UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONTROLADORIA E
CONTABILIDADE

NATHÁLIA HELENA FERNANDES LAFFIN

**DETERMINANTES DA JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS: Evidências
para as políticas públicas de dispensação**

ORIENTADOR: PROF. DR. CARLOS ALBERTO GRESPAN BONACIM

RIBEIRÃO PRETO

2019

Prof. Dr. Vahan Agopyan
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. André Lucirton Costa
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão
Preto

Prof. Dr. Fabiano Guasti Lima
Chefe do Departamento de Contabilidade

Prof. Dr. Amaury José Rezende
Coordenador do Programa de Pós Graduação em Controladoria e
Contabilidade

NATHÁLIA HELENA FERNANDES LAFFIN

**DETERMINANTES DA JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS: Evidências
para as políticas públicas de dispensação**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências. Versão Corrigida. A original encontra-se disponível na FEA-RP/USP.

ORIENTADOR: PROF. DR. CARLOS
ALBERTO GRESPAN BONACIM

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Laffin, Nathália Helena Fernandes

Determinantes da judicialização de medicamentos: evidências para as políticas públicas de dispensação. Ribeirão Preto, 2018.

108 p.

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Controladoria.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Grespan Bonacim.

1. Judicialização da saúde. 2. Medicamentos. 3. Ribeirão Preto. 4. Orçamento público. 5. Saúde pública.

Título: Determinantes da judicialização de medicamentos: evidências para as políticas públicas de dispensação.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências. Versão Original

Aprovado em: 16/10/2019.

Banca Examinadora:

Titular 1: Prof. Dr. Evandro Marcos Saidel

Julgamento:

Titular 2: Profa. Dra. Mariana Simões Ferraz do Amaral Fregonesi

Julgamento:

Titular 3: Profa. Dra. Andréa Queiroz Ungari

Julgamento:

Titular 4: Profa. Dra. Maria Elisabeth Moreira Carvalho Andrade

Julgamento:

Titular 5: Prof. Dr. Altair Borgert

Julgamento:

Para meus pais, Marcos e Maria Hermínia.

AGRADECIMENTOS

Mais um ciclo que se encerra. Esta realização me enche de orgulho e, sobretudo, de gratidão. Por isso (e por tudo), agradeço a pessoas fundamentais em minha vida, sem as quais eu dificilmente teria chegado até aqui.

Primeiramente, agradeço aos meus pais, Marcos e Hermínia, que me conduziram desde os primeiros passos, ensinaram-me os valores da vida e apoiaram-me em todos os meus projetos. Na escola da vida, foram meus incansáveis e mais dedicados mestres. Meus verdadeiros orientadores – em todos os sentidos da palavra. **O meu título de doutora eu devo a vocês.**

Aos meus avós, Joaquim e Eduarda (*in memoriam*), Irineu (*in memoriam*) e Leonilda, pelo carinho e pela sabedoria transmitidos durante toda minha vida.

Aos meus irmãos, Adriana e Gustavo, e minha afilhada, Alice, pelo apoio incondicional, pela compreensão e por todas as horas dedicadas a mim e a este trabalho. E, claro, por todo amor – vocês são os meus três corações.

Ao meu namorado, Guilherme, por ter participado comigo desta etapa tão importante em minha vida, contribuído com auxílios estatísticos e, sobretudo, ter me incentivado em todos os momentos, sempre com muito carinho.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Alberto Grespan Bonacim, por ter me dado a liberdade para desenvolver a pesquisa da forma que idealizei.

Aos professores com quem convivi durante toda a minha formação, por todo o saber e conhecimento que me passaram. Aos servidores e funcionários terceirizados que fazem o dia a dia da universidade ser realidade e, durante o processo, em muito me auxiliaram.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, que concedeu bolsa de ensino e pesquisa. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Enfim, a todos que contribuíram com minha trajetória, deixo meu sincero e carinhoso muito obrigada.

RESUMO

LAFFIN, N. H. F. **DETERMINANTES DA JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS: Evidências para as políticas públicas de dispensação.** 2019. 108f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

O Ministério da Saúde tem por missão promover e fruir condições para proteger e recuperar a população brasileira. Com essa finalidade, dispõe de um conjunto de ações com o intuito de prestação de serviços de políticas públicas em diferentes segmentos e especialidades, mantendo parcerias com estados e municípios. Contudo, situações adversas ao planejamento e decorrentes de decisões judiciais exigem o cumprimento de prestação de serviços e de garantia de medicamentos não previstos nas ações correntes. Trata-se da judicialização da saúde, que implica, dentre outras coisas, em um aumento de custos totais para as políticas governamentais de saúde. Com o propósito de avaliar e pensar os impactos sociais e as políticas públicas envolvidas nesse fenômeno, esta pesquisa tem como objetivo analisar a interferência judicial na política de dispensação de medicamentos desenvolvida pelo Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DRS XIII no Estado da São Paulo. Para tanto, realizou-se um estudo predominantemente quantitativo, mapeando tal fenômeno no período de 2013 a 2018. Por meio da correlação entre diferentes variáveis, a judicialização foi analisada sob três dimensões, nas quais se buscou evidenciar as características das pessoas, dos processos e dos medicamentos que são judicializados. Com relação à *dimensão do indivíduo demandante*, o estudo mostrou que a maior parte (53,24%) dos requerentes advém de clínicas privadas. Ainda na análise da dimensão indivíduo solicitante, a faixa etária dos solicitantes varia e, nesta pesquisa, adultos, não idosos predominam no número de ações judiciais, contemplando 59,71% das solicitações. No que se refere à *dimensão judiciário*, no que tange ao tipo de medicamento, os elementos ausentes da RENAME são mais judicializados se comparados às demandas que são presentes em tal lista. No entanto, é imprescindível que se destaque o número de medicamentos que deveriam ser ofertados pelo SUS compõem as solicitações: 36% dos processos judiciais contemplam medicamentos da RENAME e tal demanda revela um expressivo no impacto orçamentário. Ou seja: esta situação não é capaz de se sustentar por muito tempo, havendo a urgente necessidade de pensar estratégias públicas que possam frear essas demandas. Na dimensão *prescritor/tratamento*, por sua vez, o custo total das 988 solicitações do período de 2013 a 2018 foi de R\$ 1.329.088,47, com uma média de R\$ 1.345,23 por medicamento. Os medicamentos solicitados e ausentes da RENAME têm um valor superior aos solicitados e presentes na lista. A pesquisa, no conjunto de suas discussões teóricas e mediante um conjunto de dados analisados, permite concluir que o fenômeno da judicialização requer novos investimentos em estudos e procedimentos de adequações visando a alternativas de torná-lo em objeto de custeio a integrar o orçamento dos entes públicos.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. Medicamentos. Ribeirão Preto. Orçamento público. Saúde pública.

ABSTRACT

LAFFIN, N. H. F. DETERMINANTS OF JUDICIALIZATION OF MEDICINAL PRODUCTS: Evidence for public dispensation policies. 2019. 108p. Doctoral Thesis - Ribeirão Preto School of Economics, Administration and Accounting, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

The Ministry of Health's mission is to promote conditions to protect and recover the Brazilian population. And for this, it has a set of actions aimed at providing public policy services in different segments and specialties, maintaining partnerships with states and municipalities. However, situations that are unfavorable to the planning and resulting from court decisions require the rendering of services and the guarantee of medicines not provided for in the current actions. It's the judicialization of health, which implies, among other things, an increase in total costs for government health policies. With the purpose of evaluating and considering the social impacts and public policies involved in this phenomenon, this research aims to analyze the judicial interference in the drug dispensing policy developed by the Ribeirão Preto Regional Health Department - DRS XIII in the State of São Paulo. Therefore, was realized a predominantly quantitative study, mapping this phenomenon from 2013 to 2018. Through the correlation between different variables, the judicialization was analyzed in three dimensions, which sought to highlight the characteristics of people, processes and of the medicines that are judicialized. About the individual applicant dimension, the study showed that most (53.24%) of the applicants come from private clinics. Still in this topic, the age range of the applicants varies and, in this research, adults, non-elderly predominate in the number of lawsuits, covering 59.71% of the requests. Regarding the judicial dimension, regarding the type of medicine, the elements absent from RENAME are more judicialized compared to the demands that are present in such list. However, it is essential to highlight the number of medicines that should be offered by SUS make up the requests: 36% of lawsuits include RENAME medicines and such demand reveals a significant impact on the budget. That is: this situation is not able to sustain itself for a long time, and there is an urgent need to think public strategies that can curb these demands. In the prescribing / treatment dimension, in turn, the total cost of 988 requests from 2013 to 2018 was R \$ 1,329,088.47, with an average of R \$ 1,345.23 per drug. The medicines requested and absent from RENAME have a higher value than those requested and present in the list. The research, in the set of its theoretical discussions and through a set of analyzed data, allows us to conclude that the phenomenon of judicialization requires new investments in studies and adjustment procedures aiming at alternatives to make it an object of cost to integrate the budget of the entities. public.

Keywords: Judicialization of health. Medicines. Ribeirão Preto. Public budget. Public health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Quatro paradigmas para análise da teoria social.	35
Figura 2 - Etapas para construção do banco de dados da pesquisa.	39
Figura 3 - Comparação entre o custo dos medicamentos e presença RENAME.	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos estudos sobre a judicialização de medicamentos no Brasil publicados entre 2005 e 2013.	27
Tabela 2 - Mapeamento de informações da judicialização.	41
Tabela 3 - Dimensão indivíduo demandante.....	43
Tabela 4 - Dimensão judiciário.....	45
Tabela 5 - Dimensão prescriptor/tratamento.....	47
Tabela 6 - Dimensões e hipóteses da pesquisa.	51
Tabela 7 - Análise descritiva das variáveis numéricas.....	51
Tabela 8 - Análise descritiva das variáveis categóricas (parte 1).	53
Tabela 9 - Análise descritiva das variáveis categóricas (parte 2).	54
Tabela 10 - Termos mais citados nas variáveis: medicamento, doença e descrição dos itens.	56
Tabela 11 - Comparação entre o número de solicitações das clínicas.....	58
Tabela 12 - Comparação entre o custo dos medicamentos e as clínicas.....	59
Tabela 13 - Comparação entre o número de judicializações por faixa etária. ..	60
Tabela 14 - Análise das solicitações e o tipo de medicamento.	60
Tabela 15 - Comparação entre o tempo de processo e RENAME.	62
Tabela 16 - Comparação entre o tempo de processo e o tipo – patrono.....	63
Tabela 17 - Comparação entre o custo dos medicamentos e RENAME.	64
Tabela 18 - Correlação entre o custo do medicamento e o tempo do processo.....	66
Tabela 19 - Comparação entre o custo do medicamento total e do medicamento de doença crônica.	66
Tabela 20 - Comparação entre o custo dos medicamentos e o tempo de uso.	67
Tabela 21 - O fenômeno da judicialização de medicamentos no DRSXIII (anos de 2013-2018).....	68
Tabela 22 - Análise do gênero dos respondentes.	69
Tabela 23 - Orçamentos e custos da judicialização de medicamentos.	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Composição da DRS XIII.	34
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gastos com judicialização no Brasil.....	29
Gráfico 2 - Medicamentos presentes e ausentes na RENAME.	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Art.	Artigo
CF/88	Constituição Federal de 1988
ECT	Economia dos Custos de Transação
NEI	Nova Economia Institucional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Política Nacional de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Objetivos da pesquisa.....	20
1.2	Relevância/contribuições e a tese do estudo	21
1.3	Estrutura do estudo.....	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1	Judicialização da saúde.....	23
2.2	Orçamento público e judicialização da saúde	27
2.2.1	<i>Gastos com a judicialização da saúde</i>	<i>28</i>
2.2.2	<i>Orçamento público de Ribeirão Preto</i>	<i>33</i>
3	METODOLOGIA DA PESQUISA.....	35
3.1	Coleta e construção do banco de dados.....	37
3.2	Hipóteses da pesquisa.....	42
3.3	Procedimentos para análise dos dados	48
4	ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÕES	51
4.1	Testes estatísticos.....	51
4.2	Comparações entre variáveis.....	58
4.3	Síntese do mapeamento e principais achados.....	68
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
_____	REFERÊNCIAS	82
_____	Apêndice 1: Formulário de entrevista com pessoas relacionadas à judicialização	91
_____	Apêndice 2: Entrevista 1	92
_____	Apêndice 3: Entrevista 2	94
_____	Apêndice 4: Entrevista 3	95
_____	Apêndice 5: Entrevista 4	96
_____	Apêndice 6: Entrevista 5	97
_____	Apêndice 7: Produtos do banco de dados: presentes na RENAME..	98
_____	Apêndice 8: Produtos do banco de dados: ausentes na RENAME .	102

1 INTRODUÇÃO

Esta tese se enquadra na linha de controladoria e de contabilidade no setor público em nível federal, na qual há uma demanda crescente por pesquisas que tangenciem a relação entre práticas eficientes de gestão e de governabilidade, principalmente no orçamento público. Nessa premissa, a conversa entre governo, gestão e políticas públicas é necessária para que os interesses públicos sejam atendidos e ofertados a todos de forma justa.

Mesmo antes da promulgação do texto constitucional vigente no Brasil, a saúde era reconhecida como um direito fundamental. Dentre outras normas legais, a Declaração Universal dos Direitos do Homem da Organização das Nações Unidas¹ (ONU) já previa essa condição:

Art. 25. 1) Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948).

A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotada em 1946, define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a simples ausência de doenças e outros danos”. Para a OMS, o direito à saúde está ligado ao direito à vida e aos direitos do homem. A OMS (1946) estabelece, ainda, que “o gozo do mais alto nível de saúde possível é um dos direitos fundamentais de todos os seres humanos sem distinção quanto à raça, religião, convicção política ou situação econômica ou social”.

No âmbito brasileiro, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) prevê o direito à saúde como um direito social, conforme consta em seu artigo 6º:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

¹ Adotada e proclamada por meio da Resolução n. 217-A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, tendo sido retificada pelo Brasil na mesma data.

De acordo com o texto constitucional, a saúde é direito de todos e seu dever compete ao Estado. Nesse caso, o Ministério da saúde é o órgão brasileiro responsável pela organização e pela elaboração de planos e políticas públicas voltados à saúde dos brasileiros pertencente ao Poder Executivo Federal que tem por missão

promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania.

Assim, sua função é de dispor de condições para proteger e recuperar a população brasileira. Com essa finalidade, dispõe de um conjunto de ações para prestar serviços de políticas públicas em diferentes segmentos e especialidades, mantendo parcerias com estados e municípios.

Para que o Ministério da Saúde possa cumprir sua missão, o planejamento e a gestão de recursos, além de ser imprescindíveis, assumem relevância na consecução dos objetivos de prover os usuários do sistema público de saúde. Contudo, existem inúmeras situações adversas ao planejamento que dificultam o processo de organização da saúde pública. No caso específico desse estudo, destacam-se as situações decorrentes de decisões judiciais que exigem o cumprimento de prestação de serviços e de garantia de medicamentos não previstos nas ações correntes do planejamento da saúde.

O acesso aos medicamentos, de acordo com Agustini (2009, p. 66), “faz parte das diversas necessidades que precisam ser supridas para que os cidadãos tenham o seu direito à saúde assegurado”. Além disso, as políticas de medicamentos foram introduzidas no Brasil a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e seu escopo está no conceito de medicamento essencial como aquele, de acordo com a OMS (1946), que satisfaz às necessidades de saúde prioritárias da população, devendo estar acessível em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade.

Destaca-se que, somente a partir de 1998, o Brasil elaborou e aprovou a primeira política de medicamentos, sendo lançada, por meio da Portaria n. 3.916, a Política Nacional de Medicamentos, que tem o propósito principal de

“garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”. Por outro lado, o conceito de medicamentos essenciais, por sua vez, foi criado dentro da OMS na década de 70.

O fornecimento de medicamentos é amplo e textualmente assegurado pela legislação brasileira e por isso é, além de fornecido, requerido pelos cidadãos. Os vínculos entre os fenômenos jurídicos e a saúde pública se intensificaram com a promulgação e a publicação dos instrumentos legais anteriormente apresentados, bem como as intervenções do Poder Judiciário, no acesso aos medicamentos, é uma realidade importante na atual configuração da saúde e do orçamento público.

O processo judicial – tanto no âmbito individual quanto coletivo – reivindicou dos Poderes Públicos brasileiros o acesso a medicamentos e a procedimentos médicos desde o início da década de 90. As solicitações envolviam medicamentos antirretrovirais para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, a AIDS (VENTURA ET AL, 2010). Desde então, constata-se um aumento relativo no que diz respeito às decisões judiciais referente ao fornecimento de insumos, medicamentos, cirurgias e equipamentos. Um aspecto jurídico importante para essa situação está na concessão de tutela antecipada, por meio de liminares, que promove ao requerente a obtenção de sua solicitação. Ainda que o Poder Executivo possa responder ao processo, o fato já foi consumado e, mesmo que se chegue à conclusão de que a demanda não se justificava, os recursos públicos investidos já foram despendidos (VIEIRA, 2008).

As ações judiciais tomadas tendem a desconsiderar o impacto no orçamento público assim como assegurar que os entes da federação são responsabilizados pelo fornecimento de quaisquer itens aos pacientes. O Ministério da Saúde divulgou, por meio de Consultoria Jurídica, dados que revelam a evolução dos gastos públicos em relação à aquisição de medicamentos, equipamentos e insumos concedidos em decisões judiciais.

No Brasil, nos últimos anos, percebe-se um crescente no que diz respeito a essa condição. O rol desses gastos abrange tanto aqueles com a compra dos medicamentos pelo Ministério da Saúde quanto os valores utilizados em atendimento de decisões judiciais por meio de depósito judicial ou

repasse aos estados e municípios para que esses cumpram a decisão judicial. De acordo com dados do Ministério da Saúde, os gastos com judicialização da saúde tiveram, de 2010 a 2015, um aumento de 817%.

