

Título do capítulo	CAPÍTULO 12 ACESSO A MEDICAMENTOS POR VIA JUDICIAL E PROCESSOS ADMINISTRATIVOS: UM ESTUDO SOBRE SEU IMPACTO NA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR
Autores (as)	Jucelino Nery da Conceição Filho Adriana de Souza Pereira Domingues Maria do Carmo Lessa Guimarães
Título do livro	POLÍTICAS PÚBLICAS E FINANCIAMENTO FEDERAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Organizadores (as)	Clarice Melamed Sérgio Francisco Piola
Cidade	
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2011
Edição	
ISBN	978-85-7811-118-2

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

ACESSO A MEDICAMENTOS POR VIA JUDICIAL E PROCESSOS ADMINISTRATIVOS: UM ESTUDO SOBRE SEU IMPACTO NA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

Jucelino Nery da Conceição Filho*
Adriana de Souza Pereira Domingues**
Maria do Carmo Lessa Guimarães***

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais constitui um dos princípios precípuos da Política Nacional de Medicamentos (MS, 1993), embora a situação desse acesso ainda seja crítica. A rede pública consiste na única alternativa para aquisição de medicamentos essenciais para boa parte da população brasileira. Essa situação não é diferente em outros países do mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de dois bilhões de pessoas (1/3 da população mundial) não têm acesso regular a tais medicamentos (MARQUES, 2002; OPAS, 2005). Entretanto, os itens não contemplados na relação de medicamentos essenciais dos serviços públicos e que possuem elevado custo têm o seu acesso dificultado, geralmente, em decorrência do seu preço elevado. De forma paradoxal, esse fato atinge principalmente as camadas da população que têm menor capacidade econômica (NAVES; SILVER, 2005).

Como consequência dessa realidade, muitos pacientes passaram a recorrer a processos administrativos ou judiciais perante órgãos governamentais para fazer valer suas necessidades de medicamentos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS), município com população residente de 2.714.977 habitantes (Tabnet-2006) tem se deparado com número crescente de processos administrativos e judiciais requerendo o fornecimento de medicamentos não contemplados em sua Relação de Medicamentos Essenciais (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2004). Tais reivindicações são para medicamentos que muitas vezes possuem um equivalente farmaco-

* Secretaria de Saúde do Município de Salvador, Bahia. jucelinonery@hotmail.com

** Secretaria de Saúde do Município de Salvador, Bahia. aspdomingues@hotmail.com

*** Universidade Federal da Bahia, UFBA. ducalessa@hotmail.com

lógico ou que foi prescrito para uma patologia onde não se tem uma eficácia terapêutica comprovada. Esta mesma situação tem se reproduzido em outros Estados brasileiros e vem preocupando os gestores das três esferas de governo de todo o país, não só em função do uso irracional dos medicamentos, mas também pelo impacto financeiro que essa prática implica.

Esse fenômeno consiste, portanto, em mais um novo desafio da gestão da assistência farmacêutica no SUS, onde se busca associar o uso de critérios na aplicação de recursos públicos com o uso racional de medicamentos frente às demandas judiciais e administrativas. Nos referidos pleitos evocam-se os princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade de maneira indiscriminada, sem se considerar algumas questões técnicas como disponibilidade de medicamentos de ação farmacológica semelhante, inexistência de registro do medicamento no país, patologia apresentada pelo paciente não constar entre aquelas de indicação terapêutica do medicamento registrada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, além do custo elevado em relação a similares disponíveis. Tal fato, por vezes, compromete o orçamento para aquisição dos medicamentos básicos. No entanto, compreende-se a dificuldade de promotores e juízes em avaliar a questão frente a uma indicação médica e a urgência no uso do medicamento em grande parte dos casos, não possuindo o conhecimento técnico no âmbito do medicamento.

A parceria entre os gestores e o judiciário para padronizar os procedimentos referentes a tais demandas de medicamentos tem sido a forma encontrada para minimizar o problema até que se regulamente o acesso a esses insumos.

Toda essa situação evidencia a necessidade de se criar mecanismos técnicos e legais com o objetivo de disciplinar o fornecimento desses medicamentos e definir as competências do município, do Estado ou da União frente a essa questão, além de subsidiar as decisões do Judiciário. Faz-se necessário, ainda, conscientizar os profissionais médicos quanto à observância do elenco de medicamentos disponibilizados pelas secretarias de saúde, evitando-se a prescrição de medicamentos inadequados, onerosos e com existência de similar terapêutico, racionalizando-se o uso dos medicamentos contemplados na Relação de Medicamentos Essenciais.

