usuários tenham mencionado as dificuldades encontradas, como a falha na informação pelos profissionais envolvidos e a demora sem resposta, os participantes retrataram a humilhação que sentiam ao procurarem, constantemente, uma resposta sobre o processo administrativo, mas acabavam se submetendo a esta situação devido à condição financeira para adquirir o medicamento. Este aspecto é confirmado com as narrativas a seguir:

[...] a gente se sente mal, porque a gente sente uma pessoa inferior! Não sei nem como expressar, é um sentimento muito ruim, humilhação! A gente tem que rebaixar para conseguir alguma coisa (conseguir o medicamento pela via administrativa) [...] (Luiza).

[...] a situação financeira não ajuda muito! Porque se eu tivesse condição de comprar o remédio para minha irmã eu tinha comprado e não precisava ficar humilhando na frente dos outros! [...] eu senti assim um pouco cansada de tanto esperar e ter que passar essa humilhação de todo dia ligar ou ir ao posto pra saber notícia do medicamento! (Irmã de Eliane).

[...] eu acho que a parte mais difícil foi a humilhação que minha filha passou para conseguir o medicamento da sua irmã! Tinha dias que ela chegava aqui chorando de raiva porque ela achava que assistente social fazia pouco caso da situação [...] (Mãe de Eliane).

[...] várias pessoas abandonam (caminho percorrido para ter acesso ao medicamento) porque se sentem humilhadas [...] (Gustavo).

O mais difícil foi escutar as coisas que eu escutava das assistentes sociais! [...] para mim isso aí é humilhação, minha mãe trabalhava na saúde (agente comunitária de saúde), todo mundo conhecia ela, já sabia dos problemas, ninguém para falar pra ela: “Faz isso, faz aquilo!” [...] (Filha de Luiza).

A humilhação narrada pelos usuários ao procurarem uma resposta sobre o processo administrativo esteve relacionada a pouca valorização do ser humano na busca pelo medicamento. O direito de acesso ao medicamento está garantido constitucionalmente e a solicitação pela via administrativa também constitui um direito. De modo geral, há uma necessidade da humanização do atendimento, o que implicará na redução de sentimentos de humilhação dos usuários no processo de busca pelo medicamento.

Observa-se, a partir destes resultados, a relevância da qualidade do atendimento aos usuários, visto que este é um fator importante para a satisfação dos mesmos. Moimaz et al. (2010) evidenciaram em seu estudo a necessidade de qualificar o processo de atendimento ao usuário no serviço público de saúde, enfatizando alguns aspectos, como a agilidade e a cortesia.

Torna-se, assim, importante pesquisar o nível de satisfação dos usuários em relação ao serviço de saúde, como a avaliação do desempenho, o que propiciará decisões estratégicas e operacionais para gestão pública que podem influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados. A incorporação do usuário na avaliação desses serviços tem sido valorizada não apenas por se constituir num indicador da qualidade no serviço público, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço (MOIMAZ et al., 2010).

No estudo de Trad e Esperidião (2009), os usuários sentem dificuldades em se manifestar quando o serviço não atende às suas necessidades, como no caso de humilhação ou constrangimento. De acordo com os usuários, os sistemas de ouvidoria não são conhecidos, ou não existem em determinados serviços, gerando desistência em denunciar o mau serviço.

Pode-se observar, desse modo, a necessidade de humanização do atendimento, o que implica uma valorização do ser humano com um acolhimento adequado pelos profissionais de saúde a todos os usuários e seus familiares.

A descrição e a interpretação que emergiram neste núcleo temático denotam que os significados relacionados à experiência da via de acesso ao medicamento pela via administrativa foram permeados por dificuldades vivenciadas, tanto pelos pacientes, como por seus familiares. Observou-se que no grupo social pesquisado, a experiência de buscar o medicamento está associada à falta de acolhimento dos profissionais envolvidos, à falta de informação e demora sem resposta.

5.4.3 - A experiência de buscar o medicamento via processo judicial

Neste núcleo temático foram agrupadas as unidades de significado relacionadas à falta de informação oferecida aos usuários na busca pelo medicamento pela via judicial, o bom acolhimento prestado pelos profissionais e a resolatividade.

A partir da compreensão da experiência vivenciada pelos participantes, relacionada à utilização da via judicial, verificou-se que no momento em que procuraram o Ministério Público, houve falha na informação. Esta falha também resultou em uma peregrinação do usuário até o profissional prescritor, para que fizesse um relatório médico mais detalhado e fundamentado, justificando o critério estabelecido para a utilização do medicamento. Apesar de existir um protocolo no Ministério Público para se requerer uma ação judicial contra o município de Jataí, ainda existem falhas na informação ao usuário, que enxergaram isso como uma dificuldade:

[...] foi difícil pegar o relatório, porque o médico fez errado, fez a receita errado! Tinha que fazer de novo, sabe? Aí tinha que estar voltando lá, correndo atrás porque tem que ser certinho, né? Tem que fazer o relatório e falar o que é a doença, o que precisa, como que é, como é que não é, esse tipo de coisa assim! (Irmã de Lázaro).

[...] você vai ao profissional de saúde que indicou a medicação, já há um descaso para que simplesmente ele faça um relatório detalhado. No meu caso foi preciso recorrer ao mesmo médico cardiologista duas vezes, não digo por incompetência dele, mas por má vontade! Se você mostra que o promotor está te pedindo um relatório detalhado, o CID da doença, o porquê, se é urgente ou não, nada disso foi feito! Mas com a insistência voltei (ao médico) e consegui! Mediante essa

documentação, dentro de 30, 40 dias já tive acesso a essa medicação (clopidogrel) [...] (Gustavo).

[...] Tive que andar muito, ir à médica pegar o relatório e a receita, depois voltar ao fórum. (Hélio).

[...] o que foi difícil para conseguir o medicamento foi ter que andar de um lado para outro, as caminhadas, eu tendo que ir ao fórum, correr atrás da receita e o relatório com o médico! Depois ir ao fórum de novo, voltar, ter que pegar outra receita e colocar umas letrinhas lá que eu não sei o nome [...] o que é difícil para nós que já tem uma certa idade (66 anos), andar de coletivo! Como eu te falei eu tenho passe livre, mais não é fácil pra nós que somos aposentados arrumar todos esses documentos que eles exigem! Eu não tenho preguiça não, mas às vezes essa papelada toda faz a gente andar muito, busca de um lado, depois busca do outro, não é fácil, né! (Esposo de Marta).

[...] tive muita dificuldade para montar o processo, porque eu tinha que ir ao médico conseguir esse laudo e a receita, e na época eu não tinha ninguém para olhar ela (Nilva)! Como você pode ver, ela é muito dependente da gente, tem que colocar comida na boca! Tem hora que ela tenta levantar sozinha e como tem esses degraus aqui em casa é muito perigoso ela ficar sozinha sem ter alguém 24 horas olhando ela! É muito difícil pra gente fazer isso com uma pessoa enferma do jeito que está minha esposa (Esposo de Nilva).

Os participantes consideraram que houve falha na informação fornecida pelos profissionais do Ministério Público envolvidos nesta via de acesso ao medicamento. Os usuários queixaram de idas e vindas ao fórum com relatório e prescrição médica em mãos para a abertura do processo, e, devido ao não preenchimento completo, com todas as informações necessárias sobre a condição de saúde do paciente, a promotora solicitava um novo relatório mais detalhado de forma a convencer o juiz sobre a gravidade da doença que demandava aquele medicamento. Portanto, essa exigência de detalhamento do relatório médico gerava várias idas ao fórum.

A informação é o elemento central para a compreensão das dimensões do acesso. Estar bem informado é resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo, além de determinar a lacuna entre a oportunidade de utilizar os serviços de saúde e a sua real utilização (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A comunicação e a troca de informações desempenham um papel fundamental entre o sistema de saúde e os usuários. O estudo de Coelho e Jorge (2009) revela que a falta de comunicação dentro da unidade de saúde dificulta as

relações entre os trabalhadores e usuários para que as ações de saúde sejam mais acolhedoras, ágeis e resolutivas.