Por se tratar de demandas não programadas e com caráter emergencial, há um fator preponderante nesses processos, a onerosidade e a dificuldade nas ações de planejamento e de controle por parte dos gestores públicos: planejamento, compras em escala, controle de estoques, chamadas de preço – não podem ser usados em decorrência de determinações judiciais (MEDEIROS; DINIZ; SCHWARTZ, 2013).

Isso implica um aumento de custos totais para as políticas governamentais de saúde. Nesse sentido, percebe-se a existência de uma incongruência entre orçamento e as esferas organizacionais: o orçamento, de responsabilidade do Executivo, passa a ser alterado pelo Judiciário (MERCHANT, 1985), elementos que aproximam o objeto desta investigação às lacunas de pesquisa em Contabilidade Governamental.

1.1 Objetivos da pesquisa

Isso posto, esta pesquisa tem por objetivo analisar a interferência judicial na política de dispensação de medicamentos desenvolvida pelo Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DRS XIII no Estado da São Paulo.

Para tanto, os objetivos específicos consistem em:

- a) descrever o fenômeno da judicialização de medicamentos no Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DRS XIII;
- b) identificar os fatores determinantes do fenômeno da judicialização de medicamentos no DRS XIII, com destaque para as perspectivas: (i) indivíduo solicitante; (ii) judiciário; e (iii) prescritor/tratamento; e
- c) analisar o impacto da caracterização RENAME e NÃO-RENAME, *proxy* para presença de política pública de dispensação de medicamentos, nos processos de judicialização estudados.

1.2 Relevância/contribuições e a tese do estudo

Este estudo apresenta consonância com o propósito do Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade da FEA-RP/USP, pois tem como objeto o estudo da informação contábil que está amplamente relacionada com os fenômenos sociais: o orçamento público, mais especificamente, no âmbito da saúde pública. A tese é de que o fenômeno da judicialização tem impacto no orçamento público e, a partir disso, busca-se, no estudo, apresentar um modelo conceitual que descreva este fenômeno em Ribeirão Preto.

No âmbito da contribuição social, justifica-se a proposta ao aprofundar estudos inerentes ao conhecimento contábil e projetá-las para o desenvolvimento de práticas e políticas públicas capazes de abordar questões da sociedade, como o exemplo da observação do componente de custo implícito nas contas do Estado, justificando, até talvez, a necessidade de vias alternativas (administrativas e de conciliação), políticas de introdução e/ou atualização de tecnologias e medicamentos mais consistentes, ou seja, alternativas para lidar com o fenômeno da judicialização.

O estudo colabora, ainda, com os projetos de pesquisa já existentes nesse programa, pois aborda uma temática atual e com muitos leques para o estudo, apresentando uma prerrogativa importante na construção de conhecimento contábil. Nesse sentido, para além de relacionar-se às demandas da formação contábil, contribui (e se insere) nas pesquisas já em andamento no programa.

1.3 Estrutura do estudo

Para melhor apresentar o estudo realizado, este Projeto de Tese se estrutura em cinco capítulos e anexos. No primeiro capítulo, contempla-se a introdução do estudo, com a apresentação do tema, o problema de pesquisa, os objetivos pretendidos e a justificativa do estudo.

No segundo capítulo, são abordados os fundamentos teóricos do estudo, considerando aspectos sobre o processo de judicialização de medicamentos no Brasil e a eficiência dos gastos públicos.

A metodologia utilizada para elaboração da pesquisa encontra-se no terceiro capítulo em que se identificam o tipo de pesquisa, os procedimentos utilizados na coleta e na análise de dados, assim como as limitações encontradas na realização do estudo.

No quarto capítulo, são apresentados e discutidos os dados coletados em que se interpelam os quatro principais pontos do estudo: a identificação do objeto de estudo, a identificação das variáveis estudadas, a sistematização dessas informações e, por fim, a análise desses dados.

No quinto capítulo da pesquisa, apresentam-se as considerações e as conclusões obtidas diante dos dados apresentados no trabalho, retomando aos objetivos do estudo e à resposta ao questionamento proposto no início do projeto. Ainda, neste capítulo, destacam-se algumas inquietações que, por ventura, podem surgir durante o estudo e que, por questões de limitações, não podem ser abordadas nesse momento, revelando-se, então, como sugestões para novas pesquisas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo refere-se aos conceitos e às teorias que servirão de background para o desenvolvimento da Tese. Para este projeto, apresentam-se como temas centrais o processo de judicialização de medicamentos no Brasil e a eficiência dos gastos públicos.

2.1 Judicialização da saúde

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. (OMS, 1946).

Discutir o conceito de saúde é cogitar em uma ampla definição em que se vincula ao tempo, ao lugar e à classe social que o atribui. “A saúde, como pressuposto de vida digna, sempre esteve no palco das relações sociais (Ministério da Saúde, 2005, p. 9)”. Ela se relaciona aos valores individuais e à conjuntura política, econômica e social e, para Almeida Filho (2011, p. 15), “é um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático”.

O entendimento de que a saúde é essencial até mesmo para outros direitos exigiu dos órgãos públicos a sua regulação. A maior parte dos países do mundo adotaram, em suas legislações, a saúde como um direito. No Brasil, a primeira percepção da saúde como um direito fundamental ocorreu em 1988 com a promulgação do texto constitucional em que

(...) são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (CF/88, art. 6º).

Ainda na CF/88, a saúde é direito de todos e seu dever compete ao Estado (art. 196): “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O Brasil possui um sistema de saúde complexo, mas que prevê atenção a toda a população - o Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o Portal do Governo Brasileiro, o Ministério da Saúde “amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 200 milhões de brasileiros no Brasil”. Regulamentado pela Lei n. 8.080 de 1990, os objetivos do SUS são:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (LEI N. 8.080/90, ART. 1, I).

Numa lógica de universalidade, o Brasil é o único país com população superior a 100 milhões de habitantes que possui um sistema de saúde público integralmente gratuito. Para o Ministério da Saúde, o SUS é um dos “maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país” (PORTAL DA SAÚDE).

No que tange à área dos medicamentos, embalada pela onda de democratização espalhada pela promulgação da CF/88, neste mesmo ano o Brasil elaborou e aprovou, por meio da Portaria n. 3.916, sua primeira política de medicamentos: a Política Nacional de Medicamentos (PNM). O propósito principal da PNM é “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”. O conceito de medicamentos essenciais, por sua vez, foi criado dentro da OMS na década de 70, sendo “ aqueles que satisfazem às necessidades de saúde da maioria da população, a um preço que eles e a comunidade possam pagar”. Ueta (2016) destaca a adequação do Brasil a essas atividades, afirmando que “O Brasil, enquanto signatário das ações sugeridas pela OMS, poderia adotar uma lista com base na da OMS, denominado Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename”. De acordo com o Ministério da Saúde, a

RENAME deve ser o instrumento mestre para as ações de

planejamento, seleção de medicamentos e de organização da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Aos gestores estaduais e municipais, deve subsidiar a elaboração e pactuação de suas Relações de Medicamentos. Às equipes de saúde, em especial aos prescritores, a RENAME, juntamente com o Formulário Terapêutico Nacional, pode ser um importante auxílio na escolha da melhor terapêutica. À população e usuários do SUS, a RENAME expressa um compromisso com a disponibilização de medicamentos selecionados nos preceitos técnico-científicos e de acordo com as prioridades de saúde de nossa população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Ainda sobre medicamentos essenciais, eles são selecionados de acordo com a relevância na saúde pública, como evidenciar acerca da eficácia e da segurança, além de trazer estudos comparativos de custo e de efetividade. Destaca-se a amplitude e a relevância da PNM, entretanto, quando observadas as demandas judiciais para solicitação de medicamentos, percebe-se sua incompletude. Ueta (2016, p. 2) destaca que

somente a PNM não é suficiente para cuidar das pessoas, pois há necessidade não só do medicamento e o acesso a ele. É necessário organizar a Assistência Farmacêutica que deve ser de qualidade e efetiva. Não basta só o acesso ao medicamento, sendo necessário inserir o insumo dentro do contexto do cuidado das pessoas. (UETA, 2016, p. 2)

De acordo com a professora Ueta, em detrimento dessa insuficiência da PNM, criou-se, portanto, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), a PNAF foi aprovada pela Resolução n. 338 de 2004 do Conselho Nacional de Saúde e, de acordo com tal regulação, consiste na garantia dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, bem como em um conjunto de ações voltado à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

Dentro desse contexto, assistência farmacêutica é uma

política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde. (RES. CSN 338/2004, art. 1, II).

A previsão constitucional de abrangência da saúde é uma prerrogativa importante para as discussões de democracia e inclusão social, entretanto, o propósito de atender a toda a população brasileira não tem sido eficiente. Há filas nos hospitais e filas nos postos de saúde. Além disso, há lista de espera para realização de cirurgias e para obtenção de medicamentos, sejam eles mais complexos e alto custo ou mais simples e mais baratos. Essa insuficiência do estado gerou uma busca, pela sociedade, por seus direitos básicos.

Uma das soluções encontradas foi a reivindicação judicial por cirurgias, por insumos e por medicamentos. Os vínculos entre os fenômenos jurídicos e a saúde pública se intensificaram com a promulgação e a publicação dos instrumentos legais anteriormente apresentados, bem como com as intervenções do Poder Judiciário no acesso aos medicamentos, sendo uma realidade importante na atual configuração da saúde e do orçamento público.

O processo judicial, quer seja individual ou coletivo, pleiteia dos Poderes Públicos brasileiros o acesso a medicamentos e a procedimentos médicos desde o início da década de 90, tais solicitações envolviam medicamentos antirretrovirais para o HIV/AIDS (VENTURA ET AL, 2010). Desde então, constata-se um aumento relativo no que diz respeito às decisões judiciais referente ao fornecimento de insumos, medicamentos, cirurgias e equipamentos.

Para Carvalho (2004), a judicialização das políticas de saúde representa não tão somente um conflito econômico, mas também um fenômeno político-social em que o período de início apresenta grande impacto nesta afirmação: Datado das inovações trazidas pela CF/88, as condições propostas por um Estado Democrático muito favoreceram à expansão desse fenômeno.

No que diz respeito ao processo de judicialização de medicamentos no Brasil, o background teórico consiste em pesquisas, em sua maioria na área das ciências da saúde e do direito. Gomes e Amador (2015) apresentaram, em sua pesquisa, uma revisão sistemática de estudos sobre decisões judiciais para acesso a medicamentos, destacando que, desde 2005, houve um crescente número de artigos com essa temática, publicados em periódicos indexados (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos estudos sobre a judicialização de medicamentos no Brasil publicados entre 2005 e 2013.

<i>Informações sobre as publicações</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ano de publicação		
2013-2012	5	29,4
2011-2010	8	47,0
2009-2008	2	11,8
2007-2006	1	5,9
2005	1	5,9
Revista		
Ciência & Saúde Coletiva	2	11,8
Revista de Saúde Pública	8	47,0
Cadernos de Saúde Pública	5	29,4
Health and Human Rights	1	5,9
Revista de Direito Sanitário	1	5,9

Fonte: Gomes e Amador (2015).

Dos 17 artigos apresentados pelas autoras, 16 foram publicados em periódicos brasileiros e 01 em periódico internacional (Estados Unidos da América). Esse resultado se dá pela abordagem dos estudos a situações e estudos de caso específicos e regionalizados. O estudo apresentado pelas autoras revela que a temática é abordada, em sua grande maioria, nos periódicos de saúde pública, sendo essa variável explicada em razão do objeto de estudo dos estudos analisados.

2.2 Orçamento público e judicialização da saúde

Neste estudo, a discussão acerca do ambiente público é objeto de pesquisa em diferentes áreas. Ela vai além da perspectiva do acesso à justiça por meio do fenômeno da judicialização.

O orçamento público brasileiro foi criado sob uma concepção muito rasa de relação entre receitas arrecadadas e despesas efetuadas, sendo um instrumento de planejamento e de execução de finanças públicas, embora o controle tenha ênfase no passado (OSAJIMA, 2011). No entanto, a partir da Lei n. 4.320/64, esse instrumento teve a incorporação de planejamentos de atividades e recursos, tendo o escopo, fundamentado no futuro.

Para Sola e Bonacim (2015), o orçamento público tem como um dos objetivos a tentativa de equalizar uma balança, na qual em um lado tem-se a escassez de recursos e, do outro, as preferências políticas e os bens públicos. Dessa forma, o orçamento público não é apenas uma mera previsão de receitas e fixação de despesas, mas, sobretudo, um documento elaborado e

apresentado pelo gestor público que apresenta o seu programa de trabalho bem como a origem dos recursos (GIACOMONI, 2010).

Conforme já debatido anteriormente, no Brasil existe um órgão responsável pela organização e pela elaboração de planos e políticas públicas voltados à saúde dos brasileiros - o Ministério da Saúde, esse é um órgão do Poder Executivo Federal que tem por missão

promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania.

Sua função, então, é a de dispor de condições para proteção e para recuperação da população brasileira. Com essa finalidade, dispõe de um conjunto de ações para prestar serviços de políticas públicas em diferentes segmentos e especialidades, mantendo parcerias com estados e municípios. Para tanto, atende aos requisitos legais e constitucionais, conforme previsto no art. 165 da CF/88, elabora o PPA, a LDO e a LOA.

Portanto, o PPA contém as diretrizes, os objetivos e as metas para um período de quatro anos. A LDO, por sua vez, orienta a elaboração da LOA, na qual estão discriminadas as receitas e as despesas que deverão atender aos princípios da anualidade, da unidade e da universalidade. Nesse sentido, os entes federativos deverão basear seus planos de saúde e suas propostas orçamentárias em consonância com estes instrumentos (SOLA e BONACIM, 2015).

O objeto de estudo dessa pesquisa é a região administrativa de Ribeirão Preto, um município do estado de São Paulo, tendo em vista que o orçamento deve manter consonância com o PPA e com a LOA da Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo, devendo elaborar seu orçamento quadrienal e anual, considerando o tipo de gasto coberto por estas leis.

2.2.1 Gastos com a judicialização da saúde

No que diz respeito à judicialização da saúde, o que se constata é que esse fenômeno está se tornando um problema para o orçamento público. Presente na sociedade brasileira desde 1990, as ações judiciais em busca de

cirurgias, medicamentos e insumos tiveram um crescimento nos últimos anos. Levando-se em consideração esses aspectos, o Ministério da Saúde divulgou, por meio da sua Consultoria Jurídica, dados que mostram a evolução dos gastos públicos em relação à aquisição de medicamentos, equipamentos e insumos concedidos em decisões judiciais.

Gráfico 1 - Gastos com judicialização no Brasil.

Fonte: Ministério da Saúde (2015).

O rol desses gastos abrange tanto aqueles com a compra dos medicamentos pelo Ministério da Saúde quanto os valores utilizados em atendimento de decisões judiciais por meio de depósito judicial ou repasses aos estados e municípios para que esses cumpram a decisão judicial. De 2013 a 2018 (período de referência dos dados analisados), o gasto com a judicialização da saúde duplicou as contas para esse fenômeno tiveram um aumento de R\$ 550 milhões para R\$ 1,1 bilhões. Se comparado a 2007, quando os gastos com judicialização eram de aproximadamente R\$ 19 milhões, o percentual de crescimento foi de 5689%. Esses dados trouxeram um alerta para os gestores públicos mas também para a sociedade, ainda mais com a previsão do Ministro da Saúde, Ricardo Barros, para o ano de 2016, o qual previa um desembolso dos estados, municípios e União de 7 bilhões de reais para arcar com demandas judiciais na área da saúde. Os municípios, os estados e a União devem desembolsar 7 bilhões de reais, só este ano, para arcar com demandas judiciais na área de saúde.

Nessa lógica, depreende-se que a judicialização traz demandas não programadas e com caráter emergencial, com isso a onerosidade e a dificuldade nas ações de planejamento e de controle por parte dos gestores públicos: planejamento, compras em escala, controle de estoques, chamadas de preço – não podem ser usados em decorrência de determinações judiciais (MEDEIROS; DINIZ; SCHWARTZ, 2013). Isso implica um aumento de custos total para as políticas governamentais de saúde. Viera (2008, p. 4) destaca que

a utilização de mecanismos diversos daqueles do SUS para viabilizar acesso aos medicamentos tem gerado prejuízos à equidade na saúde. O atendimento dessas demandas é outro problema. A grande quantidade causa transtornos para as finanças públicas porque o Estado acaba sendo ineficiente, perdendo seu poder compra. (VIEIRA, 2008, p. 4)

Muitos estudos relacionados à área orçamentária (bases de consulta: ScieLo, Scopus e CAPES) referem-se ao fenômeno da judicialização aos impactos negativos do orçamento público, a exemplo dos estudos de Alberto (2012), Machado e Dain (2012), Diniz, Medeiros e Schwartz (2012), Mazza (2013), Wang et. al (2014). Machado e Dain (2012) verificaram as falas de uma audiência pública da saúde, trazendo para seu estudo questões da judicialização e da gestão de saúde no Brasil. Para os autores,

há expectativa de que o atual estágio da judicialização da saúde no Brasil tenha um efeito pedagógico sobre os gestores. É visível, para toda a sociedade brasileira, que o investimento no setor saúde tem sido incapaz de atender às demandas mais básicas de toda a população. A judicialização, dessa forma, seria tratada mais como um indicador das condições de saúde do que como um problema em si mesmo (MACHADO E DAIN, 2012, p. 1034).

Ainda na perspectiva orçamentária, Alberto (2012) destaca que,

buscando corrigir a falta de efetividade da política de saúde, o Judiciário pode indiretamente contribuir para a ineficiência e ineficácia de todo o setor saúde ao decidir pelo cumprimento de ações favorecendo poucos pacientes, e dessa forma consumindo recursos fundamentais para a manutenção de programas preexistentes que beneficiam milhões de pessoas (ALBERTO, 2012, p. 106).