Diante desse quadro, este trabalho busca conhecer e analisar as características dos pleitos jurídicos e administrativos de medicamentos não contemplados pela REMUME com vistas a identificar as consequências financeiras e técnicas à gestão da Assistência Farmacêutica no município de Salvador (BA), identificando os fatores que levaram ao aumento no número de processos, bem como os impactos financeiros e técnicos sobre a gestão da Assistência Farmacêutica do município.

2 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos deste trabalho, analisaram-se os processos administrativos e judiciais de pleitos de medicamentos referentes ao período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2006, com vistas a traçar um perfil dos processos existentes. Esses dados foram obtidos a partir do arquivo documental e do banco de dados de cadastros, ambos existentes no Setor de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Foram analisados 270 processos, correspondendo a 100% do universo de pleitos existentes no período.

As variáveis estudadas foram: o número de processos; os medicamentos requeridos, classificados com base no “Código Anatômico, Terapêutico e Químico” (código ATC) e na denominação comum brasileira (DCB) (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006); a inclusão dos medicamentos pleiteados em alguma lista de financiamento público (para aquisição); a condição patológica do autor pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10); a unidade de atendimento (se hospital universitário, federal, estadual ou privado, posto de atendimento da Secretaria Municipal de Saúde, clínica conveniada ao SUS, clínica não conveniada ao SUS e médico particular); o responsável pela origem do processo (Defensoria Pública, instituições de saúde, familiar ou o próprio paciente) e o município de domicílio. A análise foi realizada, inicialmente, calculando-se a frequência simples de todas as variáveis, com o intuito de descrever as características principais dos processos de solicitação de medicamentos.

Foram elaborados diferentes questionários para o usuário, o prescritor e o gerente da assistência farmacêutica municipal, levantando-se dados considerados importantes para a análise pretendida. Esses questionários foram aplicados sob consentimento livre e esclarecido aos atores, os quais foram selecionados intencionalmente, considerando algumas condições como: atores essenciais ao esclarecimento de algumas questões, assuntos em foco e facilidade de acesso. Em relação aos usuários, os questionários foram aplicados por telefone com aqueles que mantiveram contato com o Setor de Assistência Farmacêutica da SMS, durante os meses de abril e maio de 2006, e por contato pessoal com aqueles que se dirigiram ao referido setor ou à unidade de saúde de referência para o recebimento do(s) medicamento(s) pleiteado(s). Quanto aos prescritores, optou-se por entrevistar aleatoriamente os profissionais da unidade de saúde responsável pelo maior número de processos perante a SMS e que estivessem presentes no dia das entrevistas. Os dados obtidos a partir dos questionários foram tabulados e analisados, baseando-se na frequência.

Os dados financeiros relativos aos gastos com os medicamentos não selecionados foram obtidos a partir da análise das notas fiscais obtidas na Coordenação

Administrativa da SMS. Os valores referentes à Farmácia Básica foram fornecidos pelo Setor de Assistência Farmacêutica por intermédio do sistema informatizado para acompanhamento da execução do Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (SIFAB).

3 O SUS E O DIREITO À SAÚDE

O SUS preconiza a atenção à saúde de forma igualitária, universal e gratuita e se caracteriza, na sua origem, por ser solidário, pautando-se nos princípios da universalidade, da descentralização, da regionalização e da hierarquização dos serviços de saúde, da integralidade das ações e da participação popular por meio de representantes da sociedade organizada nos conselhos e conferências de saúde (MAYORGA *et al.*, 2004).

Os princípios e as diretrizes do SUS são garantidos pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080/90. A Constituição, em seu Art. 196, conceitua a saúde como “(...) direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, p. 55, 2007), tendo o povo brasileiro assim reconhecido que a saúde é um direito fundamental (MARQUES; DALLARI, 2007).

A Lei 8.080/90, por sua vez, estabelece em seu Art. 6º que é atribuição do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Em seu Art. 7º, apresenta os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), como a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”.

As discussões sobre esses princípios são muitas e permeiam por diversos campos de atuação dos profissionais de saúde, inclusive o farmacêutico (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 1998; CARVALHO, 2006). Assim, enquanto a universalidade diz respeito aos titulares do direito à saúde, ou seja, todos, a integralidade está relacionada ao objeto, o tudo. No entender do Ministério Público Federal (MPF), necessariamente a integralidade abrange o tratamento completo e eficaz para todos os agravos em saúde, não se estendendo, contudo, a ponto de abranger todo e qualquer tratamento prescrito por qualquer profissional médico, seja ele do SUS ou não (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2005).