Embora alguns tenham mencionado a falta de informação, todos se sentiram acolhidos no Ministério Público e relataram o bom atendimento por parte dos profissionais envolvidos neste processo. O real acolhimento por parte dos profissionais do Ministério Público envolvidos no acesso ao medicamento por via judicial foi mencionado por unanimidade por todos participantes do estudo.

[...] o ministério público para mim foi o melhor caminho porque fui bem recebido, como eu já falei, por pessoas que são humanas [...] (Gustavo).

[...] os outros humilha (via administrativa), dá má resposta, fala as coisas pra gente, é muito difícil, mas na promotoria eu fui muito bem recebida! [...] (Luiza).

[...] fui ao Ministério Público, onde eu fui muito bem recebida, dentro de dois meses eu já passei a pegar o medicamento da minha irmã! (Irmã de Eliane).

[...] o papel da defensoria (Ministério Público) é realmente ajudar, o bom profissional ele faz isso aí não pensando em ganhar alguma coisa! [...] na secretaria de saúde tudo é político, se você faz um concurso, mesmo assim você fica preso na mão daquele que entrou para te tirar o benefício, e lá (Ministério Público) eles vão e simplesmente determinam! É um direito (ter acesso ao medicamento)! [...] (Filho de Madalena).

Os usuários narraram ser bem atendidos pelo Ministério Público, e não se sentiram humilhados como na via administrativa, mesmo sabendo que o acesso ao medicamento pela via judicial e administrativa é um direito garantido ao usuário.

Para Merhy (1994), acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e usuários e produz uma relação de escuta e responsabilidade, constituindo vínculos e compromissos entre eles. Consolida-se assim uma relação entre acesso e acolhimento. Acolher não significa a resolução completa dos problemas referidos pelos usuários, mas a atenção dispensada na relação, um bom atendimento envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas e a identificação das necessidades. A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, nesse sentido, as relações humanas entre o usuário e o profissional devem propiciar o bem - estar recíproco.

A satisfação com a via judicial foi unânime, principalmente em função da resolutividade. Muitos sujeitos relataram que só conseguiram obter o medicamento após utilizar a via judicial.

[...] a gente teve que ir à justiça para conseguir um medicamento! [...] só depois que minha filha foi ao Ministério Público, levou umas documentação lá, relatório médico, receita, cópia de alguns exames é que a gente passou a ganhar o medicamento e pega até hoje! (Mãe de Eliane).

[...] eu descobri que minha esposa tinha direito (acesso ao medicamento pela via judicial) só no momento que eu fui fazer a curatela dela lá no fórum, então se fosse hoje eu iria direto ao juiz, pois o problema é resolvido! [...] se eu não tivesse feito isso (recorrido à via judicial) acho que eu não teria conseguido (os medicamentos da esposa) até hoje! (Esposo de Nilva).

Em primeira mão, quando a gente tem um problema que é difícil de resolver, primeira coisa que vem na cabeça é a justiça! Porque a justiça é o caminho certo! [...] desde que nós tenhamos direito! [...] Aí chega lá com coração aberto! Tenho certeza que o problema vai ser resolvido! (Esposo de Marta).

[...] a assistente social falou que não ia me dar (medicamento solicitado via processo administrativo), ela falou se eu quisesse até procurar o Ministério Público, que eu podia ir! Aí quando essa mulher (conhecida que forneceu a informação sobre o Ministério Público) garantiu para minha filha que ela (prefeitura) ia dar e que lá eles (Ministério Público) faziam com que a prefeitura desse aí eu procurei lá e consegui mesmo! [...] (Luiza).

[...] primeiramente eu montei o processo (administrativo) junto à secretaria de saúde municipal [...] levou-se três meses e eu não obtive resultado, nada! [...] depois que falei com a promotora, dentro de um mês eu já recebi a primeira caixa do medicamento [...] todo vencimento daquele medicamento eu vou ao posto para que seja fornecido o medicamento, e nunca foi atrasado um dia! [...] (Gustavo).

[...] eu montei esse processo lá no ministério público [...] eu achei que foi muito rápido [...] passou um tempo o homem (do Ministério Público) me ligou [...] eu fui lá tomar conhecimento que o medicamento tinha sido liberado e que era para eu procurar a secretaria da saúde [...] eu busco lá (na farmácia pública municipal) todo mês e nunca faltou! (Hélio).

[...] se eu não fosse à justiça eu não ia dar conta de comprar esses remédios para ele (Lázaro), porque eu sou aposentada por invalidez [...] se eu fosse tirar e pagar com meu dinheiro, eu não tomava os meus medicamentos também! Então foi aí que eu falei “não, eu tenho que lutar!” (Irmã de Lázaro).

Para alguns, a via judicial é a única possibilidade de garantir o acesso ao medicamento e isto foi confirmado pelo promotor do Estado de Goiás:

[...] na verdade se o usuário não tiver a via judicial ele não iria ter o medicamento! Ele não teria o medicamento! Por quê? Porque ele não iria comprar, se ele chegasse à via normal! Então o medicamento ele consegue, mas não consegue na forma que teria de ser: rápido! (Promotor de Justiça do Estado de Goiás).

Observou-se que os usuários consideraram a via judicial como algo resolutivo, principalmente quando se referiam ao menor tempo de espera quando comparado ao tempo da via administrativa. Neste estudo, a demora da resposta sobre o processo administrativo motivou seis usuários a recorrerem à via judicial e apenas dois usuários, recorreram diretamente à via judicial, sem antes montar um processo administrativo. A via judicial possibilitou o acesso ao medicamento de forma mais rápida e resolutiva na perspectiva dos usuários que encontraram dificuldades em ter acesso pela via administrativa.

[...] o ministério público vê a necessidade de como o aposentado sobrevive com uma carga enorme de medicamentos! [...] talvez 80% do salário do idoso é para comprar medicamentos! Então o que sobra? Agora se for tirando tudo só do salário, ele morre de fome! Então nesse caso aí, o ministério público foi o caminho mais ágil! Se todo mundo já fosse direto ao ministério público seria resolvido essa dificuldade de ter que percorrer um, dois, três caminhos! (Gustavo).

[...] eu acho que procurar o Judiciário resolveu o problema da minha esposa! Em minha opinião foi um caminho ágil! [...] o problema é resolvido muito mais rápido! [...] depois de um mês eu já consegui o medicamento! (Esposo de Nilva).

[...] foi mais ou menos dois meses! Eles me ligaram lá do fórum me avisando (que iria receber o medicamento)! Depois disso eu passei a ganhar o medicamento, eu busco lá no posto todo mês e nunca faltou! (Hélio).

[...] não foi nem dois meses! Depois que deu entrada no Ministério Público (solicitando o medicamento ursacol para sua mãe) [...] (Filha de Luiza).

O estudo de Sant'ana et al. (2011) também descreveu a via judicial como sendo mais rápida e menos burocrática, sendo, portanto, mais atrativa ao usuário. Isso contribuiu para uma satisfação dos mesmos, assim como descrito neste estudo.

Observou-se que o Ministério Público deu poder ao usuário para ter acesso ao medicamento. É essencial atribuir às pessoas o controle de suas vidas,

desenvolvendo o poder e a possibilidade de atuar como sujeitos ativos e participantes em suas decisões. A partir dessa perspectiva, destaca-se a importância do conceito de empoderamento, definido como o processo através do qual as pessoas ou as comunidades adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde (WHO, 1998).