Na mesma linha, Diniz, Medeiros e Schwartz (2012), que analisaram as ações judiciais de medicamentos de alto custo para um grupo específico de

doenças genéticas raras que alcançaram o Ministério da Saúde entre 2006 e 2010, compreendem que

a judicialização resume a política de saúde à dispensação do medicamento de alto custo. Mesmo nos casos de demandas justas, a judicialização traz consequências econômicas para a organização da política. [...], o fluxo das ações judiciais é espontâneo, o que dificulta o controle de estoque da política (DINIZ, MEDEIROS E SCHWARTZ, 2012, p. 487).

Nessa lógica, para Mazza (2013, p. 136), “as decisões judiciais ao não observarem as regras orçamentárias podem colocar em risco todo o planejamento já definido para a realização das políticas de saúde, além de inviabilizar a realização destas”. O que se depreende é que o judiciário encontre parâmetros para controlar, de forma justa e eficiente, o controle do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. David; Andreilino; Beghin (2016, p. 25) complementam:

Como os gastos com a judicialização de medicamentos não constam nem nos planos anuais de saúde nem nas Leis Orçamentárias Anuais (LOA), seu pagamento deve ser efetuado retirando-se recursos dos componentes existentes. Por intermédio dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), foi observado que geralmente isso ocorre por meio da Ação 4705 (Ceaf - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) do Plano Plurianual (PPA). Isso se reflete no aumento exponencial dos gastos com o componente Ceaf, uma vez que, se fosse excluída a judicialização, não haveria necessidade de ampliar tanto o orçamento desse componente, por não existir uma variação tão grande do número de pacientes portadores das doenças que esse componente atende, como é o caso de doenças raras, artrite reumatoide e alguns casos de hepatites. (DAVID; ANDRELINO; BEGHIN, 2016, p. 25).

Em linha consoante, estudo de Wang et. al (2014) analisou o impacto das decisões judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos, insumos, equipamentos e cirurgias na gestão orçamentária da política de saúde no município de São Paulo. Com base nisso, os autores mostraram que a judicialização da saúde tem, cada vez mais, relevância para os municípios e para a gestão municipal de políticas públicas. Nesse sentido, “com o aumento da judicialização da saúde e, também, de suas consequências, inúmeras reações por parte dos gestores e da doutrina começaram a surgir” (MAZZA, 2013, p. 136).

Em 2019, o Ministério da Saúde garante que em sua previsão

orçamentária já aloca os gastos previstos com judicialização, contudo, o que o estudo de David; Andreilino; Beghin (2016, p. 25) demonstra é que esse cálculo é ineficiente.

Em anos recentes, já prevendo as demandas judiciais, o Ministério da Saúde alega ter 'hiperinflado' a dotação orçamentária para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf). Porém, quando avaliamos as Leis Orçamentárias Anuais (LOA), a dotação inicial desse componente saiu de R\$ 4.540.509.000 em 2008, chegando a R\$ 6.040.371.000 em 2015, o que representa um aumento de 71%, porcentagem muito inferior à do crescimento das demandas judiciais (1.006%). Além disso, nem mesmo a soma do crescimento das despesas de todos os componentes consegue acompanhar o crescimento dos gastos com demanda judicial. (DAVID; ANDRELINO; BEGHIN, 2016, p. 25).

Assim, essa problemática demanda “aos gestores públicos o desafio de lidar com os gastos (muitas vezes, imprevistos) gerados pelo cumprimento de decisões judiciais dentro de um contexto de orçamentos limitados” (WANG ET. AL, 2014, p. 1203), observando, contudo, que “a saúde e o orçamento convivem lado a lado, sendo o direito à saúde dependente, entre outras coisas, do orçamento para se efetivar” (MAZZA, 2013, p. 139).

A questão jurídica da judicialização não é consenso entre os pesquisadores: há a argumentação a favor e contra a judicialização da saúde. Ao passo que se enxerga o fenômeno como ampliação da cidadania e do fortalecimento da democracia, também há fortes críticas no que diz respeito à separação de poderes. Merchant (1985) percebe que há uma incongruência entre orçamento e as esferas organizacionais, pois o orçamento de responsabilidade do Executivo é alterado pelo Judiciário.

Borges; Ugá (2010) e Barcelos (2010) são enfáticos ao elencar a judicialização como uma afronta ao princípio de separação de poderes; pois, conforme bem explica Bittencourt (2016, p. 111), “por meio de decisões judiciais, o Poder Judiciário vem ditando a direção de Políticas Públicas de Saúde e a execução do orçamento público, invadindo assim a competência privativa dos Poderes Executivo e Legislativo”. Fleury (2012), por sua vez, compreende a judicialização como uma deficiência do Legislativo (em manter a

indefinição do arcabouço legal) e do Executivo (por sua incapacidade de executar a lei).

A autora destaca que esse fenômeno é resultado de um aumento da democratização e da inclusão social e compreende que a judicialização possa ser aliada do SUS, por sinalizar as deficiências e estimular a reflexão para novas políticas.

2.2.2 Orçamento público de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto é um município do estado de São Paulo. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada de Ribeirão Preto, em 2019, é de 700.000 habitantes.

Conforme a Prefeitura da Cidade de Ribeirão Preto (2013, 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018), o orçamento público para a saúde, em Ribeirão Preto, para o período de 2013 a 2018 foi de R\$3.132.066.097,46, sendo este montante distribuído pelos 6 anos de análise.

Em 2013, o orçamento inicial para a saúde pública foi de R\$ 441.864.391,00, sendo que 23,94% consistem em recursos vinculados à União; 0,33%, do Estado; 75,51%, do Município e 0,22%, de convênios e doações.

No ano de 2014, o montante destinado à saúde foi de R\$ 459.328.464,00, sendo 23,74% são recursos vinculados da União; 0,77%, do Estado; 75,42%, do Município e 0,07%, de Convênios e Doações.

Em 2015, o total alocado inicialmente para a saúde pública da cidade foi de R\$ 498.689.086,00, sendo que 29,04% correspondem a recursos vinculados à União; 0,76%, do Estado; 70,18%, do Município e 0,02%, de Convênios e Doações.

No ano de 2016, o orçamento teve um aumento de 10,5%, totalizando R\$ 550.896.341,00. Desse montante, 30,48% são recursos vinculados à União; 0,79%, do Estado; 68,59%, do Município e 0,14%, de Convênios e Doações.

Em 2017, o valor destinado à saúde pública foi de R\$ 565.027.964,00, sendo que 29,89% são recursos vinculados à União; 0,77%, do Estado; 69,17%, do Município e 0,17%, de Convênios e Doações.

Por fim, no ano de 2018, os recursos para a saúde totalizaram R\$ 616.259.851,46, sendo que 28,97% são recursos vinculados à União; 0,71%, do Estado; 70,20%, do Município e 0,12%, de Convênios e Doações.

Os dados estudados nesta pesquisa referem-se à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, que compõem o Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII. O DRS XIII é composto por 26 municípios, os quais são divididos em três regiões de saúde: Horizonte Verde, Aquífero Guarani e Vale das Cachoeiras.

Quadro 1 - Composição da DRS XIII.

Departamento Regional de Saúde XIII		
Horizonte Verde	Aquífero Guarani	Vale das Cachoeiras
Barrinha	Cravinhos	Altinópolis
Dumont	Guataporá	Batatais
Guariba	Jardinópolis	Brodowski
Jaboticabal	Luís Antônio	Cajuru
Monte Alto	Ribeirão pRETO	Cássia dos Coqueiros
Pitangueiras	Santa Rita do Passa Quatro	Santa Cruz da Esperança
Pontal	Santa Rosa de Viterbo	Santo Antônio da Alegria
Pradópolis	São Simão	
Sertãozinho	Serra Azul	
	Serrana	

Fonte: Portal de Transparência da Prefeitura de Ribeirão Preto (2019).

Com essa alocação de municípios a um DRS, o total de habitantes que compõem tal regional é de 1.506.638 habitantes, assim distribuídos: Horizonte Verde com 442.895 habitantes; Aquífero Guarani com 923.482 habitantes e Vale das Cachoeiras 140.261 habitantes. Isso implica dizer que tal demanda deverá ser atendida pelo contingente a esta DRS prevista e orçamento previsto e o que foi elencado, neste tópico, deverá ser o suficiente para cobrir os 26 municípios.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

As discussões e as reflexões de um campo científico envolvem sempre disputas entre diferentes escolas do pensamento, o que permite o desenvolvimento da ciência. Assim, tem-se o entendimento de que a ciência evolui por meio das revoluções e mesmo reformulações teóricas que geram novos compromissos e procedimentos nos grupos que se dedicam a sistematizar as novas perspectivas.

O conhecimento científico, como é compreendido na atualidade, emerge das diferentes práticas de Thomas Khun, tendo a percepção do funcionamento, da prática e dos mecanismos da ciência, determinando a evolução das ciências que ocorre por meio dos paradigmas. Para o autor, os “paradigmas são as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (KUHN, 1991, p.13).

O conhecimento é produzido, fundamentado, discutido e disseminado e ele auxilia e/ou interfere nas práticas sociais da vida em sociedade. Burrell e Morgan (1979) definem paradigmas como um conjunto de ideias que apresenta uma visão de mundo partilhada por uma comunidade de cientistas. Os autores identificam, com base nas ciências sociais, quatro paradigmas básicos presentes no campo dos estudos organizacionais: o funcionalista, o interpretativo, o humanista radical e o estruturalista radical. A Figura 1 ilustra esses quatro paradigmas e seus enquadramentos aos pressupostos sociais.

Figura 1 - Quatro paradigmas para análise da teoria social.

Sociologia da mudança radical			
Subjetivo	Humanista radical	Estruturalista radical	Objetivo
	Interpretativa	Funcionalista	
Sociologia da regulação			

Fonte: Adaptado de Burrell e Morgan (1979)

Toda visão de mundo constitui diferentes maneiras de abordar e estudar uma realidade compartilhada ou visão de mundo. Uma visão de mundo

compreende uma concepção de sujeitos, de conhecimentos e da interação entre ambos para o desenvolvimento da vida em sociedade. Burrell e Morgan argumentam que a teoria social, em geral, e a teoria das organizações – em particular – podem ser utilmente analisadas em termos de quatro amplas visões de mundo. Com base nisso, nas características desse estudo, percebe-se a fundamentação epistemológica do problema de pesquisa: a tese é de que o fenômeno da judicialização, que representa uma interferência do agente público judiciário nas escolhas alocativas de outro agente público (o executivo) tem impacto no orçamento público e, por decorrência, influencia a gestão na saúde pública. A partir disso, busca-se descrever este fenômeno da judicialização de medicamentos no Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII).

Dessa forma, o entendimento que sem tem é de que a tese que está sendo construída, seja pelas visões de mundo dos autores e/ou pela teoria utilizada como base para a pesquisa, enquadra-se, inicialmente dentro das perspectivas do paradigma funcionalista, pois utiliza o objetivismo para estudar seus sujeitos e caracteriza-se pelo interesse em dar explicações do status quo, da ordem social, da integração social, da solidariedade e da necessidade de satisfação e de atualização.

A ontologia do estudo corresponde a uma visão realista da sociedade e refere-se a pressupostos que dizem respeito à essência do fenômeno sob investigação, postula que o mundo social externo à cognição do indivíduo é um mundo real composto de estruturas concretas, tangíveis e relativamente imutáveis (Burrell e Morgan, 1979). Ou seja, o mundo social existe independentemente da apreciação dele pelo indivíduo, assim como o fenômeno da judicialização ocorre e todos os custos decorrentes desse fenômeno, também – ainda que não sejam, por ora, identificados, mas produzem interferências nas estruturas de gestão.

A natureza epistemológica, que traduz a forma de entender como o conhecimento é gerado, é a positivista, pois tal qual suas características, o estudo busca verificar o que acontece no mundo social pela procura de regularidades e relações causais entre seus elementos constitutivos (BURRELL; MORGAN, 1979). Correlacionando essa afirmativa ao campo da

ciência contábil, são destacados conceitos importantes que direcionam e fundamentam a tese: a pesquisa, no campo da contabilidade gerencial, tem sido tradicionalmente influenciada pela teoria econômica neoclássica, em particular pela teoria neoclássica da firma (SCAPENS; ARNOLD, 1986; SCAPENS, 1994), cujos principais pressupostos são a racionalidade econômica, a fronteira de produção determinada de maneira exógena e o equilíbrio estático (MORAES, 2001).

A natureza humana apresenta uma visão determinista, na qual, ainda de acordo com Burrell e Morgan (1979), o homem e suas atividades são determinados pela situação ou pelo ambiente em que se inserem: as intervenções jurídicas nos processos operacionais do estado para atender às situações demandadas pela sociedade.

No que diz respeito às características metodológicas do estudo, o banco de dados da pesquisa é composto pelos principais elementos que constituem um processo de judicialização. Para compreendê-los, o estudo assume uma análise quali-quantitativa das perspectivas do fenômeno, visto que as técnicas utilizadas envolvem testes estatísticos e a análise de banco de dados.

Por meio delas, pretende-se compreender as minúcias e as singularidades do fenômeno. Assim, a Tese enquadra-se em uma metodologia nomotética, pois baseia a pesquisa em protocolos e técnicas sistemáticas, focando o processo de testar hipóteses de acordo com o que prediz o rigor científico (BURRELL; MORGAN, 1979).

3.1 Coleta e construção do banco de dados

Os dados utilizados na pesquisa são provenientes de um banco de dados de um projeto de pesquisa coordenado pelo professor Dr. Carlos Alberto Grespan Bonacim e seu escopo envolve os processos de judicialização da saúde impetrados contra a região administrativa de Ribeirão Preto nos anos de 2013 a 2018.

A construção do banco de dados dessa pesquisa perpassou quatro etapas, ilustradas na Figura 3. A primeira etapa se deu com o acesso ao banco

de dados do projeto de pesquisa do professor Bonacim, analisando as informações que condiziam com a proposta do estudo, coletando-as e, então, organizando-as. Por meio desse projeto, obteve-se acesso ao S-Codes, que é um software desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) que organiza as demandas judiciais em saúde no estado de São Paulo. “Pensando em colaborar com outros estados mas também com municípios que sofrem com o problema da judicialização em saúde, a SES/SP oferece gratuitamente um *software* que organiza as demandas judiciais em saúde, o S-Codes.” (ROSA, 2016, p. 30). O sistema tem um background modular, tendo as informações sobre o processo dispostas em sete módulos: protocolo, processual, técnico, atendimento, dispensação, histórico e prontuário (Anexo 1). Nesses módulos, constam no sistema informações completas do processamento da demanda, do reconhecimento da ordem judicial, do cadastro do objeto da ação, da solicitação de compra e, por fim, do recebimento. É importante destacar que, a partir do acesso às informações do S-Codes, foi possível construir o banco de dados deste estudo.

Figura 2 - Etapas para construção do banco de dados da pesquisa.

Fonte: dados da pesquisa (2019).

A segunda etapa consiste na coleta das solicitações (judicializações) no S-Codes. Foram extraídas informações referentes à data de início do processo, o nome do requerente e o número do processo. Com os dados extraídos do S-Codes, obteve-se o banco de dados preliminar desse estudo: uma base preliminar, densa e robusta, com um total de 23.718 solicitações, mas com informações incompletas, que demandariam uma maior busca – que foi realizada na sexta etapa do estudo.

A terceira etapa consistiu na delimitação de dados para formar a amostra da pesquisa. Primeiro, no que tange à especificidade da solicitação: havia processos para cirurgias, para insumos e medicamentos. Optou-se pela amostra de medicamentos, tendo em vista a possibilidade de avaliar os custos e mensurar o impacto no orçamento público. Depois, foram separados os dados em razão da tipologia processual: administrativo ou judicial. Para ser coeso com os objetivos da pesquisa, optou-se pela análise dos processos judiciais para solicitação de medicamentos.

Com a amostra delimitada, realizou-se a coleta de dados no TJ/SP. A coleta se deu a partir do número do processo adquirido no S-Codes (etapa 2). As informações obtidas no TJ/SP permitiram elaborar uma nova base de dados em que se considera completa e informativa para as demandas da pesquisa. Em resumo, para se chegar ao banco de dados utilizado no estudo, trabalharam-se outras duas bases: a do projeto de judicialização do professor Bonacim e o banco de dados preliminar dessa pesquisa – robusto, com 23.718 solicitações e que demandava um maior filtro para que se chegasse à amostra. A base de dados do grupo de pesquisa possuía informações a respeito: (i) dos solicitantes, tais como as características do paciente, como gênero, idade, características relevantes da doença; (ii) do prescritor tais como nome, registro no conselho regional de medicina, origem da consulta; (iii) do judicante, ou seja, quem recebeu e/ou provocou a judicialização: ministério público, defensoria, advogados particulares entre outros e (iv) do tratamento e/ou insumo requeridos, tais como medicamentos cirurgias etc.

Esta última sessão do banco de dados geral do grupo de pesquisa, a do tratamento e/ou insumo requeridos, foi o objeto de análise em profundidade da presente investigação.

Com essa amostra delimitada, a segunda etapa consistiu na concatenação das informações do S-CODES com as informações obtidas no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ/SP). A partir do número do processo adquirido e coletado no S-CODES, as informações do TJ/SP complementaram o conteúdo informacional por meio da inclusão de informações com as características dos processos.

O levantamento dos dados tem como métricas propostas o levantamento das seguintes informações e fontes, como apresentado na Tabela 2

Tabela 2 - Mapeamento de informações da judicialização.

Dimensão	Variável	Métrica	Fonte
Características do paciente	Idade do paciente	Escalar (Nº anos)	S-CODES
	Gênero do paciente	Feminino / Masculino (Variável <i>dummy</i>)	S-CODES
Características da Judicialização	Tempo da ação	Escalar (nº dias)	S-CODES + TJ/SP
	Custo da ação	Escalar (R\$)	S-CODES + TJ/SP
Tipo de atendimento	Tipo de atendimento na saúde	Público / Privado (Variável <i>dummy</i>)	S-CODES
Características do tratamento	Medicamento consta na Lista Rename	Sim/Não (Variável <i>dummy</i>)	S-CODES+ Tabela RENAME

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Adotou-se uma premissa importante na escolha do aprofundamento deste recorte da pesquisa: observar apenas a dispensação de medicamentos, dado que se poderia avaliar com mais segurança caso se tratasse de um protocolo validado e de política pública (disponibilizado pela rede pública ou se consta ou não na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename) ou não.