Os diferentes conceitos de equidade encontrados na literatura têm como base a definição de Whitehead (WHITEHEAD, 1990, p. 9; LUCCHESI, 2003, p. 441), em que esse princípio “implica que idealmente todos deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançar o seu potencial, se isso puder ser evitado”.

Almeida (2002) enfatiza que a sua formulação conceitual e histórica está relacionada às noções de igualdade e liberdade, remetendo à questão da justiça, dos direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado.

Os antecedentes dessas discussões estão nos séculos XVII e XVIII, culminando na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, após a Revolução Francesa e, posteriormente, no século XX, na Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, e na Convenção Européia dos Direitos do Homem (1950), que marcam a nova era pós-Segunda Grande Guerra Mundial e serviram de guia para todas as constituições posteriores, dos diversos países (ALMEIDA, 2002, p. 27).

Esse termo pode adquirir conotações distintas ao longo do tempo e em diferentes sociedades, sendo vários os seus significados e raro o consenso em torno dessa discussão (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2005).

O MPF, por sua vez, entende como equidade

(...) a garantia de acesso de qualquer pessoa, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do Sistema, de acordo com a necessidade que o caso requeira, assim como a garantia de que as ações coletivas serão dirigidas por prioridades amplas e publicamente reconhecidas (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2005, p. 7).

Assim sendo, todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido de acordo com as suas necessidades (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2005).

Em nota do grupo no manual elaborado pelo MPF intitulado “Manual de Atuação do Ministério Público Federal em defesa do Direito à Saúde”, registra-se que, diferentemente do que ocorre com os princípios da universalidade e da integralidade, que constam de forma expressa no texto da Constituição como “direito de todos”, “acesso universal” (Art. 196) e “atendimento integral” (Art. 198, II), não há no mesmo texto previsão expressa do princípio da equidade. Portanto, nesse sentido, o termo “equidade” pode ser considerado sinônimo da expressão “igualitário” do *caput* do Art. 196 (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2005).

É ainda ressaltado pelo Ministério Público Federal (2005, p. 7) que se deve receber com ressalvas o argumento da existência do princípio constitucional da equidade como fundamento para “mitigar os princípios da universalidade (excluir do SUS quem pode pagar) ou da integralidade (excluir procedimentos demasiados caros, só por esse fundamento)”. Apresenta-se como reforço a tal entendimento a redação do texto constitucional, que assegura o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, Art. 198, II), e da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que inclui no campo de atuação do SUS a execução de ações de “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. (BRASIL, 1990, Art. 6º, I, d).

Como bem lembra Lucchese (2003, p. 441), “encontrar a interpretação do conceito de equidade mais adequada ao campo de atuação em saúde para então operacionalizá-lo em tarefas de gestão do sistema orientadas à redução de desigualdades é um grande desafio”. Matéria publicada pelo CONASEMS (2004) evidencia que, com a atuação do Ministério Público e a conscientização do cidadão, o direito à saúde passou a ser frequentemente questionado perante o Poder Judiciário, o qual entende que o direito à saúde deve ser garantido pelo Poder Público sem entraves, sendo um direito de eficácia imediata vinculado ao direito à vida. Dessa forma, isso se constituiu em uma vitória do cidadão e de todas as pessoas que durante décadas lutaram por uma saúde pública integral, universal e igualitária. O reconhecimento do direito à saúde tem gerado, entretanto, um excesso de liminares impetradas pelos cidadãos contra as Secretarias de Saúde na busca de garantir o acesso aos serviços de saúde sem, contudo, observar aspectos que orientam a organização do SUS para garantia da atenção à saúde a todos os brasileiros (CONASEMS, 2004; MARQUES, 2005).

Assim como Santos (2006), Marques (2005) ressalta que a decisão jurídica do caso individual não pode descon siderar a política pública destinada a garantir o mesmo direito de toda uma coletividade, sob pena de privilegiar os interesses de pequena parcela da população, ou seja, aqueles que tiveram a oportunidade de acesso ao Judiciário, penalizando aqueles que adentraram ao SUS voluntariamente, além de poder estar atendendo, de maneira indireta, demandas fomentadas pelas indústrias de medicamentos.

Em decorrência dessa situação, representantes dos Três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) têm se reunido com frequência para discutir como assegurar o acesso de medicamentos de dispensação excepcional a todos os pacientes que deles necessitam, em cenário de orçamentos limitados e demandas judiciais por medicamentos que, em alguns casos, sequer são registrados no Brasil ou estão em fase experimental. Nesses eventos, o que se tem proposto é o estabelecimento de relação direta entre os gestores do SUS, o Ministério Público e o Poder Judiciário, por meio de troca de informações e esclarecimentos, promoção de seminários e reuniões conjuntas. Além disso, regulamentar o acesso e o fluxo de atendimento à população, por meio de lei a ser aprovada no Congresso Nacional. Essa lei deverá levar em consideração a utilização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas como um dos critérios de acesso, bem como a definição de responsabilidades e competências das três esferas de gestão do SUS (CONASS, 2003, 2004).