Os promotores entrevistados disseram que o tempo médio de proposição de uma ação judicial até o momento em que o medicamento é dispensado ao usuário depende de vários fatores, como o tipo de medicamento e a urgência do tratamento e, no caso de uma ação judicial contra o Estado de Goiás, demora-se um pouco mais, conforme os relatos a seguir:

[...] difícil precisar (o tempo médio de uma ação judicial até o momento em que o medicamento é dispensado ao usuário)! A gente procura dar andamento o mais rápido possível! Esse controle a gente faz dependendo do tipo da urgência e o tipo de medicamento! Se o relatório vem dizendo que a pessoa corre determinados riscos de óbito, então a gente diminui o tempo de resposta do município! [...] às vezes o paciente não consegue consulta com o médico para poder trazer (o relatório médico), às vezes ele perdeu o interesse, às vezes ele demora, às vezes as condições dele não permite estar indo e vindo o tempo inteiro, então a gente depende muito de um feedback desse paciente para que a gente possa dar sequência no nosso trabalho [...] varia de acordo com a urgência do caso, com o interesse do próprio paciente de gerenciar os documentos e, claro, com o volume de serviço da Promotoria!...] (Promotora de Justiça no Município de Jataí).

[...] a ação judicial é rápida! Nós temos ação que nós gastamos aí em torno de dois dias para fazer a ação e depois do parecer pronto gasta-se cinco dias para o juiz decidir, mais dez dias para ser intimado; então dentro de 20 dias a ação judicial já está na mão do secretário (estadual de saúde) para cumprir! Tem vez que gira em torno de três, quatro, cinco, seis meses para cumprir! [...] esse é o grande desafio nosso! Nós queremos que o Estado cumpra sem a decisão judicial! Mas que cumpra de forma rápida, porque não adianta também ficar demorando [...] (Promotor de Justiça do Estado de Goiás).

Diante da experiência vivenciada na busca do medicamento pela via judicial, pelos participantes do estudo, foram identificados sentimentos de satisfação, gratidão, vitória e realização, em conseguir o medicamento por essa via:

[...] eu me senti como se fosse um ser humano que consegue aquilo que deveria ser feito para todo mundo quando chegasse o ponto de precisar utilizar esse meio (via judicial)! [...] eu me senti satisfeito, não me senti vitorioso, porque a vitória é quando você quer alguma coisa que você está jogando, ou ganha ou perde!...] (Gustavo).

[...] foi uma satisfação muito grande (conseguir o medicamento pela via judicial), ao mesmo tempo um sentimento de dever cumprido! (Mãe de Eliane). [...] foi um sentimento de vitória (conseguir o medicamento pela via judicial), porque graças a Deus minha irmã nunca mais ficou nenhum dia sem tomar o medicamento! [...] (Irmã de Eliane).

[...] foi maravilhoso (conseguir o medicamento pela via judicial) porque agora dá para pagar o Ipasgo, comprar roupa, calçado pra ele (Lázaro)! [...] (Irmã de Lázaro).

[...] eu fiquei muito feliz, porque o juiz me ajudou a conseguir esses medicamentos (levedopa/benserazida, trazodona e oxcarbazepina) que eram muito caros! Porque além dos medicamentos que ela toma, ela precisa de fralda, uma alimentação melhor, e um salário mínimo para isso tudo é pouco, né! (Esposo de Nilva).

[...] fiquei feliz porque eu tive uma melhora! O que eu sentia eu melhorei, não foi 100% mas uns 70% eu melhorei com a volta do medicamento! Hoje eu estou feliz (recebendo o medicamento pela via judicial), graças a Deus! [...] (Madalena).

Eu me senti muito feliz (por ter conseguido o medicamento pela via judicial)! Graças a Deus ela (Marta) melhorou a memória; o remédio nunca faltou (na farmácia pública municipal), eu sempre pego ele direitinho e a gente sente assim feliz porque resolveu o nosso problema! A gente tem que preocupar com saúde e tem que correr atrás! (Esposo de Marta).

[...] eu senti bem demais, eu senti realizada (por ter conseguido os medicamentos pela via judicial)! [...] (Irmã de Lázaro).

Eu me senti realizado, não por ter ido à justiça, mas eu senti bem por ter conseguido essa ajuda (ter recebido o medicamento) e até hoje eu agradeço a Deus! [...] (Hélio).

O estudo de Paula et al. (2011) discute a questão do acesso aos medicamentos como direito social, a partir da percepção dos usuários do Programa Hiperdia. Os usuários estiveram satisfeitos em relação à obtenção dos medicamentos nas unidades básicas de saúde.

No estudo de Trad e Esperidião (2009) os usuários adotaram postura de gratidão pelo serviço recebido diante da ampliação do acesso aos serviços e aos medicamentos, por desconhecerem o direito constitucional à saúde. Poucos usuários reconhecem os progressos no sistema de saúde como um direito de cidadania. Nesse sentido, ao não incorporar a saúde como direito, o usuário não se sente em condições de criticar o serviço, com medo de ser mal interpretado (SCHWARTZ et al., 2010).

A satisfação está relacionada a inúmeros fatores, como os psicoculturais, que podem influenciar na percepção dos usuários quanto ao serviço utilizado. Nessa perspectiva, Oliveira (1998) propõe que os usuários devem ser ouvidos, para que tragam fenômenos sociais, expectativas individuais e coletivas, fatores econômicos, políticos e culturais, que podem refletir um melhor cuidado e atendimento aos mesmos, no resultado a ser alcançado.

Ao final da pesquisa, os usuários foram questionados sobre que conselhos dariam a outras pessoas que necessitassem garantir o acesso ao medicamento. Os participantes destacaram que principalmente pessoas com dificuldades financeiras deveriam se informar sobre os seus legítimos direitos.

[...] se a pessoa não tem condição de comprar os medicamentos e não tem outro recurso, a gente tem que buscar se informar direitinho sobre como conseguir [...] (Hélio).

[...] se você não tiver condições (comprar o medicamento que necessitar) busque ajuda de alguém que tem mais informação e conhecimento para ajudar, não custa nada! (Mãe de Eliane).

[...] e aconselhar para correr atrás (para conseguir o medicamento) [...] não desanima; se dentro da nossa casa não tiver alguém que ajude, que tenha condições de te ajudar, de lutar por você, vamos procurar uma pessoa, um vizinho, um amigo que goste da gente, para ajudar porque tem que fazer isso (lutar para conseguir o medicamento) e correr atrás! [...] (Madalena).

Durante a busca pelo acesso ao medicamento, a via judicial se mostrou como um fator importante em relação ao conhecimento dos direitos, da cidadania. Os usuários, por meio da trajetória percorrida, acabaram adquirindo um aprendizado. Em meio a tantas dificuldades pelo caminho, alguns usuários passaram a conhecer a existência de listas de medicamentos padronizados pelo SUS, o Judiciário, a via administrativa, possibilitando ao usuário fornecer informações a outras pessoas sobre qual o caminho mais ágil e resolutivo no acesso ao medicamento.

Observa-se que a utilização dos medicamentos é um processo complexo e envolve diversos atores e é influenciada por fatores de natureza cultural, social, econômica e política (PINHEIRO; MATTOS, 2008). As ações desenvolvidas pela gestão, principalmente na elaboração e implementação de políticas públicas, devem contemplar esses fatores que envolvem a utilização dos medicamentos, como as

necessidades e expectativas dos usuários, as dificuldades financeiras dos mesmos, não esquecendo os critérios técnico-científicos na tomada de decisões para o fornecimento de medicamentos aos usuários (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012).

Compreender os fatores que estão dificultando o cumprimento do itinerário terapêutico é uma forma de acolher o usuário que procura o serviço, reduzindo o número de demandas judiciais de medicamentos, além de propor melhorias e alternativas ao serviço e aos profissionais de saúde envolvidos, de forma a atender as expectativas dos usuários. Quando o indivíduo não consegue seguir seu plano terapêutico pela via de rotina de acesso ao medicamento, uma demanda pela via administrativa e judicial pode ser gerada, privilegiando as necessidades individuais (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012). A assistência farmacêutica deve ser garantida por meio de políticas públicas e deve garantir a saúde dos cidadãos, de forma coletiva.