Existe, portanto, uma escolha metodológica relevante para os resultados da pesquisa: investigar das solicitações de medicamentos as quais são de política pública; portanto, representam solicitações judiciais “legítimas” dado que o Estado deveria entregar esses medicamentos. Por outro lado, quais solicitações de medicamentos ainda não são de política pública e avaliar se o comportamento dessas diferentes demandas é distinto: tempo de judicialização, custo médio da judicialização.

A investigação a respeito das doenças observadas na amostra analisada foi possível de se estabelecer com base na mensuração de uma variável *dummy*, ou seja, se o medicamento prescrito consta na “Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME” conforme segue:

$$\begin{cases} \textit{Dummy medicamento consta no RENAME} = 0, \textit{ se não consta} \\ \textit{Dummy medicamento consta no RENAME} = 1, \textit{ se consta} \end{cases}$$

Neste momento, é pertinente destacar que RENAME consiste em uma lista na qual é apresentada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, isto é, os medicamentos ofertados pela saúde pública e que visam ao atendimento das necessidades de saúde prioritárias da população brasileira. Trata-se, portanto, de uma medida para a assistência farmacêutica no SUS. As listas utilizadas nesta pesquisa respeitam aos períodos de solicitação constante na base de dados, sendo que as solicitações de 2013 foram analisadas na RENAME de 2013 – e se seguiu até a RENAME de 2018.

Assim, o banco de dados construído para esse recorte possui 988 solicitações selecionadas randomicamente com suas devidas qualificações do processo como judicial ou não, nome do requerente, código e nome da doença que o afeta, o nome do prescritor, sua atividade profissional e seu registro no órgão competente, o prazo e a periodicidade do produto solicitado, a unidade na qual foi requerida a descrição do item solicitado, bem como a quantidade e os valores.

Foram, no processo de coleta de dados, elaborados e aplicados dois tipos de entrevistas: i) para dirimir as etapas dos processos judiciais utilizou-se uma entrevista semiestruturada com uma professora de direito² da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; ii) com a finalidade de identificar percepções sobre o fenômeno, as quais poderão auxiliar no desenvolvimento do trabalho e subsidiar futuras pesquisas, empregou-se uma entrevista semiestruturada enviada a pessoas relacionadas à judicialização de medicamentos (médicos, advogados, pacientes e gestores de saúde).

3.2 Hipóteses da pesquisa

Para descrever o fenômeno, definiram-se as dimensões de categorização. A partir dela, tem-se que as ações judiciais analisadas são

² Professora Luciana Roma Morilas. Currículo disponível em: <<https://uspdigital.usp.br/tycho/CurriculoLattesMostrar?codpub=37A6F3E2F753>>. Acesso em 15 mar. 2017.

aquelas que envolvem a saúde pública por meio de decisões judiciais referente ao fornecimento de insumos, medicamentos e cirurgias. No escopo dessa pesquisa, dar-se-á atenção às demandas de medicamentos. Essa categorização, além de facilitar o entendimento e a percepção global dos dados, é fundamental para testar as hipóteses do estudo, pois possibilita a inserção dos dados nos softwares estatísticos.

Tendo o entendimento de que diferentes solicitações demandam diferentes protocolos, elaborou-se uma categorização dos dados em três dimensões as quais, posteriormente, foram organizadas em forma de variáveis. Para essa etapa da pesquisa, consultaram-se estudos anteriores para fundamentar a melhor forma de separar e apresentar os itens. As dimensões estabelecidas para o estudo foram

- dimensão indivíduo demandante;
- dimensão judiciário;
- dimensão prescritor/tratamento.

Tais dimensões são apresentadas nas Tabelas 3, 4 e 5, respectivamente, as quais, além de exibirem a categorização dos dados da pesquisa, constam as fundamentações teóricas que subsidiam seu construto.

A dimensão do indivíduo demandante (Tabela 3) qualificam o solicitante da judicialização. De acordo com as pesquisas realizadas para categorização dos dados, separar e apontar cada categoria básica que identifica o sujeito diminui a subjetividade de análise.

Tabela 3 - Dimensão indivíduo demandante.

Variáveis	Referências
Nome do paciente	Borges; Ugá (2010)
	Chieffi; Barata (2009)
Gênero	Campos Neto et al. (2012)
	Machado et al. (2011)
	Alberto (2012)
	Tabosa (2010)

	Naffah Filho et al. (2010)
Data de Nascimento	Campos Neto et al. (2012)
	Medeiros et al. (2013)
	Machado et al. (2011)
	Tabosa (2010)
CEP/bairro/logradouro/número/estado	Pepe et al. (2010)
	Campos Neto et al. (2012)
	Medeiros et al. (2013)
	Machado et al. (2011)
	Chieffi; Barata (2009)
	Alberto (2012)
	Tabosa (2010)
	Naffah Filho et al.(2010)
Tipo de demanda (medicamento, procedimento)	Pepe et al. (2010)
	Campos Neto et al. (2012)
	Medeiros et al. (2013)
	Machado et al. (2011)
	Chieffi; Barata (2009)
	Alberto (2012)
	Yoshinaga (2011)
	Naffah Filho et al. (2010)
Unidade organizacional / CNS (Cadastro Nacional de Saúde)	Campos Neto et al. (2012)
	Medeiros et al. (2013)
	Machado et al. (2011)
	Chieffi; Barata (2009)
	Alberto (2012)
	Tabosa (2010)
	Naffah Filho et al. (2010)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Por meio dessa dimensão, é possível elaborar um perfil de gênero, faixa etária e renda dos solicitantes. Dentro dessa dimensão, levantam-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: As solicitações advindas de clínicas públicas são maiores que as solicitações advindas de clínicas privadas.

Hipótese 2: A faixa etária do solicitante tem preponderância na representatividade da pesquisa.

Tais asserções que destacam a importância das características do solicitante, são pontuadas nos estudos de Pepe V. L. E. et al. (2010b); Machado, M. A. A. et al. (2011) e Vargas-Peláez; C. M. et al. (2014); Campos Neto et al. (2012); Medeiros et al. (2011); Medeiros et al. (2013) e Tabosa (2010).

A dimensão judiciária (Tabela 4), por sua vez, traz as variáveis que compõem o processo estabelecido para a ação. Por serem dados intrínsecos à área jurídica, essa categorização permite mais familiaridade com os elementos processuais, podendo visualizar as principais etapas que constituem um processo judicial.

Tabela 4 - Dimensão judiciário.

Variáveis	Referências
Prazo para a 1ª dispensação	Gomes et al. (2014)
	Sant'Ana et al. (2011)
	Santos (2014)
	Sartori Junior et al. (2012)
	Ronsein (2010)
Tipo de ação	Pepe et al. (2010)
	Chieffi; Barata (2009)
	Yoshinaga (2011)
	Gomes et al. (2014)
	Travassos et al. (2013)
	Sartori Junior et al. (2012)
	Vieira; Zucchi (2007)
	Ronsein (2010)
Município da vara	Pepe et al. (2010)
	Gomes et al. (2014)
	Ronsein (2010)

Ação contra	Chieffi; Barata (2010)
	Gomes et al. (2014)
	Sant'Ana et al. (2011)
	Sartori Junior et al. (2012)
	Marques; Dallari (2007)
	Ronsein (2010)
Patrono	Chieffi; Barata (2010)
	Gomes et al. (2014)
	Sant'Ana et al. (2011)
	Marques; Dallari (2007)
	Ronsein (2010)
OAB/nome do advogado	Chieffi; Barata (2010)
	Gomes et al. (2014)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Todos os dados referentes ao processo impetrado para a solicitação de medicamentos permitiram a consulta aos processos no site do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP), os quais são fundamentais para a realização do estudo. Para abordar a dimensão que se relaciona aos processos, as hipóteses delimitadas são

Hipótese 3: Medicamentos que constam na RENAME têm um tempo de fato menor que os medicamentos que não constam em tal lista. Tal verificação se baseia sob a racionalidade de que o desconhecimento quanto à efetividade do medicamento demanda um maior tempo de análise de processo.

Hipótese 4: Medicamentos que não constam na RENAME são mais judicializados que os constantes na RENAME. Tais asserções se baseiam nas falas de Santos (2014), Barros (2016), Chieffi; Barata (2009), Sant'Ana et al. (2011), dentre outros.

Na dimensão prescritor/tratamento (Tabela 5), estabeleceram-se as variáveis que englobam o tipo de requerimento, bem como o local de tratamento. Também foram elencados os dados de custo, local do tratamento e periodicidade.

Tabela 5 - Dimensão prescritor/tratamento.

Variáveis	Referências
Dados do medicamento	Pepe et al. (2010)
	Chieffi; Barata (2009)
	Chieffi; Barata (2010)
	Gomes et al. (2014)
	Sant'Ana et al. (2011)
	Sartori Junior et al. (2012)
	Ronsein (2010)
Protocolo de tratamento/doença/ CID	Pepe et al. (2010)
	Gomes et al. (2014)
	Sant'Ana et al. (2011)
	Vieira; Zucchi (2007)
	Ronsein (2010)
Prescritor (nome/CRM/especialidade médica)	Chieffi; Barata (2009)
	Chieffi; Barata (2010)
	Sant'Ana et al. (2011)
	Sartori Junior et al. (2012)
	Ronsein (2010)
Local de tratamento	Gomes et al. (2014)
	Tabosa (2010)
	Vieira; Zucchi (2007)
Prazo	Tabosa (2010)
	Sant'Ana et al. (2011)
	Ronsein (2010)
Periodicidade	Ronsein (2010)
Custo mensal	Chieffi; Barata (2010)
	Yoshinaga (2011)
	Sartori Junior et al. (2012)
	Ronsein (2010)
Custo unitário	Yoshinaga (2011)
	Vieira; Zucchi (2007)
	Ronsein (2010)
Consumo estimado e consumo realizado	Ronsein (2010)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Para analisar tal prescrição, foi estabelecida a seguinte hipótese:

Hipótese 5: Medicamentos que não constam na RENAME têm um custo superior aos que estão presentes nesta lista e demandam um tempo de fato de judicialização superior.

A RENAME, cabe lembrar, é a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Nela estão inseridos os produtos de comprovada segurança, eficácia e qualidade terapêuticas disponíveis no SUS. É oportuno assinalar que há uma revisão permanente na RENAME, com atualizações contínuas, com alterações, adições ou exclusões na lista de medicamentos. Logo, as análises realizadas baseiam-se na lista em vigor no ano das solicitações.

A escolha por separar os medicamentos entre presentes ou não na RENAME está relacionada à ideia de postular se a judicialização se fomenta pelas perspectivas de incompletude e restrição das listas de medicamentos essenciais ou se concentra em um problema de gestão no fornecimento destes. Assim, a hipótese 5 se fundamenta, dentre outros autores, nos estudos de Messeder; Osorio-de-Castro; Luiza (2005), Vieira; Zucchi (2007), Vieira (2008) e David; Andreilino; Beghin (2016), os quais abordam a questão de medicamentos essenciais na judicialização.

3.3 Procedimentos para análise dos dados

A escolha do estudo quantitativo tem como premissa correlacionar as variáveis, por meio de método estatístico, a fim de mapear o fenômeno da judicialização na região administrativa de Ribeirão Preto. O *software* utilizado nas análises foi o R (versão 3.5.2).

Conforme evidenciado anteriormente, o banco de dados é composto por 988 observações, contendo variáveis de caracterização da amostra e variáveis a respeito do fenômeno da judicialização da saúde em Ribeirão Preto.

Na análise descritiva das variáveis categóricas de interesse, empregaram-se as frequências absolutas e relativas, ao passo que na descrição das variáveis numéricas, utilizaram-se as medidas de posição,

tendência central e de dispersão como média, desvio padrão, quartis, máximos e mínimos.

O teste de Qui-Quadrado (Agresti e Kateri, 2011) foi executado para verificar se havia diferenças entre duas proporções. Para realizar a comparação entre variáveis categóricas com mais de duas categorias, aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis (Hollander e Wolfe, 1999) e o teste de Mann-Whitney (Hollander e Wolfe, 1999) para variáveis com duas categorias. A comparação entre variáveis numéricas ocorreu por intermédio da correlação de Spearman (Hollander e Wolfe, 1999), uma vez que apresenta uma medida limitada entre -1 e 1, sendo que quanto mais próximo o coeficiente estiver de -1 maior a correlação negativa e quanto mais próximo o coeficiente estiver de 1 maior a correlação positiva.

A descrição gráfica da comparação das variáveis numéricas pelas variáveis categóricas foi feita utilizando média e desvio padrão, além do método Bootstrap (Efron e Tibishirani, 1993) que foi utilizado para calcular os intervalos de confiança das médias.

Para as variáveis “Medicamento”, “Doença – Descrição” e “Descrição do item”, fez-se a aplicação da técnica *Text Mining* (Mineração de Texto), aplicou-se a função “grepl” do R base para verificar se existiam os termos relacionados (“palavras-chave”). Dessa forma, contabilizou-se a quantidade de vezes que as “palavras-chave” apareciam individualmente, mas também a quantidade de respostas que continham pelo menos uma das palavras em questão (total).

Para a análise de frequência das respostas, empregaram-se também técnicas de *Text Mining* (Mineração de Texto). Para que isso fosse possível, os textos passaram por alguns pré-processamentos, sendo a remoção de pontuação e caracteres especiais; remoção dos números; remoção da acentuação; as palavras foram convertidas para letras minúsculas em todos os casos, conectivos e as palavras usuais da língua portuguesa foram retirados por não trazerem informações relevantes (stopwords). Todos esses processos foram feitos utilizando a função “tm_map” do pacote tm (Ingo Feinerer, Kurt Hornik, and David Meyer, 2008) com o auxílio de seus argumentos. Foram eles: “content_transformer (tolower)” para conversão do texto em letras

minúsculas, “removeNumbers” para remoção de números, “removeWords” para a remoção de stopwords, “stripWhitespace” para remoção de espaços extras e “removePunctuation” para remoção de pontuação. Feito isso, utilizou-se a função “TermDocumentMatrix”, também do pacote tm, para contabilizar a frequência das palavras.

4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÕES

Para facilitar a interpretação das análises realizadas, apresenta-se a Tabela 6, a qual concentra as dimensões e as hipóteses do estudo (anteriormente apresentadas a partir de seus construtos).

Tabela 6 - Dimensões e hipóteses da pesquisa.

Dimensão	Hipóteses
Indivíduo demandante	Hipótese 1: As solicitações advindas de clínicas públicas são maiores que as solicitações advindas de clínicas privadas. Hipótese 2: A faixa etária do solicitante tem preponderância na representatividade da pesquisa.
Judiciário	Hipótese 3: Medicamentos que não constam na RENAME são mais judicializados que os constantes na RENAME. Hipótese 4: Medicamentos que constam na RENAME têm um tempo de fato menor que os medicamentos que não constam em tal lista.
Prescritor/tratamento	Hipótese 5: Medicamentos que não constam na RENAME têm um custo superior aos que estão presentes nesta lista e demandam um tempo de fato de judicialização superior.

Fonte: dados da pesquisa (2019).

4.1 Testes estatísticos

A partir dos testes estatísticos, realizaram-se análises descritivas dos dados da pesquisa. As Tabelas 7, 8, 9 e 10 apresentam os resultados do estudo.

A Tabela 6 exibe a análise descritiva das variáveis numéricas, abordando o tempo de ocorrência do processo, o valor da ação e seus honorários, multas no atraso da obrigação, custos de cartório, idade do paciente que entrou com o pedido de judicialização, a quantidade requisitada de remédios, bem como os valores unitário e total.

Tabela 7 - Análise descritiva das variáveis numéricas.

Variáveis	N	Média	D.P.	Mínimo	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Máximo
Tempo do processo (em meses)	96 1	17,63	11,53	0,00	9,00	15,00	23,00	111,00
Valor da ação	96	5751,	20875,	15,00	788,0	1000,	2100,	449025,

	6	71	47		0	00	00	00
Honorários	25 8	690,1 2	379,25	0,00	400,0 0	700,0 0	800,0 0	2500,00
Multa atraso obrigação (diária)	57 1	460,0 2	315,65	0,00	300,0 0	300,0 0	500,0 0	5000,00
Custos cartório (preparo, remessa)	6	554,7 8	487,87	92,11	106,2 5	565,1 5	1000,00	1000,00
Idade (corrigida)	89 1	53,66	20,76	0,00	39,00	56,00	69,00	95,00
Quantidade requisitada de remédios	98 8	150,7 1	1146,4 9	1,00	8,50	30,00	60,00	24000,0 0
Valor unitário de cada remédio	98 8	519,7 2	2919,2 2	0,00	0,71	3,69	37,30	46536,4 1
Valor total dos remédios	98 8	1345,23	5399,8 5	0,00	39,59	124,6 2	485,8 5	107584,30
Periodicidade	96 7	34,04	30,55	21,00	30,00	30,00	30,00	365,00

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Depreende-se da análise apresentada na Tabela 7 que

- O tempo médio de duração do processo é de 17,63 meses, sendo que pelo menos 50% dos processos apresentam duração de 15 meses e o tempo máximo de 111 meses.
- O valor da ação média foi de R\$ 5.751,71 e o maior valor corresponde a R\$ 449.025,00.
- O valor dos honorários médios foi de R\$ 690,12, chegando a R\$ 2.500,00.
- A idade (corrigida) média foi de 53,66 anos e a periodicidade média foi 34,04 com desvio padrão de 30,55.
- Em média, a quantidade requisitada de remédios foi 150,71, com máximo de 24000.
- O valor unitário de cada remédio variou da gratuidade até R\$ 46.536,41, portanto o valor total dos remédios (valor unitários x quantidade requisitada) médio foi de R\$ 1.345,23 com custo máximo total de R\$ 107.584,30.