A OMS (2004, p. 1) define como medicamentos essenciais “aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de cuidados à saúde da população”. Ela recomenda como estratégia que em todas as partes, as pessoas tenham acesso aos medicamentos essenciais que necessitam; que os medicamentos sejam seguros, efetivos e de

boa qualidade; e que os medicamentos sejam prescritos e utilizados racionalmente, garantindo dessa forma maior acesso à população (WHO, 2004).

Baseando-se no que preconizam a OMS e o Ministério da Saúde (MS), o município de Salvador realizou a primeira revisão da sua Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), considerando o perfil epidemiológico da população, a eficácia, a segurança, a qualidade e o custo dos medicamentos selecionados. A REMUME publicada em 2004 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2004) era composta de 389 especialidades farmacêuticas.¹

Como uma das estratégias do MS para efetivar o acesso da população brasileira a medicamentos e a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, instituiu-se o Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional (PMDCE), que existe desde 1993. A Portaria 3.916/MS, de 30 de outubro de 1988, definiu como medicamentos de dispensação em caráter excepcional, designado na prática simplesmente como excepcionais ou de alto custo, os medicamentos utilizados em doenças raras cuja dispensação atende a casos específicos e que, geralmente, possui custo elevado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A sua dispensação é condicionada à aplicação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para as condições patológicas cobertas pelo Programa. Esses protocolos têm como objetivo estabelecer claramente os critérios de diagnósticos de cada patologia, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas e os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação dos resultados, constituindo-se em mecanismo para garantir a prescrição segura e eficaz (CONASS, 2004).

O PMDCE não atende a todos, pois os recursos destinados não são suficientes para suprir toda a demanda, além do fato de algumas patologias apresentadas pelos pacientes e para a qual o médico prescreveu o medicamento não serem contempladas pelos protocolos clínicos do programa.

Lopes e Vasconcelos (2003) e Carvalho (2005) indicam existir suspeitas fundadas, entretanto sem provas concretas, de que alguns laboratórios multinacionais participam de esquemas por meio de ações judiciais para forçar o SUS a fornecer medicamentos muito mais caros que aqueles utilizados para as mesmas patologias e adotados pela REMUME ou pelo PMDCE.

Barros (2004) ressalta bem a existência de vínculos entre a indústria farmacêutica e os autores de guias ou roteiros para a prática clínica. Menciona, ainda, estudo realizado pela Universidade de Toronto, publicado pelo JAMA (Journal of American Medical Association), o qual indica que alguns autores dos mencionados

1. A REMUME do município de Salvador foi revisada no ano de 2010.

guias trabalharam para essa indústria ou dela foram consultores. Muitas vezes, os referidos guias ou roteiros são utilizados pelos médicos para respaldar decisões diagnósticas e terapêuticas.

Temos ainda a ação das indústrias farmacêuticas por meio de propagandas. Entretanto, nesse âmbito, a ANVISA vem desenvolvendo parcerias com universidades brasileiras, procurando discutir o tema na comunidade acadêmica e, conseqüentemente, sensibilizar futuros profissionais, cumprindo seu papel educacional dentro da regulação. Dessa forma, iniciou-se o *Projeto de Monitoração de Propaganda e Publicidade de Medicamentos* abrangendo todas as regiões do país, com sua primeira fase encerrada em 2004 (CUSTÓDIO; VARGAS, 2005).

Como consequência dessa realidade, muitos passaram a recorrer ao uso de processos administrativos ou judiciais perante os órgãos governamentais para fazer frente às suas necessidades de medicamentos. Tal fato tem sido agravado em virtude de grande parte dos prescritores não levarem em conta a padronização existente no município.

O acesso aos medicamentos não selecionados, denominados “especiais” pela Assistência Farmacêutica do município, além da via judicial, ocorre também por meio de processo individual de solicitação de medicamentos à SMS. Ao processo de solicitação são anexados diversos documentos como: relatório com justificativa médica, receita e outros documentos (identidade, CPF e comprovante de residência). Esses processos são analisados por comissão técnica. Quando deferidos, os medicamentos são comprados e dispensados em unidades de saúde referenciadas. Vale ressaltar que não foram encontrados, em pesquisa realizada na literatura, estudos que tivessem como objeto, além dos processos judiciais, os administrativos, para pleitos de medicamentos não selecionados.