Neste sentido, é necessário considerar que o acesso aos medicamentos e aos serviços de saúde está relacionado, dentre outros fatores, aos recursos financeiros para esse fim. No Brasil, os gastos públicos com saúde têm sido crescentes, principalmente os gastos com medicamentos. O gasto do Ministério da Saúde com a aquisição de medicamentos aumentou 123,9% de 2002 a 2006, excluindo os recursos alocados ao Programa Farmácia Popular e ao financiamento de antineoplásicos (VIEIRA; MENDES, 2007).

Torna-se, assim, necessária a adoção de critérios de forma eficiente para determinar a alocação dos recursos escassos em saúde (FERRAZ; VIEIRA, 2009). Como o acesso à via judicial ainda é restrita a alguns usuários, acaba favorecendo automaticamente aqueles que têm maior facilidade de acesso a essa via, geralmente provenientes das camadas mais favorecidas da população. Contudo, em face da escassez de recursos, a necessidade individual, por si só, é insuficiente como critério alocativo (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

O cumprimento de demandas judiciais não regulamentadas pelos gestores da saúde, sem relação favorável entre benefícios, riscos e custos, estaria aprofundando, ou mesmo produzindo, iniquidades sociais, o que implicaria na utilização de recursos públicos para o atendimento de necessidades individuais em detrimento da coletividade (SANT'ANA et al., 2011). Deve-se considerar o princípio da equidade, de forma que os recursos escassos em saúde sejam distribuídos no

sentido de reduzir ou eliminar as diferenças entre os indivíduos (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

Os gestores públicos deverão favorecer a atuação das equipes de saúde, por meio da elaboração e implementação de protocolos para dispensação de medicamentos, que considerem principalmente as diretrizes para o acolhimento dos usuários em suas necessidades de cuidados à saúde. Para isso, torna-se imprescindível a articulação entre os profissionais que estão diretamente relacionados ao acesso ao medicamento, entre os quais destacam-se médicos, farmacêuticos, enfermeiros e assistentes sociais.

Outro aspecto apontado como facilitador na resolução desta problemática é tornar a via administrativa uma alternativa para as demandas judiciais. Pepe et al. (2010) propõem a existência de caminhos administrativos no SUS e a necessidade de avaliação de medicamentos ainda não incorporados nas listas oficiais, no sentido de garantir o seu legítimo acesso pelos usuários, o que evitaria as demandas judiciais e as possíveis interferências na gestão da assistência farmacêutica.

Sant'ana (2009) e Pereira et al. (2004) discutem alguns fatores que contribuiriam para a redução das demandas judiciais, dentre eles, a organização dos serviços de assistência farmacêutica no SUS, de forma a simplificar e garantir o acesso regular aos medicamentos, além da atualização das listas oficiais e dos PCDT. Pereira et al. (2004) sugerem, ainda, a divulgação destas listas oficiais aos prescritores e aos membros do Judiciário.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu descrever a realidade vivenciada por indivíduos que recorreram à via judicial para ter acesso aos medicamentos no município de Jataí, Goiás.

Os resultados sugerem a necessidade de humanização do atendimento, melhorando o acolhimento aos usuários pelos profissionais envolvidos no acesso ao medicamento, pela via administrativa, que tem se tornado uma via alternativa para as demandas judiciais e tem provocado muitas discussões entre juristas, gestores e profissionais de saúde, visto que podem interferir na gestão da assistência farmacêutica gerando gastos não previstos e comprometendo o orçamento para a saúde.

Por outro lado, observou-se que pela via judicial, os usuários foram acolhidos pelos profissionais envolvidos, e foi possível compreender que este processo gerou satisfação e gratidão por parte desses usuários, que identificaram esta via como algo resolutivo, diferente da via administrativa.

É preciso considerar a necessidade de aprimoramento dos protocolos de acesso aos medicamentos pela via administrativa com o preparo para humanização do atendimento, e dos protocolos existentes no Ministério Público para a proposição de ação judicial contra o município de Jataí, como também o preparo dos profissionais envolvidos a fornecerem informações claras aos usuários.

Ficou evidente que para o usuário, o acolhimento e a informação esclarecedora são imprescindíveis para a tomada de consciência sobre a seriedade do processo administrativo a fim de se garantir o direito ao acesso à saúde. Em contrapartida, é preciso melhorar o processo comunicativo entre usuários e profissionais de saúde por meio de uma relação dialógica empática, respeitosa que possibilite a troca de experiências e o exercício da alteridade, garantindo, com isso ações integradas que atendam às necessidades individuais e coletivas para a promoção da saúde.

É necessário ainda que gestores e trabalhadores do SUS repensem o significado de cuidado tendo como marco teórico os princípios da integralidade, equidade e universalidade. O direito constitucional à saúde é soberano em nosso país e apesar das adversidades técnicas, econômicas, sociais e políticas, o

profissional de saúde deve acolher o usuário e criar caminhos de proteção à saúde que propiciem a construção interdisciplinar do direito à assistência farmacêutica.

Porém, por mais que seja possível diminuir o número de demandas judiciais, elas sempre existirão, visto que os usuários estão efetivamente acessando o Poder Judiciário em busca da garantia de seu direito à saúde. Cabe aos gestores do SUS, a reorganização da assistência farmacêutica, de modo a garantir a disponibilidade e o fornecimento dos medicamentos previstos nas políticas públicas, e isto exige a constante atualização das políticas de saúde, visando à garantia do acesso.

Torna-se importante, desse modo, a análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. É necessário um conhecimento das políticas públicas de saúde existentes, das indicações clínicas baseadas em evidências e das alternativas disponíveis no SUS.

A judicialização não deveria ocorrer como um caminho para o acesso a medicamentos, mas é compreensível as demandas judiciais quando o fornecimento do tratamento solicitado, previsto nas políticas públicas, não está garantido. Por outro lado, a solicitação de um medicamento fora das listas oficiais do SUS pode alterar a alocação de recursos para um indivíduo em detrimento da coletividade.

A assistência farmacêutica é garantida por meio de políticas públicas e deve garantir a saúde dos cidadãos, de forma coletiva, integral e igualitária. Desta forma, é preciso um diálogo entre o Poder Judiciário e a gestão da saúde pública de forma a atender as necessidades de saúde dos cidadãos brasileiros.

Os resultados deste estudo poderão contribuir com o aprimoramento da forma de acesso ao medicamento pela via administrativa no município, que pode reduzir o número de demandas judiciais, com a melhoria do acesso ao medicamento pelos usuários e o acolhimento aos usuários pelos profissionais envolvidos no acesso ao medicamento. Acredita-se ser este o grande desafio para o gestor da saúde pública no município, considerando a necessidade de garantir o direito universal à saúde.

Este estudo abriu espaço para que os usuários expressassem suas necessidades, assim como suas percepções do acesso ao medicamento no sistema público de saúde, e dentre as limitações do estudo, podemos citar a não possibilidade de generalização dos resultados e a compreensão de que a dinâmica de desenvolvimento do sistema de saúde tende a gerar novas percepções, o que exige a realização de novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS JURÍDICAS. **Dicionário Jurídico**. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Bulário Eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. 2012. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/bularioeletronico>>. Acesso em: 10 maio 2012.

ALLEMANN, Y. et al. Efficacy of the combination of amlodipine and valsartan in patients with hypertension uncontrolled with previous monotherapy: the Exforge in Failure after Single Therapy (EXFAST) study. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 10, p. 185-194, 2008.

ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 10, n. 2, p.106-115, jul./dez. 2007.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 925-934, 2002.

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 123-130, mar. 2006.

APPIO, E. **Controle Judicial das Políticas Públicas no Brasil**. Porto Alegre: Juruá, 2007.

ARMAGANIJAM, D. et al. Avaliação Cicloergométrica do Propatilnitrato na Insuficiência Coronariana Crônica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 34, n. 1, p. 73-77, 1980.