A Tabela 7 apresenta a análise descritiva das variáveis categóricas (parte 1), nas quais abordam-se o ano das solicitações, qual o tipo e a classe de solicitação (se judicial ou não) e os honorários.

Tabela 8 - Análise descritiva das variáveis categóricas (parte 1).

Variáveis	Categorias	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Ano CAD	2013	88	8,91%
	2014	139	14,07%
	2015	38	3,85%
	2016	403	40,79%
	2017	282	28,54%
	2018	38	3,85%
Tipo	Judicial	988	100,00%
Classe	Ação Civil Pública	308	31,17%
	Carta Precatória Cível	8	0,81%
	Cumprimento de Sentença	3	0,30%
	Execução Contra a Fazenda Pública	1	0,10%
	Mandado de Segurança	3	0,30%
	Obrigação de Fazer /Não Fazer	2	0,20%
	Outras medidas provisionais	1	0,10%
	Procedimento Comum	272	27,53%
	Procedimento do Juizado Especial Cível	382	38,66%
	Procedimento Ordinário	5	0,51%
	Procedimento Sumário	3	0,30%
Outros	Antecipação de tutela/ Tutela específica = Não	615	62,25%
	Antecipação de tutela/ Tutela específica = Sim	373	37,75%
	Fornecimento de medicamentos = Não	884	89,47%
	Fornecimento de medicamentos = Sim	104	10,53%
	Obrigações = Não	917	92,81%
	Obrigações = Sim	71	7,19%
	Liminar = Não	920	93,12%
	Liminar = Sim	68	6,88%
	Tratamento médico hospitalar = Não	968	97,98%
	Tratamento médico hospitalar = Sim	20	2,02%
	Outros = Não	973	98,48%
	Outros = Sim	15	1,52%
Honorários	Percentual da causa	9	3,00%
	Percentual tabela OAB	33	11,00%
	Valor definido	258	86,00%

Correção honorários (AM)	Correção monetária	22	100,00%
--------------------------	--------------------	----	---------

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A partir das análises da Tabela 8, nota-se que no período 2013-2018, o ano de 2016 foi o que teve maior quantidade de cadastros (40,79%), com 403 solicitações, enquanto os anos de 2015 e 2018 foram os que tiveram menor número (38 solicitações em cada ano). Sobre esta análise, é importante ressaltar que as demandas de 2018 não englobam as solicitações impetradas na cidade de Ribeirão Preto, que representam mais de 45% do total de habitantes da DSR XIII. Assim, compreende-se que as demandas de 2015 mostram-se atípicas frente aos demais dados coletados.

- Todos os tipos foram judiciais e quando houve correção de honorários, todas foram a respeito da correção monetária.
- A classe Procedimento do Juizado Especial Cível teve mais frequência, seguida pela Ação Civil Pública e pelo Procedimento Comum.
- Antecipação de tutela/ Tutela específica foi mais citada na variável outros, posteriormente fornecimento de medicamentos.

Na Tabela 8, é apresentada a análise descritiva das variáveis categóricas que tangem aos indivíduos e à doença.

Tabela 9 - Análise descritiva das variáveis categóricas (parte 2).

Variáveis	Categorias	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Sexo	Feminino	511	51,72%
	Masculino	477	48,28%
Solidariedade	Ação civil pública	307	31,07%
	Cautelar	3	0,30%
	Mandado de segurança	7	0,71%
	Rito Ordinário	330	33,40%
	Rito Sumaríssimo	341	34,51%
Tipo - Patrono	Advogado	199	35,41%
	Defensor público	70	12,46%
	Promotor	293	52,14%

Ação Contra	Estado	130	13,16%
	Estado + Município	857	86,74%
	Município	1	0,10%
Doença crônica	Não	925	93,62%
	Sim	63	6,38%
Prescritor	Médico	987	99,90%
	Nutricionista	1	0,10%
Local de tratamento	Não definido	94	9,51%
	Particular	476	48,18%
	Público	418	42,31%
Prazo	Dispensações	72	7,29%
	Indeterminado	909	92,00%
	Único	7	0,71%
Unidade descrição	UD 13 - Ribeirão Preto	988	100,00%
Regional	Interior	988	100,00%
Código demanda	1	988	100,00%
RENAME	Não	590	59,72%
	Sim	398	40,28%

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Da análise realizada na Tabela 9, verifica-se que

- O rito sumaríssimo foi a solidariedade com mais ocorrência, seguido pelo rito ordinário e pela ação civil pública.
- Promotor foi o patrono na maior parte das judicializações e as ações contra o estado e município foram maioria.
- Somente em uma judicialização o prescritor foi um nutricionista e o local de tratamento particular teve mais representação.
- Todas as judicializações foram na unidade de descrição 13 em Ribeirão Preto, regional interior e código de demanda 1.

A Tabela 10 apresenta os termos mais citados para as variáveis em que as respostas foram abertas ou puderam ter mais de uma resposta.

Tabela 10 - Termos mais citados nas variáveis: medicamento, doença e descrição dos itens.

Variável	Termos	Frequência
Medicamento	insulina	39
	ranibizumabe	24
	quetiapina	15
	glargina	15
	xereto	15
	cloridrato	13
	clopidogrel	13
	lucentis	12
	cinacalcete	11
	acido	10
Doença - Descrição	diabetes	139
	transtornos	135
	Insulino dependente	97
	neoplasia	67
	maligna	66
	crônica	60
	insuficiência	52
	retina	48
	renal	45
	Alzheimer	36
Descrição do item	comprimido	505
	cápsula	152
	revestido	144
	ampola	85
	cloridrato	79
	injetável	76
	frasco ampola	69
	solução	60
	rivaroxabana	59
	frasco	55

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A partir dos dados, tem-se que a insulina é o medicamento mais requisitado, medicamento utilizado para a doença crônica diabetes. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, todas as pessoas que possuem Diabetes Tipo 1 e um percentual relevante de pessoas que possuem Diabetes Tipo 2 devem utilizar a insulina para o controle da glicose (açúcar) no sangue.

Andrade et al. (2018) analisaram os processos judiciais para aquisição de medicamentos relacionados a diabetes na região de Ribeirão Preto – SP, e concluíram que o alto número de judicializações para tratamento de diabetes está associado ao aumento do custo financeiro, principalmente quando se trata de bombas de insulina. Nesse parâmetro, os autores complementam que o custo inicial do tratamento pode chegar a 5 mil dólares e que o custo anual pode chegar a 1,5 mil dólares – conforme apontado nos estudos de Machado et al. (2011) e Heinemann et al. (2015).

Depreende-se que este tipo de judicialização continuará a ocorrer, tendo em vista que o Relatório de Recomendação elaborado pelo Conselho Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) publicado pela Portaria n. 38 de 11 de setembro de 2018, recomendou que o sistema de infusão contínua para o tratamento de diabetes (bombas de insulina) não seja incorporado no âmbito do SUS. Sem a oferta na rede pública, a judicialização possivelmente continuará ocorrendo, tendo em vista que: **i)** “estudos que têm demonstrado de forma unânime que o tratamento com bomba de insulina tem melhor custo-benefício ao paciente com DM (grifo nosso: diabetes melittus), pois permite e facilita mudanças na dieta e nos exercícios.” (ANDRADE ET AL., 2018, P. 105); **ii)** esses medicamentos, em grande parte dos casos, são utilizados em grande escala e ao longo de toda a vida do paciente (OLIVEIRA E VENCIO, 2016). Assim sendo, Oliveira e Lunardi (2004), há muito já pontuam que o SUS demanda de ferramentas para políticas que organizem o provimento de insumos para o controle da doença.

A pesquisa apontou, ainda, que, de um total de 636 processos estudados em sua pesquisa, 40 deles se referiam a demandas por bombas de insulina, mostrando que a maior parte destes requerentes eram homens na faixa etária entre 11 a 20 anos. Nisso, a presente pesquisa se diferencia. Das 139 solicitações relacionadas a diabetes, apenas 42% dos requerentes são

homens com idade média de 47,4 anos. Para as mulheres, a idade média das solicitantes é de 48,2 anos.

4.2 Comparações entre variáveis

As comparações entre variáveis serão realizadas a fim de apontar análises às hipóteses levantadas nesta pesquisa. Tal apresentação se dará pelo número crescente das hipóteses, a começar pela dimensão do indivíduo solicitante.

A Tabela 11 apresenta a comparação entre o número de solicitações advindas de clínicas particulares e de clínicas públicas.

Tabela 11 - Comparação entre o número de solicitações das clínicas.

Clínica	N	%	Valor-p ¹
Particular	476	53,24	0,052
Público	418	46,76	

¹Teste Qui-Quadrado

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Desse modo, percebe-se que houve diferença marginalmente significativa (valor-p = 0,052) entre o número de solicitações advindas entre as clínicas particulares e as públicas, sendo que foi maior o número de solicitações nas clínicas particulares em relação às públicas (Hipótese 1 negada).

Tal resultado contraria as pesquisas apontadas no estudo, como a de Messeder; Osório-de-Castro e Luiza (2005), que pontuaram que 77,9% dos solicitantes analisados em seu estudo advinham de clínicas públicas (municipais, estaduais ou federais). Autores como Pepe et al. (2010b), Vargas-Peláez (2014) e Machado (2011) também relacionam a judicialização de medicamentos às desigualdades no acesso à saúde.

Essa é uma perspectiva que possui outras percepções em alguns estudos. Paim, Batt, Sacconi e Guerreiro (2017) apontam que há uma

insurgência quanto aos pacientes que recorrem às ações judiciais, narrando que esses possuem melhores condições financeiras e um maior conhecimento social do que aqueles que não o fazem. Essa última análise, no entanto, não foi objeto de teste nesta pesquisa.

Ainda no que diz respeito às clínicas, buscou-se analisar se há relação entre o custo dos medicamentos solicitados pelos diferentes tipos de clínicas.

A Tabela 12 expõe a comparação entre o custo dos medicamentos solicitados pelas clínicas privadas e públicas. Dessa maneira, houve diferença significativa (valores-p = 0,001 e 0,006) no custo dos medicamentos unitários e total entre as clínicas.

Tabela 12 - Comparação entre o custo dos medicamentos e as clínicas.

Variável	Clínica	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p ¹
Custo unitário do medicamento (em reais)	Particular	476	492,59	116,14	1,26	4,82	45,51	0,001
	Público	418	564,25	171,26	0,47	2,37	37,29	
Custo total do medicamento (em reais)	Particular	476	1190,76	178,82	51,20	136,71	586,48	0,006
	Público	418	1561,79	344,32	28,89	99,83	322,20	

¹Teste de Mann-Whitney

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Percebe-se, a partir da análise dos dados, que o custo dos medicamentos das clínicas particulares é menor do que os medicamentos solicitados por requerentes advindos de clínicas públicas.

Esse resultado corrobora o estudo de Medeiros, Diniz e Schwartz (2013), que aponta que não há uma relação de elitização nas solicitações, tendo em visto que as solicitações se concentram mais em cirurgias custosas do que propriamente em medicamentos de alto custo.

Ainda na análise da dimensão indivíduo solicitante, a Tabela 13 e a Figura 6 detalham a comparação do número de judicializações e pessoas com faixa etária acima de 60 anos, à vista disso houve diferença significativa (valor-p < 0,001) do número de judicializações entre as faixas etárias.

Tabela 13 - Comparação entre o número de judicializações por faixa etária.

Faixa etária	N	%	Valor-p ¹
Menor ou igual a 60 anos	532	59,71	<0,001
Maior que 60 anos	359	40,29	

¹Teste Qui-Quadrado

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A partir do que se expõe na análise, tem-se que o número de judicializações foi menor na faixa etária menor ou igual a 60 anos (Hipótese 2), sendo um contraponto ao que apresenta a literatura atual. É importante destacar que ao observar os autores apontados no construto, como Pepe et al. (2010), Campos Neto et al. (2012), Medeiros et al. (2013), Machado et al. (2011), Yoshinaga (2011) etc, evidenciam também outros elementos de judicialização da saúde, como cirurgias e insumos, o que pode fundamentar as diferenças entre as pesquisas.

Já no que diz respeito à dimensão judiciário, busca-se analisar relações entre medicamentos presentes e ausentes na RENAME.

O banco de dados possui 988 processos de judicialização de medicamentos e, conforme apontado na Tabela 14, a maior parte dos processos requer medicamentos não presentes na RENAME (Hipótese 3).

Tabela 14 - Análise das solicitações e o tipo de medicamento.

Variáveis	Categorias	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
RENAME	Não	590	59,72%
	Sim	398	40,28%

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

É importante destacar que nesses processos há diferentes solicitações e, várias vezes, os medicamentos solicitados se repetem entre os diferentes autores – alguns com o mesmo código de doença, alguns com códigos de doença diferentes.

Nesse sentido, identificaram-se 376 medicamentos diferentes no banco de dados. Desse total, a maior parte dos medicamentos solicitados não faz parte da lista da RENAME, conforme exposto no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Medicamentos presentes e ausentes na RENAME.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Dos 376 produtos constantes no banco de dados, apenas 137 estão presentes na RENAME, o restante das solicitações ou não consta na lista ou é composto por mais de um componente, no qual um ou mais não estão presentes na lista e foram considerados, para fim de cálculos estatísticos, fora do escopo da RENAME (239). Esses dados podem ser verificados nos Apêndices 7 e 8. Os produtos que não estão na RENAME e que são solicitados se explicam justamente pela prerrogativa principal da judicialização da saúde, que consiste em buscar na justiça aquilo que não é fornecido ou encontrado no sistema de saúde brasileiro (DAVID; ANDRELINO; BEGHIN, 2016).

Contudo, não se pode ignorar o valor expressivo de 36% de produtos presentes na RENAME e, ainda assim, solicitados via justiça. Esse dado pode ser corroborado pelos estudos de Messeder; Osorio-de-Castro; Luiza (2005), Vieira; Zucchi (2007); Vieira (2008) e Sant'Ana et al. (2009), os quais concluíram, em seus estudos, que uma parcela importante dos medicamentos

solicitados encontra-se em listas oficiais de medicamentos disponibilizados pelo SUS.

Isso implica questionar as razões pelas quais há essa demanda, tendo em vista que é um processo moroso e até custoso. A judicialização de itens previstos nas políticas públicas seria um sinônimo de ineficiência administrativa? Ou seria falta de tempestividade nas compras? Para esclarecer esse importante aspecto, serão utilizadas entrevistas com especialistas na área de medicamentos e gestores que estejam ligados a essa área do SUS.

A Tabela 15 apresenta a comparação entre o tempo do processo e se o medicamento consta na RENAME.

Tabela 15 - Comparação entre o tempo de processo e RENAME.

Variável	RENAME	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p ¹
Tempo do processo	Não	575,00	17,17	0,50	9,00	14,00	23,00	0,024
(em meses)	Sim	386,00	18,31	0,55	10,00	16,00	24,00	

¹Teste de Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Verifica-se que houve diferença significativa (valor-p = 0,024) no tempo do processo (em meses) e RENAME. Portanto, considera-se que a duração média do processo foi menor para medicamentos que constam na RENAME (Hipótese 4), corroborando o que foi apresentado pelo construto das hipóteses.

Cabe salientar que Barroso (2008) chama a atenção quanto à morosidade desses processos e as incumbências a ele devidas. Para o autor, o Poder Judiciário deve centrar suas ações no fornecimento de medicamentos constantes nas listas emitidas pelos entes.

Sobre a questão de medicamentos não previstos na RENAME, de acordo com a 1ª Seção do Superior Tribunal de Justiça, em 2018, é obrigação do poder público fornecer medicamentos ausentes à RENAME desde que sejam preenchidos três requisitos: laudo médico comprovando a necessidade do medicamento, incapacidade financeira do paciente e registro do médico na

Anvisa. Quanto à competência de incapacidade financeira do paciente, é prudente avaliar, também, qual este escopo – pois não basta o paciente possuir capacidade financeira se o medicamento for de alto custo. Neste sentido, mesmo que ele tenha condições de arcar com o medicamento, este pode ser autorizado pela justiça caso comprometa um valor expressivo de sua renda.

Ainda em análise da dimensão judiciário, realizou-se uma comparação entre o tempo do processo e o tipo – patrono deste (Tabela 16).

Tabela 16 - Comparação entre o tempo de processo e o tipo – patrono.

Variável	Tipo - Patrono	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p ¹
Tempo do processo (em meses)	Advogado	198	22,15	0,95	14,00	20,00	31,00	<0,001
	Defensor público	67	24,79	1,37	16,00	24,00	35,50	
	Promotor	275	14,85	0,53	9,00	11,00	20,00	

¹Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Infere-se, a partir do exposto, que houve diferença significativa (valor-p < 0,001) no tempo do processo (em meses) e o tipo - patrono, destarte o tempo de duração do processo, uma vez que foi maior quando o patrono foi um defensor público e menor para promotor. Na dimensão prescritor/tratamento, analisa-se a relação entre o custo do medicamento e a RENAME.

A Tabela 17 exhibe a comparação entre o custo dos medicamentos e se constam ou não no RENAME.

Tabela 17 - Comparação entre o custo dos medicamentos e RENAME.

Variável	RENAME	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p ¹
Custo unitário do medicamento (em reais)	Não	590	629,14	147,34	1,88	3,87	24,50	0,012
	Sim	398	357,52	73,32	0,40	2,48	48,70	
Custo total do medicamento (em reais)	Não	590	1274,98	246,01	62,34	135,58	395,76	0,001
	Sim	398	1449,37	221,33	14,64	82,71	943,80	

¹Teste de Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A partir da análise dos dados, é possível perceber que houve diferença significativa (valores-p = 0,012 e 0,001) no custo dos medicamentos unitários e total entre a variável RENAME (Hipótese 5).