Esse conjunto de situações decorrentes da busca da garantia do acesso a medicamentos não selecionados gera diversos problemas para a gestão da assistência farmacêutica, conforme se poderá constatar nos resultados deste estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de janeiro a dezembro de 2006, a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador recebeu 264 processos de cidadãos e da Justiça para fornecimento de medicamentos, sendo a maioria dos pleitos (97,7%) constituída de processos administrativos e apenas 2,3% de ordem judicial. Chama atenção o “pequeno” número de ações judiciais contra o município de Salvador. Essa situação parece ser explicada, segundo os técnicos do setor da assistência farmacêutica, pelo fato de já existir articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério Público, por meio da qual a equipe técnica da SMS subsidia os promotores e os orienta quanto às alternativas terapêuticas disponíveis para cada caso, buscando atender

melhor às necessidades da população e evitar, assim, que esta procure recorrer, por meio de ação judicial, para obter o seu medicamento.²

Do total dos pleitos, 255 (96,6%) foram oriundos de municípios de Salvador e 9 (3,4%) de pessoas residentes em outros municípios (tabela 1). De acordo com o protocolo da Assistência Farmacêutica dessa Secretaria, estes últimos eram orientados a entrar em contato com a Secretaria de Saúde do seu município de origem ou com a SESAB, para redirecionarem o seu pedido.

TABELA 1
Distribuição dos processos de acordo com o município de residência do pleiteante

Município	N	%
Salvador	255	96,6
Feira de Santana	2	0,8
Alagoinhas	1	0,4
Cardeal da Silva	1	0,4
Camaçari	1	0,4
Simões Filho	2	0,8
Xique-Xique	1	0,4
Município não informado	1	0,4
Total	264	100,0

Fonte: Pesquisa de campo dos autores.

O fato de o município de Salvador já possuir fluxo definido para os pleitos de medicamentos não selecionados, já atender aqueles munícipes que tiveram parecer técnico favorável do seu processo e alguns pacientes do interior do Estado terem atendimento médico em hospital da capital, levou cidadãos de outros municípios a requerer seus medicamentos à SMS (os fatores acima apontados estiveram presentes em 100% dos casos).

O número total de processos judiciais e administrativos (264) em 2006 foi significativamente superior aos dos anos anteriores: 2002 (1), 2003 (14), 2004 (87) e 2005 (166).

No período estudado, os processos totalizaram 524 itens solicitados, constituindo-se de 184 diferentes medicamentos. Destes, estavam contemplados pelo PMDCE 12,5% dos itens (conforme a Portaria GM 1.318/2002); da REMUME havia 21,2% (com 64,1% pertencentes à Farmácia Básica) e outros 64,1% não estavam contemplados em nenhum desses grupos.

2. Uma pesquisa em curso realizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da UFBA, financiada pela Fundação de Amparo a pesquisa do Estado da Bahia, vem registrando um aumento significativo e crescente nos anos 2006 a 2009, de processos judiciais e administrativos para o acesso a medicamentos, não só para os de alto custo como os previstos na REMUME no município de Salvador, semelhante à tendência de crescimento observada em vários municípios brasileiros.

Os medicamentos mais solicitados foram o ácido ursodesoxicólico, o tiotrópio e o clopidogrel (tabela 2), itens que não fazem parte da REMUME. No PMDCE, apenas o ácido ursodesoxicólico é encontrado e se limita ao tratamento de cirrose biliar primária. Quando se tratava de medicamento já fornecido normalmente pelo município, o paciente era orientado a procurar uma das Unidades de Saúde da rede.

TABELA 2
Medicamentos mais solicitados nos processos

Medicamento	N	%
Ácido ursodesoxicólico	47	25,5
Tiotrópio	38	20,7
Clopidogrel	29	15,8
Sinvastatina	16	8,7
Anlodipina	14	7,6
Ácido Acetilsalisílico	13	7,1
Metoprolol	11	6,0
Captopril	10	5,4
Losartam	8	4,3
Atorvastatina	7	3,8
Enalapril	7	3,8
Formoterol + Budesonida	7	3,8
Domperidona	6	3,3
Enoxaparina	6	3,3
Omeprazol	6	3,3
Prednisona	6	3,3

Fonte: Pesquisa de campo dos autores.