ARAÚJO, L. U. et al. Medicamentos genéricos no Brasil: panorama histórico e legislação. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 28, n. 6, dez. 2010.

ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, dez. 2005.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, fev. 2007.

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

BARCELOS, R. A. **O acesso aos medicamentos essenciais no âmbito do Sistema Único e Saúde**. 2005. 104 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Interesse Público**, Belo Horizonte, v. 9, n. 46, nov. 2007. Disponível em: <<http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/38245>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. Itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. p. 197-215.

BERTOLDI, A. D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, p. 228-238, abr. 2004.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 87-99.

BOMFIM, R. L. D. **Agenda única de saúde**: a busca do acesso universal e a garantia do direito à Saúde. 2008. 164f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BORGES, D. C. L. **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.** 2007. 117f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS.** Brasília: CONASS, 2011a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde.** Brasília: CONASS, 2007a.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional.** Brasília: CONASS, 2004a. 100 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011b. 291 p.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1988. Seção I.

_____. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular", e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 maio 2004b. Seção I.

_____. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 dez. 2011c. Seção I.

_____. Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 jun. 1971. Seção I.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a. Seção I.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b. Seção I.

_____. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 fev. 2000. Seção I.

_____. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 abr. 2011d. Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 out. 1996. Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 maio 2004c. Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011e. Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Secretaria de Ciência, Tecnologias e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 abr. 2004d. Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

_____. Ministério da Saúde. OPAS/OMS. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 jan. 2007b. Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 491, de 23 de setembro de 2010. Aprova, na forma do anexo desta portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença de Alzheimer. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 set. 2010b. Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 492, de 23 de setembro de 2010. Aprova, na forma do anexo desta portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Epilepsia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 set. 2010c. Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 mar. 2012a. Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 abr. 2009a. Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 maio 2012b. Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.044, de 5 de maio de 2010. Aprovar a 7ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 maio 2010d. Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.146, de 1º de junho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 971/GM/MS, de 17 de maio de 2012, para ampliar a cobertura da gratuidade no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 jun. 2012c. Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento do componente especializado da assistência farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 nov. 2009b. Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 nov. 1998. Seção I.

_____. Ministério da saúde. Portaria nº 4.217, 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília. 29 dez. 2010e. Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Prêmio Sérgio Arouca de gestão participativa. In: FALEIROS, D. R.; GUERRA JUNIOR, A. A.; SZUSTER, D. A. C. **A questão das demandas judiciais por medicamentos no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 129-130.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção básica. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, nov. 2011.

CANTARELLI, O. D. M.; MARCOLIN, M. A. Trazodona: Farmacologia e Interações medicamentosas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, p. 329-336, 2006.

CAPELLÀ, D. Descriptive tools and analysis. In: DUKES, M. N. G. (Org). **Drug Utilization Studies: Methods and Uses**. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series nº 45, 1993. p. 55-78.

CASTILLO, S. M. et al. Oxcarbazepine add-on for drug-resistant partial epilepsy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 3, art. n. CD002028, 2000.

CASTRO, V. C. G. **A "porta de entrada" do SUS**: um estudo sobre o sistema de internação em um município do Estado do Rio de Janeiro. 2002. 145f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

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

_____. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago. 2009.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, suppl.1, p. 1523-1531, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. **Diário da Justiça**, Brasília, 07 abr. 2010.

CORINALDESI, R. et al. Pantoprazole and omeprazole in the treatment of reflux oesophagitis: a European multicentre study. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 9, n. 6, p. 667-671, dec. 1995.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 2, n. 3, set. 2011.

COSENDEY, M. A. E. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.171-182, jan. 2000.

CULEBRAS, A. et al. Triflusal vs aspirin for prevention of cerebral infarction: a randomized stroke study. **Neurology**, v. 62, n. 7, p. 1073-1080, apr. 2004.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 285-304.

DIAS, C. R. C.; ROMANO-LIEBER, N. S. Processo da implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, ago. 2006.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

DUPAS, J. L.; HOUCHE, P.; SAMOYEAU, R. Pantoprazole versus lansoprazole in French patients with reflux esophagitis. **Gastroentérologie Clinique et Biologique**, v. 25, n. 3, p. 245-250, mar. 2001.

ENCK, P.; DUBOI, D.; MARQUIS, P. Quality of life in patients with upper gastrointestinal symptoms: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, v. 231, p. 231-248, 1999.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP). **Judicialização da saúde: a balança entre acesso e equidade**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Agência Fiocruz de Notícias, publicada em 29 jan. 2008. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/informe/materia.cfm?matid=8374>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

FALK, M. L. R. et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2010.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, mar. 2009.

FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, dez. 2007.

FIGUEIREDO, T. A. **Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro**: a aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão. 2010. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

FIGUEIREDO, T. A.; PEPE, V. L. E.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Um enfoque sanitário sobre a demanda judicial de medicamentos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 101-118, 2010.

FRANCISCO, E. C. et al. Trazodone for the treatment of sleep disorders in dementia: an open-label, observational and review study. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 69, n. 1, p. 44-49, fev. 2011.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. de. A efetivação dos direitos sociais à saúde e à moradia por meio da atividade conciliadora do Poder Judiciário. In: SANTOS, L. (Org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes Editora, 2010. p. 65-97.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006.

GOMES, C. A. P. et al. **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Neves, 2010.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, ago. 2005.

GONG, Y. et al. Ursodeoxycholic acid for primary biliary cirrhosis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 03, art. n. CD000551, 2008.

GOUVEIA, G. C. et al. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, suppl.1, p. S109-S118, 2005.

GUERIN, G. D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3003-3010, nov. 2012.

GUERRA JÚNIOR, A. A. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 15, n. 3, p. 168-175, mar. 2004.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl.1, p. 1497-1508, 2010.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. **Pharmaceutical Care España**, v. 1, p. 35-47, 1999.

HOLTMANN, G. International validation of a health-related quality of life questionnaire in patients with erosive gastro-oesophageal reflux disease. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 29, n. 6, p. 615-625, mar. 2009.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias do acesso e descentralização na análise de sistema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, jan. 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 27 set. 2012.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.

JUNGMANN, M. **Ministério da Saúde classifica de "epidêmico" volume de ações judiciais contra o SUS**. 18 out. 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/es/node/6713>>. Acesso em: 14 set. 2012.

KANTORSKI, L. P. et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, suppl.1, p. 29-35, 2009.

KLASCO, R. K. (Ed). **DRUGDEX® System**. Greenwood Village: Thomson MICROMEDEX, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

KNOBEL, E. et al. Tratamento da Angina Pectoris com Nitratos. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, v. 15, n.11/12, p. 376-379, nov./dez. 1986.

KOHLMANN JÚNIOR, O. Avaliação comparativa em longo prazo da eficácia, tolerabilidade e efeitos metabólicos de combinações de atenolol com anlodipino ou clortalidona no tratamento da hipertensão arterial – subanálise do estudo ATENAS. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 69, n. 3, p. 56-63, mar. 2012.

LEBERT, F.; STEKKE, W.; HASENBROEKX, C. Frontotemporal dementia: a randomised, controlled trial with trazodone. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, v. 17, p. 355-359, 2004.

LEITE, S. N.; MAFRA, A. C. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl.1, p. 1665-1672, jun. 2010.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos do cotidiano familiar. **História, Ciências e Saúde – Manquinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 113-128, 2006.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos Usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, mar. 2007.

LOPES, C. R.; VASCONCELOS, W. Quando o remédio vira veneno. **Radis**, v. 43, p. 10-13, 2006.

LOPES, L. C. et al. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 620-628, ago. 2010.

LUIZA, V. L.; BERMUDEZ, J. A. Z. Acesso a Medicamentos: conceitos e polêmicas. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; ESTER, A.; OLIVEIRA, M. A. (Org.). **Acesso a medicamentos**: direito fundamental, papel do estado. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.