Figura 3 - Comparação entre o custo dos medicamentos e presença RENAME.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Por conseguinte, os medicamentos que constam no RENAME tiveram preços unitários menores em relação aos que não constam, o que corrobora com as pesquisas de Messeder; Osorio-de-Castro; Luiza (2005), Vieira; Zucchi (2007) e Vieira (2008) e David; Andrelino; Beghin (2016) e Santos (2014), os quais ressaltam que os medicamentos não pertencentes às listas oficiais geralmente possuem um custo elevado.

Por meio do cálculo de médias, apurou-se que a média do custo dos 137 medicamentos apurados nesse estudo e presentes na RENAME é de R\$ 86,53, enquanto os ausentes da lista apresentaram uma média R\$ 642,30. O medicamento mais caro solicitado por via judicial tem o custo de R\$ 46.536,41 e foi solicitado por três requerentes diferentes, com três indicações clínicas diferentes: (i) Diabetes mellitus insulino-dependente; (ii) Neoplasia maligna da mama; e (iii) Insuficiência cardíaca. O maior custo por processo foi do medicamento Alentuzumabe para tratamento de Cardiomiopatias. O medicamento tem um custo unitário de R\$ 21.516,86 e o requerente solicitou cinco unidades, totalizando um valor de R\$ 107.584,30. Em ambas as situações, os medicamentos não estão previstos nas listas de medicamentos essenciais.

Dentre os presentes na RENAME, o medicamento com maior custo identificado foi o Rituximabe 500mg, para tratamento de doença isquêmica do coração, que possui valor unitário de R\$ 4.568,84. Para o mesmo requerente foram solicitadas oito unidades, totalizando um gasto de R\$ 36.550,72. Nessa dosagem, o medicamento apareceu uma única vez no banco de dados.

Nessa seara, destaca-se que a preponderância da ausência de processos de licitação, que garantam um menor preço, faz com que estas demandas inflem, ainda mais, o orçamento público. Isto porque as compras, realizadas com urgência, precisam ser rápidas e em menores quantidades, diminuindo as chances de negociação com o fornecedor.

Isso sugere, também, propostas de políticas que visem cobrir tais casos, pois pode-se gerar uma economia expressiva. Sartori et al (2012) aponta, ainda, que essa decisão do judiciário é um obstáculo para a prática do uso racional de medicamentos e para a efetiva consolidação da PNM.

Ainda em relação ao custo de medicamentos, verificou-se a correlação entre o custo do medicamento e a duração do processo (em meses), conforme evidenciado na Tabela 18.

Tabela 18 - Correlação entre o custo do medicamento e o tempo do processo.

Variável	Tempo do processo (em meses)	
Custo do medicamento	Unitário	-0,02 (0,577)
	Total	0,04 (0,198)

r (valor-p); r = coeficiente de correlação de Spearman

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Percebe-se que não houve diferença significativa (valores-p > 0,050) entre o custo do medicamento e o tempo do processo (em meses), não apontando para uma maior ou menor agilidade judicial em relação ao tipo de medicamento. Essa é uma perspectiva validada por Saleh (2011), a qual propõe que a saúde não pode se subordinar meramente a aspectos econômicos, devendo o Estado observar a dignidade da pessoa humana e, assim, vislumbrar o fornecimento de qualquer medicamento no tempo hábil possível, seja qual for o custo. Ainda na tangente relacionada ao custo do medicamento total, a Tabela 19 expõe a comparação do custo do medicamento e doenças crônicas.

Tabela 19 - Comparação entre o custo do medicamento total e do medicamento de doença crônica.

Variável	Doença crônica	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p ¹
Custo unitário do medicamento	Não	925	548,16	99,10	0,71	3,05	45,51	0,325
	Sim	63	102,25	38,67	0,80	15,73	15,73	
Custo total do medicamento	Não	925	1326,18	180,41	39,60	124,05	395,76	0,013
	Sim	63	1624,90	494,74	30,50	471,90	1651,65	

¹Teste de Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A partir da análise dos dados, percebe-se que houve diferença significativa (valor-p = 0,013) entre o custo do medicamento total e da doença crônica, sendo que o custo total do medicamento foi maior em medicamentos para doenças crônicas. Messeder, Osório-de-Castro e Luiza (2005) também percebem tal variável em seu estudo, tendo em vista que os autores salientam,

ainda, que pleitos dessa natureza podem sugerir diferentes abordagens, como a falta de acesso aos medicamentos em seus municípios solicitantes ou problema de má gestão pública – principalmente quando isso se relaciona à RENAME.

Ainda relacionado ao custo e as doenças crônicas, realizou-se uma análise a fim de verificar se há comparação entre o custo do medicamento e o tempo de uso, vigorando a repetição do fornecimento de medicamentos.

Tabela 20 - Comparação entre o custo dos medicamentos e o tempo de uso.

Variável	Uso do medicamento	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p
Custo unitário do medicamento	Único	7	2718,60	1347,49	148,31	526,28	4381,19	<0,001
	Dispensações	72	4038,20	1121,91	291,83	1523,24	2228,44	
	Contínuo	909	224,10	32,95	0,51	2,76	15,73	
Custo total do medicamento	Único	7	9043,78	5217,58	931,51	1759,44	11539,90	<0,001
	Dispensações	72	7080,40	1854,16	1168,74	2228,44	4563,14	
	Contínuo	909	831,68	92,35	31,98	116,04	288,18	

¹Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A Tabela 20 denota a comparação do custo do medicamento e o tempo de uso, assim houve diferença significativa (valores-p < 0,001) do custo dos medicamentos entre o tempo de uso, consequentemente o custo do medicamento (unitário e total) foi menor quando o uso era contínuo. A ideia de analisar periodicidade e também o custo de recebimento de medicamentos foi discutida por Ronsein (2010), no entanto, a relação entre custo e periodicidade não foi abordada em nenhuma outra pesquisa realizada no Brasil para os parâmetros de medicamentos judicializados.

4.3 Síntese do mapeamento e principais achados

A partir dos resultados apresentados, elaborou-se uma síntese do mapeamento, a fim de que o usuário possa compreender os principais elementos que se envolvem no processo de judicialização. O mapeamento é composto por observações, as quais são elencadas a seguir (resumo na Tabela 21).

Tabela 21 - O fenômeno da judicialização de medicamentos no DRSXIII (anos de 2013-2018).

Elemento	Resultado
Fenômeno	Existe e é permanente
Origem das demandas	Clínicas privadas (53,24%)
Faixa etária dos solicitantes	Adultos não idosos (59,71%)
Lista RENAME	Medicamentos ausentes da RENAME (59,72%)
Tipo de doença	Não crônicas (93,62%)
Tempo de judicialização	17,63 meses (média)
Tipo de patrono	Promotor, advogado, defensor público
Custo total	R\$ 1.329.088,48
Custo RENAME	Maior para medicamentos ausentes da RENAME.

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Os dados da pesquisa permitem compreender que o fenômeno da judicialização existe e sua incidência é, no momento, irrevogável. Não há consenso na literatura acerca da origem das demandas (se clínicas privadas ou particulares), mas para os dados desta pesquisa, a maior parte (53,24%) dos requerentes advém de clínicas privadas. A faixa etária dos solicitantes varia e, nesta pesquisa, adultos, não idosos, predominam no número de ações judiciais (59,71%). No que diz respeito ao tipo de medicamento, aqueles ausentes da RENAME são mais judicializados se comparados às demandas que são presentes na RENAME. No entanto, é importante que o número de medicamentos que deveriam ser ofertados pelo SUS seja relevante (40,28%) e expressivo no impacto orçamentário. As doenças não crônicas são aquelas que são, em grande maioria, judicializadas (93,62%). O tempo de judicialização é, em média, de 17,63 meses, sendo que o promotor é o patrono mais utilizado para essas demandas, seguido do advogado e, por fim, defensor público.

O custo total das 988 solicitações foi de R\$ 1.329.088,47, com uma média de R\$ 1.345,23 por medicamento. Nesta tangente, os medicamentos solicitados e ausentes da RENAME têm um valor superior aos solicitados e presentes na lista.

Os resultados desta pesquisa foram apresentados a pessoas relacionadas à área da saúde, as quais responderam a um questionário acerca das demandas da judicialização (Apêndices 1 a 6). A maioria dos respondentes eram homens (80,00%), com idade média de 47,6 anos e ocupando cargos de i) médico, ii) gestor de saúde, iii) advogado, e iv) paciente.

Tabela 22 - Análise do gênero dos respondentes.

Variáveis	Categorias	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Sexo	Fem	1	20,00%
	Mas	4	80,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A utilização dos questionários serve de auxílio nas ideias e proposições de políticas que vislumbrem a judicialização da saúde, principalmente na área de medicamentos.

Acerca do mapeamento apresentado e da observação dos questionários, as contribuições desta pesquisa consistem na análise e nas proposições para cada uma destas observações. O primeiro e, preponderante fato, concentra-se na necessidade de requerer, na justiça, o direito à saúde, previsto constitucionalmente. A partir desta discussão, há que se pontuar dois aspectos: i) medicamentos não presentes na RENAME e ii) medicamentos presentes na RENAME. Quanto à análise de medicamentos não presentes na RENAME, observam-se as falas de Ueta (2016), Borges; Ugá (2010), Barcelos (2010), Machado et al (2011) e Sartori Junior et al (2012), donde se destaca que as solicitações judiciais de medicamentos, em geral, envolvem aqueles de custo elevado e, muitas vezes, recém lançados e de eficácia não devidamente comprovada – e, portanto, ausentes da lista de medicamentos essenciais.

Quanto ao relevante índice que representa solicitações de medicamentos presentes na RENAME, conforme apontado por Alex (Entrevista 1, 2019), cabe destacar que a incorporação de novos medicamentos ao SUS obedece às seguintes etapas: 1) ANVISA para análise de eficácia e segurança; 2) Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED, para análise de regulação de preço; 3) CONITEC para análise de custo-efetividade; Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e/ou Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, para publicidade, padronização e planejamento; 4) Aquisição dos medicamentos pelos hospitais e postos de saúde. Assim, a Judicialização de medicamentos pode decorrer de falhas do sistema em qualquer das referidas etapas.

O entrevistado destaca ainda que

No caso desta pesquisa, a falha se encontra na última etapa, relativa à aquisição dos medicamentos pelos hospitais e postos de saúde. Isso significa que os medicamentos foram aprovados pela ANVISA, passaram pela regulação de preços no âmbito da CMED, o CONITEC autorizou sua incorporação, foi publicada na RENAME, mas não foram adquiridos pelo hospital/posto de saúde. Isso pode ocorrer por diversas razões, tais como má gestão, falta de verba, desorganização do processo de assistência farmacêutica ou não é considerado e/ou valorizado pelos demandantes, demora para fazer a licitação, gestor corrompido, entre outras causas que acabam impedindo o fornecimento do medicamento na ponta quando solicitado. O judiciário, contudo, ponderado e atento aos fundamentos e aos direitos do cidadão, intervém com propriedade e autonomia em face da desqualificação na gestão de recursos para a saúde. Nesses casos, considera-se que a judicialização é plenamente justificável como um meio de correção de uma falha do sistema de saúde (ALEX, ENTREVISTA 1, 2019).

Ainda na tangente de separação entre medicamentos da RENAME e não RENAME, observa-se que o tempo de judicialização é, em média, de 17,63 meses – há uma pequena diferença no tempo do processo quando comparados medicamentos presentes ou ausentes na lista. Dada a pequena diferença de tempo (1,14 meses) e a importância da discussão da temática de ausência na lista de medicamentos ofertados, implica-se considerar que o juiz, não sendo assistido de pessoa competente que avalie a demanda, autoriza a

urgência sem maiores delongas e análises à questão de melhor opção para o paciente.

Para o período – 2013 a 2018, o custo total das judicializações de medicamentos foi R\$ 1.329.088,47. Assim distribuídos: R\$ 83.547,26 em 2013, R\$ 213.167,43 em 2014, R\$ 51.325,23 em 2015, R\$ 431.550,92 em 2016, R\$ 488.311,39 em 2017 e R\$ 61.186,24 em 2018.

O orçamento público para a saúde, em Ribeirão Preto, para o período foi de R\$3.132.066.097,46, sendo este montante distribuído pelos 6 anos de análise:

- 2013: R\$ 441.864.391,00, sendo que 23,94% é recurso vinculado da União; 0,33%, do Estado; 75,51%, do Município e 0,22%, de Convênios e Doações.
- 2014: R\$ 459.328.464,00, sendo que 23,74% é recurso vinculado da União; 0,77%, do Estado; 75,42%, do Município e 0,07%, de Convênios e Doações.
- 2015: R\$ 498.689.086,00, sendo que 29,04% é recurso vinculado da União; 0,76%, do Estado; 70,18%, do Município e 0,02%, de Convênios e Doações.
- 2016: R\$ 550.896.341,00, sendo que 30,48% é recurso vinculado da União; 0,79% do Estado, 68,59% do Município e 0,14% de Convênios e Doações.
- 2017: R\$ 565.027.964,00, sendo que 29,89% é recurso vinculado da União; 0,77%, do Estado; 69,17%, do Município e 0,17%, de Convênios e Doações.
- 2018: R\$ 616.259.851,46, sendo que 28,97% é recurso vinculado da União; 0,71%, do Estado; 70,20%, do Município e 0,12%, de Convênios e Doações.

A análise quanto ao impacto orçamentário destas demandas aponta que o custo total com judicialização de medicamentos representa 0,042% do total destinado para o orçamento da saúde de Ribeirão Preto no período (2013-2018). Embora pareça um número pequeno, é importante salientar que ele

representa um único Departamento Regional de Saúde do país e que essas demandas são excedentes às previsões orçamentárias.

Tabela 23 - Orçamentos e custos da judicialização de medicamentos.

Ano	Orçamento público total para a saúde	Orçamento público de Ribeirão Preto para a saúde	Valor judicializado em medicamentos
2013	R\$ 99,80 bilhões	R\$ 441.864.391,00	R\$ 83.547,26
2014	R\$ 106,00 bilhões	R\$ 459.328.464,00	R\$ 213.167,43
2015	R\$ 113,01 bilhões	R\$ 498.689.086,00	R\$ 51.325,23
2016	R\$ 112,33 bilhões	R\$ 550.896.341,00	R\$ 431.550,92
2017	R\$ 121,86 bilhões	R\$ 565.027.964,00	R\$ 488.311,39
2018	R\$ 122,60 bilhões	R\$ 616.259.851,46	R\$ 61.186,24

Fonte: Ministério da Saúde (2019), Portal de Transparência da Prefeitura de Ribeirão Preto (2019), dados da pesquisa (2019).

Dados de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que a população brasileira supera os 210 milhões de habitantes. Isso implica dizer que hoje, se cada brasileiro (adultos, em sua pessoa, crianças e adolescentes, na representação de pais) judicializasse um medicamento (a partir da média encontrada na pesquisa de R\$ 1.345,23), teríamos um valor de mais de R\$ 280 bilhões a partir de demandas judiciais, superando em 128% o orçamento público da saúde para o Brasil inteiro em 2019, que é de R\$ 122,60 bilhões, de acordo com dados do Ministério da Saúde. É uma ideia impossível de ocorrer, no entanto, ressalta a necessidade de proposições, regulamentações e projetos orçamentários que visem cobrir estas demandas – incipientes e consolidadas nas práticas de assistência farmacêutica brasileiras. Reitera-se que o planejamento com itens de custeio é um excelente instrumento de que pode valer-se o ente público, desde que inclua todos os itens de demandas que se apresentam ao poder público, como a judicialização da saúde, seja com medicamentos, insumos ou cirurgias.

Além disso, é importante destacar que os dados da pesquisa (Tabela 20) apontam que a maior parte dos medicamentos judicializados se relacionam à demandas contínuas, o que sugere que o impacto orçamentário de uma judicialização ultrapassa o seu período de solicitação e perdura pelo tempo em

que o paciente necessitar o medicamento. Dado que a expectativa média de vida do brasileiro, de acordo com o IBGE, é de 80 anos para homens e 73 anos para mulheres, que a idade média dos solicitantes desta pesquisa é de 53,66 anos e que 92% são das solicitações são de prazo indeterminado (Tabela 9), o impacto orçamentário é muito superior ao previsto e calculado nesta pesquisa, pois tal cálculo concentra-se apenas no ano em que foram realizadas as solicitações.

Há duas vertentes de análises de medicamentos: presentes e ausentes da RENAME. A partir disso, desdobram-se diferentes percepções: medicamentos ainda não aprovados têm eficácia? Os benefícios trazidos por novos medicamentos justificam o alto custo? Há, na RENAME, medicamento correlato? Para dirimir tais inquietações, propõe-se a ideia de um processo judicial orientado com apoio técnico: nos casos de demandarem soluções individualizadas, os juízes devem contar com núcleos de apoio especializados para orientar a tomada de decisão, sempre com respeito às decisões técnicas em relação à valorização da medicina baseada em evidências, de modo que a atuação do Poder Judiciário se restrinja ao controle das falhas do sistema sem desvirtuá-lo com decisões que contrariam as premissas de seu funcionamento.

Além disso, um simples passo poderia partir do próprio Poder Judiciário. Haja vista que os magistrados poderiam exigir que o postulante demonstrasse a negativa ou a excessiva demora do poder público em conceder o medicamento requerido, sob pena de extinção do processo por falta de interesse de agir. Em casos análogos, como nas demandas visando a benefícios previdenciários, esta inteligência já é eficientemente adotada.

Correlato a isso, pode-se pensar a implantação de núcleos de solução extrajudicial de demandas por medicamentos no âmbito dos entes públicos: cada ente da federação deve aumentar os seus canais de comunicação e atuar proativamente para o diagnóstico de demandas e procedimentos comumente pleiteados judicialmente a fim de solucionar os gargalos de atendimento da rede de saúde, tal como a iniciativa do Núcleo de Apoio Técnico ao Sistema de Justiça – NAT-jus implantado em Joinville/SC, que foi capaz de reduzir em 56% as ações judiciais propostas contra o município e em 72% o custo de gastos

com o cumprimento de decisões judiciais em 03 anos de projeto (ALEX, ENTREVISTA 1; SANDRA, ENTREVISTA 3, 2019).