Considerando-se a origem da condução dos processos, verificou-se que 62,9% (166) foram feitas pelo próprio paciente. Familiares ou amigos foram responsáveis por 25,0% (66); o Ministério Público conduziu 7,2% (19); 2,3% (6 processos) foram por Varas de Justiça; 1,5% (4 processos) foram conduzidos pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e 1,2% (3 processos) pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Tutelar e pela associação de bairro.

As ações judiciais tiveram como réus as três esferas de gestores – o federal, o estadual e o municipal, simultaneamente – baseando-se no princípio da responsabilidade solidária. Desse modo, dos 6 processos de ordem judicial, quatro (66,7%) foram atendidos e os outros 2 foram encaminhados para a SESAB, tendo em vista o fato de em um deles a autora não ser munícipe de Salvador. No segundo, o medicamento pleiteado requeria a administração em unidade hospitalar, pela sua forma

de uso (perfusão) e pelo risco de ocorrência de reações associadas à sua administração, necessitando observação médica durante a utilização; além disso, o referido tratamento não fazia parte das ações desenvolvidas pela rede municipal de saúde, que ainda não possui unidade hospitalar.

Ao se analisar o tipo de vínculo de atendimento dos interessados dos processos que foram acompanhados, verificou-se que 43,1% utilizavam atendimento particular ou por planos privados de saúde, enquanto 56,9% utilizavam o SUS ou Hospital Universitário. Observou-se que 28,8% dos autores eram oriundos de clínicas particulares; 26,9% de hospital federal universitário; 12,9% de hospitais privados conveniados com o SUS e 8,0% de consultórios médicos particulares (tabela 3). Analisando-se esses dados, podemos concluir que 43,1% dos pacientes não são de baixa renda, pois as prescrições são originadas de instituições particulares e de plano suplementar.

TABELA 3
Frequência de acordo com o vínculo de atendimento entre o paciente e a unidade de saúde onde este foi acompanhado

Vínculo do paciente	%
Clínica	
Particular /plano suplementar	28,8
Pelo SUS	12,5
Hospital universitário (federal)	26,9
Hospital privado	
Particular/plano suplementar	6,3
Pelo SUS	12,9
Consultório	
Particular /plano suplementar	8,0
Hospital estadual	2,3
Unidade básica de saúde (municipal)	2,3
Total	100,0

Fonte: Pesquisa de campo dos autores.

Foi constatado, em entrevistas aos usuários, que 53,6% dos pacientes foram orientados a pleitear os medicamentos ao Ministério Público ou diretamente à Secretaria de Saúde. Essas situações corroboram a ideia de que os usuários com menor renda e/ou baixo nível de esclarecimento podem estar sendo menos beneficiados nessa busca de medicamentos não selecionados.

A tabela 4 mostra os grupos de doenças mais frequentes que levaram ao pleito dos medicamentos à SMS, de acordo com a classificação do Código Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10), onde se observa o predomínio de doenças dos

aparelhos circulatório (32,6%), digestivo (21,2%) e respiratório (17,4%), destacando-se a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a hipertensão arterial severa e a colangite esclerosante primária (tabela 4). Setenta e sete pacientes (29,2%) tinham em seu relatório médico mais de uma patologia associada. Vale ressaltar que as doenças dos aparelhos circulatório e respiratório encontram-se entre os grupos de patologias de maior taxa de mortalidade em Salvador (60,5%).

TABELA 4
Distribuição das patologias apresentadas pelos pacientes, que os levaram a pleitear medicamentos ao município de Salvador, de acordo com o CID-10 – 2006

Patologia (CID)	N	%
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	86	32,6
Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	56	21,2
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	46	17,4
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	37	14,0
Patologias Associadas	25	9,5
Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	21	8,0
Doenças do olho e anexos (H00-H59)	13	4,9
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	9	3,4
Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	7	2,7
Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	6	2,3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	4	1,5
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	4	1,5
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	2	0,8
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	2	0,8
Neoplasias [tumores] (C00-D48)	2	0,8
Outras	6	2,3

Fonte: Pesquisa de campo dos autores.

A entrevista com os solicitantes dos medicamentos foi realizada com 28 pessoas (10,6%) do total de 264 pleiteantes. Constatou-se que 67,9% utilizam o SUS para atendimento médico, enquanto 53,6% possuem plano privado de saúde.

O conhecimento da existência de uma relação de medicamentos selecionados, fornecidos gratuitamente nas farmácias dos centros de saúde do município, foi referido por apenas 28,6% dos entrevistados. Apenas 14,3% dos pacientes entrevistados afirmaram conhecer o PMDCE, enquanto apenas 7,1% tinham conhecimento de que a SESAB é a responsável pelo Programa no Estado. Para a maioria dos solicitantes (60,7%), a Secretaria Municipal de Saúde deve fornecer qualquer que seja o medicamento prescrito.