LUIZ, O. C. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. **Arquivos Médicos do ABC**, Santo André, v. 30, n. 2, p. 69-75, 2005.

LUSTOSA, M. A.; ALCAIRES, J.; COSTA, J. C. da. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 27-49, dez. 2011.

MACEDO, E. I. de; LOPES, L. C.; BARBERATO-FILHO, S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 706-713, ago. 2011.

MACEDO, E. I. de. **A importância da análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial**. 2010. 115 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade de Sorocaba, Sorocaba, 2010.

MANFROI, W. C. et al. Efeitos Hemodinâmicos e Cineangiográficos Agudos do Propatilnitrato na Cardiopatia Isquêmica Sintomática. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 48, n. 3, p. 147-151, mar. 1987.

MARIN, N. et al. (Org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARQUES, S. B. **A relação do sistema jurídico e do sistema político na garantia do direito social à assistência farmacêutica**: o caso do Estado de São Paulo. 2005. 261f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

_____. Judicialização do direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 65-72, out. 2008.

_____. **O direito ao acesso universal a medicamentos no Brasil**: diálogos, a política e a técnica médica. 2011. 396 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

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

MARTINS, P. C. et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1933-1942, mar. 2011.

MATIAS-GUIU, J. et al. Comparison of triflusal and aspirin for prevention of vascular events in patients after cerebral infarction: the TACIP Study: a randomized, double-blind, multicenter trial. **Stroke**, v. 34, n. 4, p. 840-848, apr. 2003.

MAYORGA, P. et al. Assistência farmacêutica no SUS: quando se efetivará? In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Org.). **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004. p. 197-215.

MCSHANE, R.; AREOSA, S. A.; MINAKARAN, N. Memantine for dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 2, art. n. CD003154, 2006.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 525-534, abr. 2005.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**. 2. ed. London: Sage Publications, 1994.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, dez. 2010.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MULLER, M.; MARSON, A. G.; WILLIAMSON, P. R. Oxcarbazepine versus phenytoin monotherapy for epilepsy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 2, art. n. CD003615, apr. 2006.

OLIVEIRA, D. F. et al. Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 69, n. 5, p. 731-736, out. 2006.

OLIVEIRA, E. A.; LABRA, M. E.; BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2379-2389, nov. 2006.

OLIVEIRA, F. J. A. A contribuição da antropologia nos estudos de satisfação e a avaliação dos serviços de saúde no nível de atenção primária à saúde: vale a pena ouvir o que os usuários têm a nos dizer? **Momento & Perspectivas em Saúde**, v. 11, n. 1, p. 18-32, 1998.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

OLIVEIRA, N. A. **Ensino médico no Brasil: Desafios e prioridades, no contexto do SUS – um estudo a partir de seis estados brasileiros**. 2007. 201f. Tese (Doutorado em Ensino de Biociências e Saúde) – Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças: CID-10**. 7. ed. São Paulo: EDUSP, 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS. **Selección de Medicamentos Esenciales**. Ginebra: OMS, jun. 2002. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3006s/h3006s.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2011.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. (coord.). **Estudos de utilização de medicamentos – Noções Básicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

PANIZ, V. M. V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, fev. 2008.

PAULA, P. A. B. de et al. O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. n16, n. 5, maio 2011.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127-140, feb. 1981.

PEPE, V. L. E. et al. **A judicialização no acesso a medicamentos no estado do Rio de Janeiro: um olhar sobre o essencial**. Relatório de pesquisa, 2008.

PEPE, V. L. E. et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 461-471, mar. 2010.

PEREIRA, J. R. **Análise das demandas judiciais solicitando medicamentos encaminhados à diretoria de assistência farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004**. 2006. 132f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2006.

PEREIRA, J. R. et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 3, p. 3551-3560, nov. 2010.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. de. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, dez. 2008.

PINAFO, E.; LIMA, J. V. C.; BADUY, R. S. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e Percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 9, n. 2, p. 17-25, jun. 2008.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde In: HECKLER, A. P. M.; OLIVEIRA, F. A. **Há**

espaço para integralidade na assistência farmacêutica? Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

PONTES, A. P. M. de et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 500-507, set. 2009.

PORSTEINSSON, A. P. et al. Memantine treatment in patients with mild to moderate Alzheimer's disease already receiving a cholinesterase inhibitor: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. **Current Alzheimer Research**, v. 5, n. 1, p. 83-89, feb. 2008.

PROVIN, M. P. **Demandas judiciais para medicamentos em Goiânia – GO, Brasil, e seus aspectos financeiros**. 2011. 197f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, fev. 2003.

RÊGO, E. C. L. Políticas de regulação do mercado de medicamentos: a experiência internacional. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 14, p. 367-400, dez. 2000.

RICHARDS, L.; MORSE, J. M. **Readme first for a user's guide to qualitative methods**. 3rd ed. London, New Delhi: Sage, 2012.

RICHTER, J. E. et al. Prevention of erosive oesophagitis relapse with pantoprazole. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 20, n. 5, p. 567-575, sept. 2004.

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

RONZANI, T. M.; SILVA, C. de M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, fev. 2008.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez. 2005.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANT'ANA, J. M. B. **Essencialidade e assistência farmacêutica**: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro. 2009. 93 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

SANT'ANA, J. M. B. et al. Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 714-721, ago. 2011.

SARAFIDIS, P. A.; MCFARLANE, S. I.; BAKRIS, G. L. Antihypertensive agents, insulin sensitivity, and new-onset diabetes. **Current Diabetes Reports**, v. 7, n. 3, p. 191-199, jun. 2007.

SARTÓRIO, M. J. **Política de medicamentos excepcionais no Espírito Santo**: a questão da judicialização da demanda. 2004. 153f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SCHOLTEN, T. Long-term management of gastroesophageal reflux disease with pantoprazole. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, v. 3, n. 2, p. 231-243, June 2007.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, jul. 2010.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Política nacional de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 206-209, abr. 2000.

SEGATTO, C. O Paciente de R\$ 800 mil. **Revista Época**, São Paulo: Editora Globo, n. 772, p. 52-58, 19 mar. 2012.

SIQUEIRA, F.; GAUDARD, A. M. Y. S. Acesso aos serviços de Farmácia em atenção básica na SES-DF. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 211-217, set. 2009.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005.

SILVA, J. M. da; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010.

SILVEIRA, F. G.; OSORIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 719-731, 2002.

SMITH, T. R. et al. Amlodipine and valsartan combined and as monotherapy in stage 2, elderly, and black hypertensive patients: subgroup analyses of 2 randomized, placebo-controlled studies. **The Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)**, v. 9, n. 5, p. 355-364, may 2007.

SOLER, O. et al. Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do programa saúde da família. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 91, n. 1, p. 37-45, 2010.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. S100-S110, 2008.

STAKE, R. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (editors). **The handbook of qualitative research**. 2nd. Ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, p. 435-454, 2000.

STONE, P. H. et al. Influence of race, sex and age on management of unstable angina and non-Q wave myocardial infarction: The TIMI III Registry. **Journal of the American Medical Association**, v. 275, n. 14, p. 1104-1112, apr. 1996.

STORPIRTIS, S.; BUENO, M. M. A vigilância sanitária e a política nacional de medicamentos no Brasil: medicamentos genéricos, similares e novos. In: STORPIRTIS, S. et al. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 25-36.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em números. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 14-33, 2004.

TEIXEIRA, M. F. **Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro**. 2011. 75f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

TERRAZAS, F. V. **O Poder Judiciário como voz institucional dos pobres: o caso das demandas judiciais por medicamentos**. 2008. 56f. Dissertação (Mestrado em Direito do Estado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Direito, São Paulo, 2008.

TERRAZAS, F. V.; SILVA, V. A. Claiming the right to health in Brazilian courts: the exclusion of the already excluded? **Law & Social Inquiry**, v. 36, Issue 4, p. 825-853, 2011.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIÃO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, suppl.1, p. 557-570, 2009.