Ademais, é imprescindível a concepção de um processo judicial estrutural: em caso de necessidade de propositura de ação judicial, a jurisdição deve ser mais dialogal para adotar soluções estruturais, ou seja, em vez de o juiz determinar a concessão de medicamento ou o fornecimento de determinado tratamento ou a construção de leitos de terapia intensiva, o juiz reúne-se com gestores municipais, estaduais e federais envolvidos para informar e discutir o problema enfrentado, de modo que uma solução ampla venha dos próprios gestores para resolver o problema numa dimensão macro, não em caráter tópico ou individualizado como se costuma observar. Nesse processo, o Judiciário funciona como órgão de coordenação, articulação e desbloqueio da burocracia, não como um órgão de injunções. (ALEX, ENTREVISTA 1, 2019).

Apesar de as maiores contribuições vistas serem pautadas na organização do sistema judiciário frente ao tratamento dado às questões de judicialização, é importante que se pactuem, também, estratégias gerenciais que visem à minimização destes impactos. Desta forma, compreende-se que uma possibilidade verificada a partir dos dados desta pesquisa, para amenizar tais impactos orçamentários pode decorrer da facilitação da concessão administrativa, ressaltando-se a necessidade de observância pelo Poder Público da Lei n. 8.080/90, especialmente exigindo-se de cada ente federativo apenas aqueles medicamentos de sua responsabilidade.

Tal conduta contribuiria para a observância das dotações orçamentárias de cada ente, sem onerar em demasia pequenas unidades da federação com o pagamento de medicamentos de alta complexidade, de obrigação da União, por exemplo, o que lhes permitiria suprir com total eficiência as necessidades de medicamentos básicos para toda sua população (FELIPE, ENTREVISTA 2; SANDRA, ENTREVISTA 3; IVANILDO, ENTREVISTA 4, 2019).

Outra possibilidade consiste no aperfeiçoamento administrativo de cada uma das etapas de incorporação de novas tecnologias no SUS, visando garantir a funcionalidade do sistema por meio de providências para o respeito e redução dos prazos de aprovação pelos órgãos competentes e para o aumento

contínuo da qualidade das deliberações técnicas, a fim de reduzir questionamentos judiciais (ALEX, ENTREVISTA 1, 2019).

Há a proposição, também, de avaliar as razões pelas quais existem medicamentos que deveriam ser fornecidos pelo SUS e que não estão sendo fornecidos. Muitas vezes, os entes não fazem a solicitação do medicamento (o que ocasiona a indisponibilidade e, assim, a judicialização) porque não possuem contingente suficiente que insurja a este pedido, compreendendo que é “mais barato” judicializar do que solicitar e dispor do medicamento em seus planos de assistência farmacêutica.

A partir disso, pode-se propor que os municípios vizinhos ou de departamentos de saúde regionais se unam e elenquem medicamentos que, outrora, não seriam, por si só, licitados, mas que, em demanda unida, fazem jus à licitação. Tal procedimento beneficiaria o paciente, que não precisa da judicialização e os orçamentos dos entes federativos, que não observam o impacto direto da judicialização com as compras emergenciais, nem o impacto indireto com os recursos públicos necessários a se alocar à judicialização (FELIPE, ENTREVISTA 2; SANDRA, ENTREVISTA 3; IVAN, ENTREVISTA 4; MARCIO, ENTREVISTA 5, 2019).

Além disso, pode-se pensar, partindo-se de pressupostos e critérios análogos às empresas privadas, que os entes públicos provisionem recursos a fim de suprir estas demandas, de forma que tais provisões estejam alocadas em seu orçamento público. (SANDRA, ENTREVISTA 3; IVAN, ENTREVISTA 4; MARCIO, ENTREVISTA 5, 2019). Certamente, a escolha pelo provisionamento de recursos para demandas de judicialização é uma questão bastante discutível, tendo em vista que, para tanto, deixar-se-á de destinar recursos a outras necessidades básicas. No entanto, a medida permite que haja uma organização de recursos que não extrapolem aqueles previstos no orçamento anual.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tratar a questão da gestão da saúde pública é possível perceber uma incongruência entre os planos de planejamento e a execução do orçamento. Dentre outros fatores, cita-se o processo de judicialização de diferentes áreas preconizadas constitucionalmente como direitos inerentes à pessoa humana. No caso específico da saúde, pontualmente na região administrativa de Ribeirão Preto (São Paulo), tem-se observado o crescimento exponencial dessas demandas.

Na questão específica deste estudo, percebe-se o processo de judicialização como uma questão atemporal, que não possui uma data específica para sua ocorrência, mas tem exigência de prazo para seu cumprimento. O que se obteve é, sob a perspectiva da contabilidade gerencial, o mapeamento dos processos que envolvem este fenômeno. A observação orçamentária do estudo busca uma maior eficiência produtiva por meio dos padrões de conduta dos agentes e pela forma nas quais as atividades econômicas são organizadas e coordenadas. Na área da gestão da saúde isso não é diferente. De acordo com o Ministério da Saúde em documento de publicação de sua atual RENAME, é de suma importância

haver ações que harmonizem a RENAME às listas estaduais, municipais, hospitalares, guias e protocolos clínicos. A adesão dos profissionais a prescrever tais medicamentos é fundamental para que se estabeleça a implementação da lista, facilitando a gestão da Assistência Farmacêutica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Consoante a isso, Rocha (2010, p. 310) mostra que “os recursos para o atendimento das demandas são naturalmente finitos e carentes de uma utilização planejada, de sorte a propiciar que maior quantidade possível de pessoas possa fruir de um direito consagrado como de todos”. Cabe lembrar que é direito constitucional a garantia à saúde mediante políticas sociais e econômicas (CF/88, art. 196). Assim, destaca Vieira (2008, p. 3),

para garantir a saúde é preciso muito mais que acesso a serviços. Faz-se necessário dispor de políticas que possibilitem aos indivíduos a moradia adequada, saneamento básico, emprego, renda, lazer e educação. Considerando que a escassez de recursos é fato, verifica-se que não é possível prescindir das políticas quando o objetivo é garantir a

observância aos princípios de universalidade, integralidade, igualdade e equidade no acesso aos serviços de saúde”(VIEIRA, 2008, p. 3).

Esta pesquisa teve como questão norteadora o pressuposto de que o fenômeno da judicialização tem impacto no orçamento público e, por decorrência, influencia a gestão na saúde cujo objetivo geral deste estudo consiste analisar a interferência judicial na política de dispensação de medicamentos desenvolvida pelo Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto – DRS XIII no Estado da São Paulo no período de 2013 a 2018.

Os conceitos e fundamentos teóricos permitem compreender que discutir aspectos relacionais à saúde do ser humano, implica um diálogo com diferentes áreas do conhecimento – em função da complexidade que o constitui. O recorte delineado para os contornos dessa pesquisa, compreendem o fenômeno da judicialização, para além das garantias e previsões constitucionais, o que o torna um tema de debates de amplo alcance e, ao mesmo tempo, o constitui um tema de abordagem das garantias e direitos sociais.

No campo do direito, as decisões judiciais asseguram o direito aos medicamentos, sobretudo por decisões liminares que obrigam o Estado brasileiro a cumprir os dispositivos legais e constitucionais.

O fenômeno da judicialização está localizado e identificado e se impõe como realidade da gestão pública dos entes federativos. Logo, não há como não o confrontar com os fundamentos de sua origem – direito universal à saúde e aos conhecimentos e procedimentos técnico-científicos capazes de apreendê-lo para processos de adequação aos elementos de custos os quais se vincula.

Na área da Contabilidade, existem procedimentos teórico-metodológicos capazes de orientar práticas de inserção de elementos de custos visando atender ao planejamento, ao orçamento e à gestão de demandas jurídico-legais que se impõem aos investimentos com a área da saúde.

Os dados analisados e descritos por metodologia desta pesquisa estão reunidos nas categorias dimensão indivíduo demandante, dimensão judiciário e

dimensão prescritor/tratamento, as quais, no conjunto das hipóteses propostas e analisados permitem afirmar que:

i) com relação à *dimensão do indivíduo demandante*, o estudo mostrou que houve diferença marginalmente significativa (valor-p = 0,052) entre o número de solicitações advindas entre as clínicas particulares e as públicas e, ainda que não haja consenso na literatura acerca da origem das demandas (se clínicas privadas ou particulares), para os dados desta pesquisa, a maior parte (53,24%) dos requerentes advém de clínicas privadas (hipótese 1), o que sugere que os demandantes são pessoas com acesso à informação e com condições financeiras minimamente estáveis.

Ainda na análise da dimensão indivíduo solicitante, houve diferença significativa (valor-p < 0,001) do número de judicializações entre as faixas etárias (Hipótese 2). A faixa etária dos solicitantes varia e, nesta pesquisa, adultos, não idosos predominam no número de ações judiciais, contemplando 59,71% das solicitações. É importante salientar que os dados apontam judicializações de pessoas na idade de capacidade de trabalho, logo, essa judicialização deve ser pensada também sobre a perspectiva das relações de trabalho, que podem vir a gerar e impacto orçamentário também na previdência.

ii) já no que se refere à dimensão judiciário, no que tange ao tipo de medicamento, os elementos ausentes da RENAME são mais judicializados se comparados às demandas que são presentes em tal lista, corroborando o *background* teórico (Hipótese 3). No entanto, é imprescindível que se destaque o número de medicamentos que deveriam ser ofertados pelo SUS e compõem as solicitações: 40,28% dos processos judiciais contemplam medicamentos da RENAME e tal demanda revela um expressivo no impacto orçamentário.

Ainda na dimensão do judiciário, destaca-se, também, o tempo de judicialização (Hipótese 4). No período de análise (2013-2018), os processos ocorrem em uma média de 17,63 meses. Sob essa ótica, houve diferença significativa (valor-p = 0,024) no tempo do processo (em meses) e RENAME. Portanto, considera-se que a duração média do processo foi menor para medicamentos que constam na RENAME, cabendo destacar que essa

diferença é de 1,14 mês – o que acarreta dizer que a justiça não pondera se o medicamento é ou não, de fato, a melhor opção para o paciente – o juiz apenas compreende que há uma demanda e que esta demanda é urgente e, portanto, delibera.

iii) por sua vez, na dimensão prescritor/tratamento, houve diferença significativa (valores-p = 0,012 e 0,001) no custo dos medicamentos unitários e total entre a variável RENAME (Hipótese 5). O custo total das 988 solicitações do período de 2013 a 2018 foi de R\$ 1.329.088,47, com uma média de R\$ 1.345,23 por medicamento. Os medicamentos solicitados e ausentes da RENAME têm um valor superior aos solicitados e presentes na lista. Assim, dos 376 diferentes medicamentos contemplados no banco de dados, apenas 137 estão presentes na RENAME, o restante das solicitações ou não consta na lista ou é composto por mais de um produto, no qual um ou mais não estão presentes na lista e foram considerados, para fim de cálculos estatísticos, fora do escopo da RENAME (239). Dos 137 medicamentos apurados, neste estudo, e presentes na RENAME, obteve-se uma média de R\$ 86,53 de custo, enquanto os ausentes da lista apresentaram uma média de R\$ 642,30 de custo – muito superior.

No âmbito do conhecimento contábil, esta tese apresenta as contribuições na perspectiva de custos que, até o presente momento, não se encontram discutidas em outras pesquisas sob o mesmo contexto.

No âmbito do direito, possibilita compreender os elementos que formam o fenômeno da judicialização ao mesmo tempo que compõem dados a serem analisados segundo os processos em demanda no âmbito do judiciário. A proposta desta tese ao contribuir com áreas transversais de conhecimentos, no sentido de ratificar e ou adequar conceitos e procedimentos, apresentou um conjunto de dados empíricos que constituem o fenômeno da judicialização no âmbito dos medicamentos.

O estágio atual do desenvolvimento humano e das democracias impõe às instituições liberdade de agirem segundo as necessidades básicas para a qualidade de vida, seja por via administrativa ou por decisões judiciais, sem que com isso se vejam obrigadas a alcançarem os objetivos da gestão com

responsabilidade e abrangências. A evidência de que as políticas públicas não garantem o direito à saúde e de que os entes federativos apresentam lacunas quanto à oferta e à garantia desse direito, é o vigor com que o fenômeno da judicialização se impõe por decisões judiciais.

Esta tese, no conjunto de suas discussões teóricas e mediante um conjunto de dados analisados, permite concluir que o fenômeno da judicialização requer novos investimentos em pesquisas e procedimentos de adequações visando a alternativas de torná-lo em objeto de custeio a integrar o orçamento dos entes públicos.

O fenômeno da judicialização de medicamentos abre um espaço não apenas de diálogo entre diferentes áreas de conhecimentos, mas requer uma integração de conhecimentos para superar o entendimento de que apenas por vias judiciais se garante um direito universal. O diálogo e a integração que se abre como perspectivas da judicialização é o de instituir o direito de construir o direito.

Em análise aos benefícios e às críticas, é preponderante que se pense que a judicialização de medicamentos tem a virtude de garantir o direito à saúde das pessoas que não encontram amparo no âmbito administrativo por meio da imposição ao Poder Público a fim de que se adotem as providências necessárias para a proteção da saúde do demandante, sobretudo nos casos de maior gravidade e urgência.

Por outro lado, a concessão de medicamentos e tratamentos de saúde individualmente pelo Poder Judiciário em inúmeros casos tem o efeito perverso de restringir o planejamento, a execução e a ampliação das políticas públicas de saúde pelo Poder Executivo, o que acaba limitando o alcance coletivo do direito à saúde, na medida em que grande parte dos recursos orçamentários acabam sendo utilizados para solução dos casos individuais e comprometem a melhoria progressiva da cobertura de saúde para toda a população.

Para a área contábil em particular, a partir desta tese depreende-se razões para novos projetos de pesquisa, incluindo estudos sobre a proposição de provisões orçamentárias específicas como recurso a ser adequado no âmbito da judicialização.

Nesse sentido, para além de mapear este fenômeno e da identificação de custos, espera-se que, a partir das contribuições deste estudo, seja possível avaliar, pensar e propor ações que possam ser promovidas pelos entes responsáveis para dar eficiência a essa demanda que se apresenta, inicialmente, como fora do planejamento, de modo a propiciar o desenvolvimento de políticas públicas consistentes e alinhadas ao SUS.

REFERÊNCIAS

AGUSTINI, C. F. C. Os medicamentos excepcionais e as decisões judiciais sobre o seu fornecimento pelo Estado. 2009. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

ALBERTO, M. F. Análise das características da judicialização da saúde no estado de São Paulo. 2012. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Estadual Paulista. Araraquara, 2012.

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BARCELOS, P. C.. Perfil de demandas judiciais de medicamentos da Secretaria de Estado de saúde do Espírito Santo: um estudo exploratório. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 56-69, 2010.

BARROS, R. **Impacto de ações judiciais no SUS**. Entrevista para rádio Web Rádio Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/job/webradio/25348-judicializacao-ministro-da-saude-fala-sobre-impacto-de-acoes-judiciais-no-sus>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n.1, mar./jun. 2011.

BITTENCOURT, G. B.. O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 102-121, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. São Paulo, Saraiva, 2004.

_____. Lei n. 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Institui o Código de Processo Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5869compilada.htm>. Acesso em: 28 out. 2015.

_____. Lei n. 7.347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (VETADO) e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7347Compilada.htm>. Acesso em: 28 out. 2015.

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

BROOKS, Chris. **Introductory econometrics for finance**. Cambridge University Press. 3. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2014.

BURREL, G.; MORGAN, G. **Sociological paradigms and the organisation analysis**. London: Ashgate, 1979.

CAIRO JR., J. **Curso de Direito Processual do Trabalho**. 5ed. rev. ampl. atual. Salvador: JusPodivm, 2012.

CAMPOS NETO, O. H. et al. Doctors, lawyers and pharmaceutical industry o health lawsuits in Minas Gerais, Shoutheastern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, 2012.

CARVALHO, E. R.. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, n. 23, p. 115-126, 2004.

CARVALHO FILHO, J. dos S. **Manual de Direito Administrativo**. 21ed. rev. ampl. atual. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

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, 2010.

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

CINTRA, A. C. A.; GRINOVER, A. P., DINAMARCO, C. R. **Teoria Geral do Processo**. 23ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

COASE, R. The nature of the firm. **Economica**. v. 4, 1937, p. 386-405.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. **Portal da Transparência**. Consulta detalhada de orçamento – área da saúde. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2019>>. Acesso em 18 jul. 2019.

DAVID, G.; ANDRELINO, A.; BEGHIN, N.. **Direito a medicamentos – Avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do sistema único de saúde entre 2008 e 2015**. 2016. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/textos/direito-a-medicamentos-avaliacao-das-despesas-com-medicamentos-no-ambito-federal-do-sistema-unico-de-saude-entre-2008-e-2015/view>>. Acesso em 12 jan. 2017.

DIDIER JR. F. **Curso de Direito Processual Civil: Teoria Geral do Processo e Processo de Conhecimento**. Salvador: JusPodivm, 2007.

_____. **O direito de ação como complexo de situações jurídicas**. Revista de Processo, São Paulo, RT, v. 210, p. 41-56, 2012.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SCHWARTZ, I. V. D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 28, n.3, 2012.

FAGUNDES, J.. **Economia Institucional**: custos de transação e impactos sobre política de defesa da concorrência. 1997. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/grc/pdfs/custos_de_transacao_e_impactos_sobre_politica_de_defesa_da_concorrencia.pdf>. Acesso em 12 jan. 2017.

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

GIACOMONI, J. **Orçamento Público**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, V. S.; AMADOR, T. A. Estudos publicados em periódicos indexados sobre decisões judiciais para acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 3, 2015.

GOMES, F. F. C. et al. Access to medium and high-complexity procedures in the Brazilian Unified National Health System: a matter of judicialization. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 2014.