Analisando-se a faixa etária, houve predomínio de pacientes com idade compreendida entre 40 a 49 anos (20,4%) e 60 a 69 anos (18,1%), como pode ser observado na tabela 5.

TABELA 5
Distribuição dos processos por faixa etária

Faixa etária	N	%
<1 ano	1	0,4
01 a 04 anos	9	3,3
05 a 09 anos	5	1,9
10 a 14 anos	9	3,3
15 a 19 anos	5	1,9
20 a 29 anos	19	7,0
30 a 39 anos	19	7,0
40 a 49 anos	55	20,4
50 a 59 anos	37	13,7
60 a 69 anos	49	18,1
70 a 79 anos	35	13,0
80 e + anos	10	3,7
Ignorado	17	6,3
Total	270	100,0

Fonte: Pesquisa de campo dos autores.

Foram entrevistados 20 prescritores, equivalente a 20% do quadro de médicos de uma das Unidades de Saúde que mais prescreveu dentre os processos de pleito de medicamentos à SMS. Desse total, 60% afirmaram conhecer a existência da REMUME; entretanto, apenas 2 (10%) disseram conhecê-la totalmente e 5 (25%) conhecê-la em parte. Apesar de 35% dizer conhecê-la, 10 prescritores (50%) disseram que seu elenco de medicamentos não é suficiente para atender às patologias mais frequentes no município, e 2 outros (10%) disseram atender em parte.

Ainda em relação aos prescritores, 13 (65%) relataram conhecer o PMDCE, mas apenas 9 (45%) sabiam que este é gerido pela SESAB. Dos 20 profissionais,

55% acham que o serviço público deve fornecer qualquer medicamento, desde que o cidadão não disponha de recursos financeiros para adquiri-lo.

Os processos de solicitação de medicamentos não selecionados envolvem 60% da equipe técnica do setor de Assistência Farmacêutica da SMS, desde o cadastro do processo até a dispensação dos medicamentos aos pleiteantes.

De acordo com o desfecho dos processos, 85,9% tiveram o pleito deferido (sendo 6 deles de ordem judicial). Dentre os pedidos indeferidos (14%), nove (6,3%) foram encaminhados à SESAB por terem os medicamentos pleiteados e as patologias contempladas pelo PMDCE, seis outros (4,2%) foram encaminhados à SESAB por serem os pleiteantes residentes de outros municípios e 3,5% foram orientados a procurar as unidades de saúde da rede municipal, tendo em vista os medicamentos já serem dispensados normalmente nessas unidades.

Foram gastos pela Secretaria Municipal de Saúde, para atender aos processos de solicitação de medicamentos não selecionados, um montante de R\$ 235.419,60 – valor este equivalente a 5,21% do total gasto com itens da Farmácia Básica. Daquele valor, as ações judiciais foram responsáveis por 34,4% do total. Levando-se em conta que foram apenas 6 ações judiciais e somente 4 foram atendidas, a quantia é considerável. Vale ressaltar que o valor gasto com medicamentos não selecionados não corresponde ao fornecimento para 12 meses, uma vez que os pleitos foram ocorrendo ao longo do ano e não foram de pronto atendidos.

Considerando-se que o valor gasto para aquisição de medicamentos da farmácia básica (R\$ 4.522.423,63) objetivou atender 2.714.977 habitantes do município durante todo o ano de 2006 (de acordo com SMS/CRA/SUIS/SIM) e que foram gastos o equivalente a 5,21% (R\$ 235.419,60) deste valor com medicamentos não selecionados, pode-se afirmar que o recurso utilizado para atender esses 227 pacientes no mesmo período seria suficiente para atender 141.450 habitantes com medicamentos básicos, o que demonstra serem essas solicitações bastante onerosas para o SUS, impactando portanto na gestão financeira da assistência farmacêutica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o número de processos de ordem judicial possa ser considerado pequeno em relação ao número total de pleitos de medicamentos não selecionados no município de Salvador, suas implicações para a gestão da assistência farmacêutica são relevantes. No caso do município estudado, é possível explicar esse baixo número, segundo os achados da pesquisa, pela constatação de uma articulação entre a Assistência Farmacêutica municipal e o Ministério Público, evidenciado pelo número de processos demandados por este à SMS. Assim, ainda que o número absoluto dos pleitos judiciais seja relativamente pequeno, o valor gasto com

as ações judiciais é considerado expressivo quando comparado com o total gasto com a aquisição de medicamentos da farmácia básica. É importante ressaltar que os gastos com ações judiciais atendem a número muito limitado de munícipes, impactando financeiramente na gestão da assistência farmacêutica municipal. Do ponto de vista político, e até mesmo filosófico – embora não se pretenda questionar aqui o direito universal de todos os brasileiros à saúde e ao acesso aos serviços e bens de saúde – parece importante uma reflexão, diante da desigualdade social tão fortemente vista no país, sobre o achado de que 43,1% dos pacientes que pleitearam os medicamentos à Secretaria de Saúde do município de Salvador provavelmente não são de baixa renda. Esse fato é inferido pelas prescrições originadas de instituições particulares e de planos de saúde privados