UNITED NATIONS. Office of the High Commissioner for Human Rights. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 10 dez. 1948. Disponível em: < http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm >. Acesso em: 18 maio de 2012.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 2, p. S7-S14, 1999.

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

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

_____. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana Salud Pública**, Washington, v. 27, n. 2, p. 149-156, fev. 2010.

_____. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 674-681, ago. 2009.

VIEIRA, F. S.; MENDES, A. C. R. Evolução dos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_gasto_medicamentos.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2012.

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

_____. Demandas judiciais e assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 6, p. 672-683, 2009.

VILA, V. S. C. **O significado de qualidade de vida: perspectivas de indivíduos revascularizados e de seus familiares**. 2006. 150f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

VIOLA, L. A. **O direito prestacional saúde e sua proteção constitucional**. 2006. 108f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Processo) – Faculdade de Direito de Campos, Centro Universitário Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, 2006.

WERNER, P. U. P. O direito social e o direito público subjetivo à saúde: o desafio de compreender um direito com duas faces. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2, out. 2008.

WINBLAD, B. et al. Memantine in moderate to severe Alzheimer's disease: a metaanalysis of randomised clinical trials. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, v. 24, n. 1, p. 20-27, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Glossary of health promotion terms**, Geneva: WHO, 1998. Disponível em:

<<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Pharmaceuticals Newsletter**, Geneva, n. 2, p. 7, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/newsletter/Newsletter_2_2012.pdf>. Acesso em: 27 maio 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZHOU, YU-HAO et al. Effects of combined aspirin and clopidogrel therapy on cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Plos One**, v. 7, Issue 2, p. 1-9, feb. 2012.

ANEXO A - Declaração aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Av. Universitária, 1088 - Setor Universitário
Caixa Postal 06 - CEP 74605-010
Goiânia - Goiás - Brasil
Fones: (62) 2946.1070 - Fax: (62) 2946.1038
www.pucgoias.edu.br - propp@pucgoias.edu.br

Registro CEP 1933/2011

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto, **A Percepção dos Usuários Sobre o Acesso aos Medicamentos por Via Judicial**, coordenado pelo (a) pesquisador (a) **Virginia Oliveira Chagas**. Foi cadastrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEP-SGC/PUC Goiás) sob o **CAAE 0150.0.168.000-11**, em 23/09/2011 e **aprovado** em 07/12/2011.

- CEP-SGC/PUC Goiás pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – item 13).
- Informamos que é obrigatória a entrega do relatório de acompanhamento da pesquisa, conforme a categoria de pesquisa realizada, em cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.
- Modelo do relatório de acompanhamento da pesquisa se encontra no site do Comitê de Ética <http://www.pucgoias.edu.br/cep> - modelos documentos.

Categorias de pesquisa

TCC: Final da pesquisa
Especialização: Final da pesquisa
Mestrado: Relatório anual e final
Doutorado: Relatório anual e final
Outros: Relatório anual e final


Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho
Coordenador do CEP-SGC/PUC Goiás

Goiânia, 07 de Dezembro de 2011.

ANEXO B – Aprovação do atendimento psicológico no NASF



PREFEITURA MUNICIPAL DE JATAÍ
SECRETARIA DA SAÚDE



Jataí, 13 de setembro de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que caso seja necessário, e dentro das possibilidades de atendimento psicológico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) cadastrado na Unidade Básica de Saúde do Conjunto Rio Claro, localizado na Alameda Rio Claro esquina com Alameda Rio Verde nº 136, Conjunto Rio Claro I, oferecemos atendimento sem ônus, aos participantes do projeto de pesquisa “**A percepção dos usuários sobre o acesso aos medicamentos por via judicial**”, realizada pela mestranda Virgínia Oliveira Chagas, orientanda da Profª Drª Vanessa da Silva Carvalho Vila.

Atenciosamente,

Micheli M. Giongo
Coord. Enfermagem de Promoção
e Vigilância Saúde
COREN 138024

Micheli Magdalena Giongo

Coordenadora Enfermagem, Promoção e Vigilância em Saúde

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido/Usuários

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) do estudo intitulado “A percepção dos usuários sobre o acesso aos medicamentos por via judicial”, que será realizada pela farmacêutica e mestrandia *Virgínia Oliveira Chagas* sob a orientação da Prof^a Dr^a Vanessa da Silva Carvalho Vila.

O objetivo do estudo será compreender a experiência vivida por pessoas necessitaram recorrer à via judicial para ter acesso aos medicamentos no município de Jataí, Goiás. Esta pesquisa é importante para auxiliar os profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias que melhorem e garantam o acesso da população aos medicamentos no município.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e consiste em responder a uma entrevista com as seguintes questões: *Conte-me como foi para você ter acesso ao medicamento que você precisava? Qual o caminho você teve que percorrer para conseguir ter acesso ao medicamento? Por que foi necessário solicitar o medicamento por via judicial? Como foi a experiência de precisar recorrer a via judicial para ter acesso ao medicamento?*

Suas respostas poderão ser gravadas ou não, dependendo de sua vontade. O material gravado e as transcrições ficarão arquivados e sob a responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos. Garantimos que todas as informações serão confidenciais. Seu nome será mantido em sigilo, e identificado apenas por números para garantir o caráter confidencial das suas informações.

Com relação ao ressarcimento, você não terá nenhum gasto, uma vez que todos os gastos serão da pesquisadora, entretanto, caso haja, você será devidamente ressarcido. Caso você se sinta prejudicado com a pesquisa, poderá solicitar indenização nos termos da lei e o que for decidido pela justiça será acatado pela pesquisadora.

Acreditamos que você não sentirá nenhum desconforto, não terá riscos ou, prejuízos ao participar deste estudo. Entretanto, caso considere que a entrevista lhe provocou algum transtorno emocional, poderá procurar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) cadastrado na Unidade Básica de Saúde do Conjunto Rio Claro, localizado na Alameda Rio Claro esquina com Alameda Rio Verde nº 136, Conjunto Rio Claro I, que o atendimento está garantido. Entre os benefícios esperados está a possibilidade de que suas informações contribuam para a melhoria da garantia do acesso aos medicamentos no município.

Você é livre para aceitar ou recusar sua participação sem sofrer nenhum prejuízo de seu desempenho profissional. Você é livre para não responder ou interromper suas respostas durante a entrevista, caso não se sinta à vontade para discutir sobre alguma questão. Além disso, poderá retirar o seu consentimento, mesmo após o início do estudo, sem sofrer nenhuma penalidade.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre o desenvolvimento da pesquisa, caso aceite participar, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra dos responsáveis pela realização da entrevista.

Em caso de dúvida, sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Virgínia Oliveira Chagas (fone: (64) 9642-7757) e com o Comitê de Ética e Pesquisa da PUC Goiás (fone: (62)3946-1512)

Eu, _____, li e entendi todas as informações que me foram fornecidas sobre a minha participação neste estudo e me foi dada a oportunidade de discutir e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e eu, voluntariamente, concordo em participar do mesmo. Eu recebi uma cópia deste termo de consentimento livre esclarecido, concordo e assino. Autorizo, também, a liberação de dados dessa pesquisa que não identifique a minha pessoa.

Assinatura do participante _____

Data: ____/____/____

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para o participante acima nomeado.

Assinatura do investigador _____

Jataí, ____ de _____ de 2011.

Virgínia Oliveira Chagas

Rua Maria Albina, nº 70 – Setor José Ferreira – Jataí/GO

Telefone: (64) 9642-7757

Email: virginiafarm@gmail.com

Consentimento de Participação da Pessoa como Sujeito

Eu _____, RG nº _____, CPF nº _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “A percepção dos usuários sobre o acesso aos medicamentos por via judicial”, como sujeito.

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela mestrandia do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde da PUC-GO, Virgínia Oliveira Chagas, sobre a pesquisa e a importância de minha participação. Foi-me garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Jataí, ____ de _____ de 2012.

Nome do Sujeito: _____

Assinatura: _____

Testemunhas:

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido/Promotores

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) do estudo intitulado “A percepção dos usuários sobre o acesso aos medicamentos por via judicial”, que será realizada pela farmacêutica e mestrandia *Virgínia Oliveira Chagas* sob a orientação da Prof^a Dr^a Vanessa da Silva Carvalho Vila.

O objetivo do estudo será compreender a experiência vivida por pessoas necessitaram recorrer à via judicial para ter acesso aos medicamentos no município de Jataí, Goiás. Esta pesquisa é importante para auxiliar os profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias que melhorem e garantam o acesso da população aos medicamentos no município.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e consiste em responder a uma entrevista com as seguintes questões: *Como está a questão das demandas judiciais por medicamentos? Como é esse processo de tomada de decisão? Quais são os principais fundamentos utilizados para concessão de liminares? Como são analisados esses processos? Como o Ministério Público acompanha/monitora a implementação da ordem judicial?*

Suas respostas poderão ser gravadas ou não, dependendo de sua vontade. O material gravado e as transcrições ficarão arquivados e sob a responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos. Garantimos que todas as informações serão confidenciais. Seu nome será mantido em sigilo, e identificado apenas por números para garantir o caráter confidencial das suas informações.

Com relação ao ressarcimento, você não terá nenhum gasto, uma vez que todos os gastos serão da pesquisadora, entretanto, caso haja, você será devidamente ressarcido. Caso você se sinta prejudicado com a pesquisa, poderá solicitar indenização nos termos da lei e o que for decidido pela justiça será acatado pela pesquisadora.

Acreditamos que você não sentirá nenhum desconforto, não terá riscos ou, prejuízos ao participar deste estudo. Entretanto, caso considere que a entrevista lhe provocou algum transtorno emocional, poderá procurar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) cadastrado na Unidade Básica de Saúde do Conjunto Rio Claro, localizado na Alameda Rio Claro esquina com Alameda Rio Verde nº 136, Conjunto Rio Claro I, que o atendimento está garantido. Entre os benefícios esperados está a possibilidade de que suas informações contribuam para a melhoria da garantia do acesso aos medicamentos no município.

Você é livre para aceitar ou recusar sua participação sem sofrer nenhum prejuízo de seu desempenho profissional. Você é livre para não responder ou interromper suas respostas durante a entrevista, caso não se sinta à vontade para discutir sobre alguma questão. Além disso, poderá retirar o seu consentimento, mesmo após o início do estudo, sem sofrer nenhuma penalidade.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre o desenvolvimento da pesquisa, caso aceite participar, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra dos responsáveis pela realização da entrevista.

Em caso de dúvida, sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Virgínia Oliveira Chagas (fone: (64) 9642-7757) e com o Comitê de Ética e Pesquisa da PUC Goiás (fone: (62)3946-1512)

Eu, _____, li e entendi todas as informações que me foram fornecidas sobre a minha participação neste estudo e me foi dada a oportunidade de discutir e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e eu, voluntariamente, concordo em participar do mesmo. Eu recebi uma cópia deste termo de consentimento livre esclarecido, concordo e assino. Autorizo, também, a liberação de dados dessa pesquisa que não identifique a minha pessoa.

Assinatura do participante _____

Data: ____/____/____

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para o participante acima nomeado.

Assinatura do investigador _____

Jataí, ____ de _____ de 2011.

Virgínia Oliveira Chagas

Rua Maria Albina, nº 70 – Setor José Ferreira – Jataí/GO

Telefone: (64) 9642-7757

Email: virginiafarm@gmail.com

Consentimento de Participação da Pessoa como Sujeito

Eu _____, RG nº _____, CPF nº _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “A percepção dos usuários sobre o acesso aos medicamentos por via judicial”, como sujeito.

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela mestrandia do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde da PUC-GO, Virgínia Oliveira Chagas, sobre a pesquisa e a importância de minha participação. Foi-me garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Jataí, ____ de _____ de 2012.

Nome do Sujeito: _____

Assinatura: _____

Testemunhas:

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE C – Força da evidência

Categoria A	Evidência baseada em meta-análises de estudos clínicos randomizados controlados homogêneos com desfechos e graus de resultados entre os estudos individuais. Estudos múltiplos com ensaios clínicos bem realizados com controle e randomizados envolvendo grande número de pacientes.
Categoria B	Evidência é baseada em informações obtidas de: meta-análises de ensaios controlados randomizados com conclusões conflitantes no que refere ao desfecho e graus de resultados entre os estudos individuais. Ensaios controlados randomizados que envolveram pequeno número de pacientes ou tinham falhas metodológicas significantes (por exemplo, viés, imprecisão de análise, etc.). Estudos não-randomizados (por exemplo, estudos de coorte, estudos de caso-controle, estudos observacionais).
Categoria C	Evidência é baseada em dados obtidos de: opinião de especialista ou consenso, relato de caso ou série de casos.
Não tem evidência	

Fonte: *Thomsom Micromedex – Drugdex System, 2012.*

APÊNDICE D – Força de recomendação

Classe I	Recomendado	Determinado teste ou tratamento demonstrou ser útil e deveria ser empregado.
Classe IIa	Recomendado na maioria dos casos	Determinado teste ou tratamento é, geralmente, considerado ser útil e indicado na maioria dos casos.
Classe IIb	Recomendado em alguns casos	Determinado teste ou tratamento pode ser útil e é indicado em alguns, mas não na maioria dos casos.
Classe III	Não recomendado	Determinado teste ou tratamento não é útil, e deve ser evitado.
Classe indeterminada	Evidência inconclusiva	

Fonte: *Thomsom Micromedex – Drugdex System, 2012.*

APÊNDICE E - Roteiro para coleta de dados

Entrevista nº: _____

Data da entrevista: ____/____/____
(TÉRMINO): _____

HORA (INÍCIO): _____

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

ID: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Atendimento médico ao qual tem acesso: _____

Data da última consulta médica: ____/____/____

2 DADOS SOCIOECONÔMICOS

IDADE: _____ anos

(1) 20 a 29 anos (2) 30 a 39 anos (3) 40 a 49 anos (4) 50 a 59 anos (5) >60 anos

ESTADO CIVIL: (1) solteiro (2) casado/ união consensual (3) divorciado/separado
(4) viúvo

ANOS DE ESTUDO:

(1) <1 (2) 1-3 (3) 4-7 (4) 8-11 (5) ≥12

OCUPAÇÃO: _____ Há quanto tempo? _____

RENDA INDIVIDUAL: _____ reais

RENDA MENSAL FAMILIAR: _____ reais.

3 ASPECTOS RELACIONADOS AO PERFIL DE SAÚDE

Diagnóstico da doença: _____

CID: _____

Há quanto tempo: _____

Faz outro tipo de tratamento medicamentoso? (1) sim (2) não

Quais medicamentos você também faz uso? _____

4 ORIGEM DO TRATAMENTO

(1) Público (2) Privado

5 ASPECTOS RELACIONADOS AO MEDICAMENTO SOLICITADO

Medicamento(s) solicitado(s): _____

6 QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA COM O USUÁRIO

1. Conte-me como foi para você ter acesso ao medicamento que você precisava?
2. Qual o caminho você teve que percorrer para conseguir ter acesso ao medicamento?
3. Por que foi necessário solicitar o medicamento por via judicial?
4. Como foi a experiência de precisar recorrer à via judicial para ter acesso ao medicamento?

7 QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA COM PROMOTOR

1. Como está a questão das demandas judiciais por medicamentos?
2. Como é esse processo de tomada de decisão?
3. Quase são os principais fundamentos utilizados para concessão de liminares?
Como são analisados esses processos?
4. Como o Ministério Público acompanha/monitora a implementação da ordem judicial?