Do ponto de vista técnico, os resultados verificados evidenciam a necessidade de revisar a REMUME diante do perfil nosológico atual da população do município, bem como propiciar sua ampla divulgação aos prescritores. Também, ainda se ressenete de clara definição de competências do município, Estado ou União quanto ao fornecimento desses medicamentos. Do mesmo modo, sugere-se a regulamentação do acesso e do fluxo de atendimento à população por Portarias, levando-se em consideração a utilização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas como um dos critérios de acesso. Além disso, é também necessário estreitar a articulação com o judiciário subsidiando-o de informações técnicas para as decisões referentes às ações judiciais.

Do mesmo modo, é premente a conscientização dos profissionais médicos sobre a importância de se observar o elenco de medicamentos disponibilizados pelas secretarias de saúde, evitando-se a prescrição de medicamentos inadequados e/ou onerosos, apesar da existência de similar com igual efeito terapêutico.

Tal conjunto de ações certamente vai impactar sobre os fatores que vêm gerando o aumento do número de pleitos por via judicial ou por processos administrativos para garantir o acesso a medicamentos à população, além de poder contribuir para assegurar a implementação das diretrizes das Políticas Municipal e Nacional de Medicamentos, pautada na equidade no acesso e no uso racional de medicamentos no SUS.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Denominações Comuns Brasileiras (DCB)**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/dcb/2006>>. Acesso em: 4 abr. 2007.

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, suplemento, p. 23-36, 2002.

———. *et al.* Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

BAHIA (Salvador). Secretaria Municipal de Saúde Comissão de Farmácia e Terapêutica. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais**. 22 p. Salvador, 2004.

BARROS, J. A. C. Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde? Brasília: UNESCO, 264 p., 2004.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição (1988)**. Brasília, 88 p. 2007.

BRASIL. Lei n. 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde**. Rio de Janeiro: Ipea: 1998, 18 p. (Texto para Discussão, n. 687).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 215, 10 nov. 1998.

BRASIL. Ministério Público Federal (MPF). Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – Grupo de Saúde. **Manual de Atuação do Ministério Público Federal em Defesa do Direito à Saúde**. Brasília, 109 p., 2005.

CARVALHO, G. Os governos trincam e truncam o conceito da integralidade. **Radis**, n. 49, p.16, set. 2006.

———. **Saúde**: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatório/Arquivos/Destaque92.doc>>. Acesso em: 13 dez. 2005.

CONASEMS. Judicialização de Saúde. **Rev. Conasems**, ed. jun./jul., n. 06. 2004.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 247 p. 2003.

———. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica: Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional**. CONASS. ed. dezembro, n. 5, 64 p, 2004.

———. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Medicamentos Excepcionais. CONASS. **Consensus**, ed. agosto, n. 5, p. 6-9. 2004.

CUSTÓDIO, B. B.; VARGAS, S. L. Z. **Propaganda de medicamentos – medicamento e lucro**: uma associação pouco saudável. Monografia apresentada à

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), Rio de Janeiro. 71 p., 2005.

DUARTE, M. C. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000.

LOPES, C. R.; VASCONCELOS, W. Quando o remédio pode virar veneno. **Radis**, n. 43, p. 10-13, mar. 2003.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciê. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MARQUES, M. B. **Acessibilidade aos medicamentos**: o desafio de vincular ciência, tecnologia, inovação e saúde no Brasil. Brasília: CGEE, 2002.

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. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo. São Paulo; s.n., 230 p., 2005.

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

MAYORGA, P. *et al.* Serviços farmacêuticos no SUS: quando se efetivará? *In*: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, p. 196-205. 2004.

NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 39, n. 2, p. 223-30. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Brasil. Ministério da Saúde, p. 260, 2005.

SANTOS, L. O SUS e os contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. **Radis**, n. 49, p. 35, set. 2006.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414), 31p, 1990. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD_414.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. **WHO Policy Perspectives on Medicines**. Geneva, World Health Organization, n. 8, 6 p., 2004.