HEINEMANN, L. et al. Insulin pump risks and benefits: a clinical appraisal of pump safety standards, adverse event reporting, and research needs: a joint statement of the European Association for the Study of Diabetes and the American Diabetes Association Diabetes Technology Working Group. **Diabetes Care**, v. 38, n. 4, 2015.

KUHN, Thomas. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1991.

MACHADO, F. R. S.; DAIN, S. A audiência pública da saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Rev. Adm. Pública [online]**, v. 46, n. 4, 2012.

MACHADO, M. A. A. et al. Judicialization of access to medicines in Minas Gerais state, Southeastern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, 2011.

MARINONI, L. G.; ARENHART, S. C. **Curso de Processo Civil**: processo cautelar. São Paulo: RT, 2008.

_____. **Curso de Processo Civil**: procedimento especiais. São Paulo: RT, 2009.

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

MAZZA, F. F. **Os impasses entre a judicialização da saúde e o processo orçamentário sob a responsabilidade fiscal: uma análise dos fundamentos decisórios do Supremo Tribunal Federal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; SCHWARTZ, I. V. D. A. Tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1079-1088, 2013.

MEDEIROS, D. S. et al. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no sudoeste da Bahia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, 2013.

MEIRELLES, H. L. **Mandado de segurança e ações constitucionais**. 32ed. rev. atual. ampl. São Paulo: Malheiros, 2009.

MERCHANT, K. A. Budgeting and the propensity to create budget slack. **Accounting, Organizations and Society**, v.10 (2), p.201-210, 1985.

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, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde: Estruturas e Competências**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio#58>>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. **O Remédio via Justiça**. Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/AIDS no Brasil por meio de ações judiciais.

_____. **Portal da Saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em 12 jan. 2017.

_____. **Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. **Relatório de Recomendação: bomba de infusão de insulina como adjuvante no tratamento de segunda linha de pacientes com diabetes mellitus tipo 1**. Conselho Nacional de incorporação de Tecnologias no SUS (CONITE). Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_BombaInfusaoInsulina_DiabetesI.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2019.

_____. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/renome/renome_2008_6ed.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

MORAES, A. de. **Direito Constitucional**. 20ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MORAES, M. R. **As relações intergovernamentais na República Federativa da Alemanha**: uma análise econômico-institucional. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

NAFFAH FILHO, M. et al. S-Codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Bepa*, v. 7, n. 84, 2010.

NEVES, D. A. A. **Manual de Direito Processual Civil**. 5ed. rev. atual. São Paulo: Método, 2013.

OLIVEIRA, J. E. P, VENCIO, S. (organizadores). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**. São Paulo: AC Farmacêutica; 2016

Oliveira SLC, Lunardi Filho WD. Aids e diabetes mellitus versus justiça distributiva no sistema público de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(6):750-3

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/declaracao-universal-dos-direitos-humanos/>>. Acesso em: 10 set. 2015.

OSAJIMA, A. A. **Folga orçamentária na Secretaria da Fazenda**. 2011. 64f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

PAIM, L.F. N. A.; BATT, C. R.; SACCANI, G; GUERREIRO, I. C. K. Qual é o custo da prescrição pelo nome de marca na judicialização do acesso aos medicamentos? **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, 2017.

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, 2010.

PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010b.

PEREIRA, H. do V. **Manual de Direito Processual Civil**. Florianópolis: Conceito Editorial, 2007.

PONDÉ, J. L.. **Nova Economia Institucional**. V. 1, 2007. Disponível em: <<http://epge.fgv.br/we/Direito/NovaEconomiaInstitucional/2008?action=AttachFile&do=get&target=nei1.pdf>>. Acesso em 13 jan. 2017.

RONSEIN, Juanna Gabriela. Análise do perfil das solicitações de medicamentos por demanda judicial no Estado de Santa Catarina no período

de 2005 a 2008. Programa de Pós-Graduação em Farmácia. UFSC, 2010.
Disponível em:
<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/93534/284179.pdf?sequence=>>. Acesso em 10 jun. 2016.

ROSA, T. SES/SP compartilha software para organizar demandas judiciais.
Revista do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, ed. 21, 2016.

SALEH, S. M. Fraternidade e direito à saúde: o fornecimento gratuito de medicamentos essenciais para a efetivação material do princípio da dignidade humana. **AmicusCuriae** v. 8, n. 8, 2011.

SANT'ANA, J. M. B. et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 2, 2011.

SANTOS, E. C. B. Judicialização do direito à saúde: acesso ao tratamento de usuários com diabetes mellitus na cidade de Ribeirão Preto e região, de 2003 a 2013. 2014. 107 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SARTORI, Jr. D. et al. Judicialização do acesso ao tratamento de doenças genéticas raras: a doença de Fabry no Rio Grande do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 17, 2012.

SCAPENS, R. W. Never mind the gap: towards an institutional perspective on management accounting practice. **Management Accounting Research**, v. 5, p. 301-321, 1994.

_____, R. W.; ARNOLD, J. **Economics and management accounting research**. In: BROMWICH, M.; HOPWOOD, A. G. (edits.). Research and current issues in management accounting. London: Pitman, 1986.

SECRETARIA DA SAÚDE. Prefeitura da Cidade de Ribeirão Preto. **Prestação de contas da secretaria municipal de saúde**. 2013. Disponível em:
<<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/prest-3-quadrimestre-2013.pdf>>. Acesso em 09 set. 2016.

_____. Prefeitura da Cidade de Ribeirão Preto. **Prestação de contas da secretaria municipal de saúde**. 2014. Disponível em:
<<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/prest-contas-2014.pdf>>. Acesso em 09 set. 2016.

_____. Prefeitura da Cidade de Ribeirão Preto. **Prestação de contas da secretaria municipal de saúde**. 2015. Disponível em:
<<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/prest-3-quadrimestre-2015.pdf>>. Acesso em 09 set. 2016.

_____. Prefeitura da Cidade de Ribeirão Preto. **Prestação de contas da**

secretaria municipal de saúde. 2016. Disponível em:
<<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/prest-contas-2016.pdf>>. Acesso em 08 jul. 2017.

_____. Prefeitura da Cidade de Ribeirão Preto. **Prestação de contas da secretaria municipal de saúde.** 2017. Disponível em:
<<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/prest-contas-2017.pdf>>. Acesso em 23 ago. 2018.

_____. Prefeitura da Cidade de Ribeirão Preto. **Prestação de contas da secretaria municipal de saúde.** 2018. Disponível em:
<<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/prest-contas-2018.pdf>>. Acesso em 04 jun. 2019.

SOLA, G. L.; BONACIM, C. A. G. O processo orçamentário e a tomada de decisão de gestores em um hospital público. **Revista de Contabilidade e Organizações**, São Paulo, v. 25, 2015.

TABOSA, F. L. **Educação em Saúde: contribuições à saúde bucal do binômio mãe-filho.** 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010tabosa-fl.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

TARTUCE, F.; DELLORE, L.; MARIN, M. A. **Manual de Prática Civil.** 3ed. rev. atual. ampl. São Paulo: Método, 2015.

TRAVASSOS, D. V. et al. The judicialization of health care: a case study of three state courts in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 18, 2013.

UETA, J.. **Formulário de avaliação do projeto de pesquisa.** 2016. Disponível em: <<https://drive.google.com/open?id=0B-8AUZ0dByHWU2lmbVBMTXFpQ3M>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

VARGAS-PELÁEZ, C. M. et al. Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines – a scoping study. **Social Science & Medicine**. Boston, v. 121, nov. 2014.

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, 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, abr. 2008.

_____.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007.

WAMBIER, L. R.; ALMEIDA, F. R. C. de; TALAMINI, E. **Curso Avançado de Processo Civil**. 9 ed. rev. atual. ampl. São Paulo: RT, 2007. p. 39-40.

WANG, D.W.L. Courts and health care rationing: the case of the Brazilian Federal Supreme Court. **Health Economics Policy and Law**. v. 8, n. 1, p. 75-93, Jan. 2013.

WILLIAMSON, O. E. **Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications**. New York: New York University, 1983.

_____. **The economic institutions of capitalism: firms, markets, relational contracts**. New York: The Free Press, 1985.

_____. Economies as an Antitrust Defense Revised. In: CALVANI, T. e SIEGFRIED, J. (Org.). **Economic Analysis and Antitrust Law**. Little, Brown and Company, p. 36-49, 1988.

YOSHINAGA, J. Y. Judicialização do direito à saúde: a experiência do Estado de São Paulo na adoção de estratégias judiciais e extrajudiciais para lidar com esta realidade. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE)**, Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 24, dez./jan./fev. 2011. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com/revista/rere-24-dezembro-janeiro-fevereiro-2011-juliana-yumi.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

APÊNDICES

Apêndice 1: Formulário de entrevista com pessoas relacionadas à judicialização

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONTROLADORIA E CONTABILIDADE
DOUTORADO EM CONTROLADORIA E CONTABILIDADE
ACADÊMICA: NATHÁLIA HELENA FERNANDES LAFFIN
ORIENTADOR: CARLOS ALBERTO GRESPAN BONACIM, DR.

ENTREVISTA

1. Nome:

2. Idade:

3. Sexo: () Feminino

() Masculino

4. Ocupação:

5. Relação com o tema de judicialização da saúde:

6. Qual o maior benefício e a maior crítica que você pode fazer sobre a judicialização da saúde?

7. Minha pesquisa apurou que 36% dos medicamentos solicitados judicialmente na região de Ribeirão Preto (SP), nos anos de 2013 a 2015, estão presentes na RENAME. Na sua opinião, por que esse número é tão expressivo?

8. O que você pensa que seja possível fazer para reduzir o número de judicializações na área da saúde pública, mais especificamente na entrega de medicamentos?

Apêndice 2: Entrevista 1

1. Nome **fictício**: Alex

2. Idade: 32 anos

3. Sexo: () Feminino

(x) Masculino

4. Ocupação: Advogado

5. Relação com o tema de judicialização da saúde: Atuação forense e estudos aplicados.

6. Qual o maior benefício e a maior crítica que você pode fazer sobre a judicialização da saúde?

A Judicialização da Saúde consiste no fenômeno da crescente busca do Poder Judiciário pelas pessoas para a concessão de medicamentos e tratamentos não fornecidos ou negados pelo Poder Executivo no âmbito do SUS.

Assim, a Judicialização da Saúde tem a virtude de garantir o direito à saúde das pessoas que não encontram amparo no âmbito administrativo por meio da imposição ao Poder Público para que adote as providências necessárias para a proteção da saúde do demandante, sobretudo nos casos de maior gravidade e urgência.

Por outro lado, a concessão de medicamentos e tratamentos de saúde individualmente pelo Poder Judiciário em inúmeros casos tem o efeito perverso de restringir o planejamento, a execução e a ampliação das políticas públicas de saúde pelo Poder Executivo, o que acaba limitando o alcance coletivo do direito à saúde, na medida em que grande parte dos recursos orçamentários acabam sendo utilizados para solução dos casos individuais e comprometem a melhoria progressiva da cobertura de saúde para toda a população.

7. Minha pesquisa apurou que 36% dos medicamentos solicitados judicialmente na região de Ribeirão Preto (SP), nos anos de 2013 a 2018, estão presentes na RENAME. Na sua opinião, por que esse número é tão expressivo?

A incorporação de novos medicamentos ao SUS obedece às seguintes etapas: 1ª) Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (análise de eficácia e segurança); 2º) Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED (regulação de preço); 3º) Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC (análise de custo-efetividade); Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e/ou Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME (publicidade, padronização e planejamento); 4º) Aquisição dos medicamentos pelos hospitais e postos de saúde.

A Judicialização da Saúde pode decorrer de falhas do sistema em qualquer das referidas etapas. No caso da pesquisa apontando que houve judicialização com relação a 36% dos medicamentos presentes na RENAME em Ribeirão Preto de 2013 a 2018, a falha se encontra na última etapa, relativa à aquisição dos medicamentos pelos hospitais e postos de saúde. Isso significa que os medicamentos foram aprovados pela ANVISA, passaram pela regulação de preços no âmbito da CMED, o CONITEC autorizou sua incorporação, foi publicada na RENAME, mas não foram adquiridos pelo hospital/posto de saúde. Isso pode ocorrer por diversas razões, tais como má gestão, falta de verba, demora para fazer a licitação, gestor corrompido, entre outras causas que acabam impedindo o fornecimento do medicamento na ponta quando solicitado. Nesses casos, a judicialização é plenamente justificável como meio de correção de uma falha do sistema de saúde.

8. O que você pensa que seja possível fazer para reduzir o número de judicializações na área da saúde pública, mais especificamente na entrega de medicamentos?

As principais medidas capazes de reduzir a Judicialização da Saúde e/ou seus impactos orçamentários podem ser as seguintes:

- 1) Aperfeiçoamento administrativo de cada uma das etapas de incorporação de novas tecnologias no SUS: visa garantir a funcionalidade do sistema por meio de providências para o respeito e redução dos prazos de aprovação pelos órgãos competentes e para o aumento contínuo da qualidade das deliberações técnicas, a fim de reduzir questionamentos;
- 2) Estudo da hipótese de licenciamento compulsório (“quebra de patente”) de medicamentos de alto custo: os limites orçamentários do SUS e os altos preços de medicamentos patenteados, muitas vezes, dificultam a incorporação de novos tratamentos, gerando judicialização, que, por sua vez, impede a negociação de preços por conta da determinação judicial, agravando o problema orçamentário. Nesse cenário, a licença compulsória se apresenta como uma alternativa para quebrar esse círculo vicioso e promover o acesso a tratamentos de grande importância para a saúde pública, tal como ocorreu com o Efavirenz para o tratamento do HIV. No entanto, por ser uma medida drástica, deve ser restrita a situações de real gravidade;
- 3) Implantação de núcleos de solução extrajudicial de demandas por medicamentos no âmbito dos entes públicos: cada ente da federação deve aumentar os seus canais de comunicação e atuar proativamente para o diagnóstico de demandas e procedimentos comumente pleiteados judicialmente a fim de solucionar os gargalos de atendimento da rede de saúde, tal como a iniciativa do Núcleo de Apoio Técnico ao Sistema de Justiça – NAT-jus implantado em Joinville/SC, que foi capaz de reduzir em 56% as ações judiciais propostas contra o município e em 72% o custo de gastos com o cumprimento de decisões judiciais em 03 anos de projeto;
- 4) Adoção de um diálogo interinstitucional prévio à propositura de uma ação judicial: os atores envolvidos devem conversar visando à prevenção da Judicialização ou uma Judicialização mais responsável, devendo ser estimuladas iniciativas como a implementada pela Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina, que, antes de ajuizar ação contra o Poder Público, oficia a Secretaria da Saúde do ente público responsável e solicita informações se existe alguma alternativa com a mesma eficácia no SUS e encaminha a resposta ao médico que receitou o medicamento ao paciente para que avalie a solução proposta pelo ente público, somente vindo a ser proposta a ação judicial caso não haja uma solução satisfatória.
- 5) Concepção de um processo judicial estrutural: em caso de necessidade de propositura de ação judicial, a jurisdição deve ser mais dialogal para adotar soluções estruturais, ou seja, em vez de o juiz determinar a concessão de medicamento ou o fornecimento de determinado tratamento ou a construção de leitos de UTI, o juiz chama os gestores municipais, estaduais e federais envolvidos para informar e discutir o problema enfrentado, de modo que uma solução ampla venha dos próprios gestores para resolver o problema numa dimensão macro, não em caráter tópico ou individualizado como se costuma observar. Nesse processo, o Judiciário funciona como órgão de coordenação, articulação e desbloqueio da burocracia, não como um órgão de injunções.
- 6) Processo judicial orientado com apoio técnico: nos casos que demandarem soluções individualizadas, os juízes devem contar com núcleos de apoio especializados para orientar à tomada de decisão, sempre com respeito às decisões técnicas com a valorização da medicina baseada em evidências, de modo que a atuação do Poder Judiciário se restrinja ao controle das falhas do sistema sem desvirtuá-lo com decisões que contrariam as premissas de seu funcionamento;
- 7) Dissipação de incertezas jurídicas por meio da definição de teses em precedentes judiciais vinculantes: o STF e o STJ devem atuar para fixar as teses vinculantes sobre as questões mais prementes envolvendo o direito à saúde, a fim de reduzir a margem de decisões conflitantes de juízes de graus inferiores e uniformizar entendimentos capazes de reduzir as incertezas e, consequentemente, a litigância judicial, tal como foi feito pelo STJ quando aos parâmetros de concessão de medicamentos não incorporados à lista do SUS (STJ, 1ª Seção, REsp 1.657.156-RJ, Rel. Min. Benedito Gonçalves, julgado em 25/04/2018 – recurso repetitivo – Info 625) e pelo STF quanto aos parâmetros para concessão de medicamentos não experimentais sem registro na ANVISA em caso de mora irrazoável no registro sanitário (STF, Plenário, RE 657.718/MG, Rel. Orig. Min. Marco Aurélio, Red. p/ o acórdão Min. Roberto Barroso, julgado em 22/5/2019 – repercussão geral – Info 941).

Apêndice 3: Entrevista 2

1. Nome fictício: Felipe

2. Idade: 65

3. Sexo: () Feminino

(x) Masculino

4. Ocupação:

Médico, Professor do Curso de Medicina, Gestor público

5. Relação com o tema de judicialização da saúde:

Ex Secretário Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis; Ex Diretor de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

6. Qual o maior benefício e a maior crítica que você pode fazer sobre a judicialização da saúde?

Benefício - Acesso a necessidades de saúde não atendidas pelo SUS ou por planos de saúde.

Crítica - Desorganização do processo de planejamento e programação de recursos orçamentários para o desenvolvimento do sistema de saúde como um todo.

7. Minha pesquisa apurou que 36% dos medicamentos solicitados judicialmente na região de Ribeirão Preto (SP), nos anos de 2013 a 2018, estão presentes na RENAME. Na sua opinião, por que esse número é tão expressivo?

O processamento de demandas pela via administrativa não contempla medicamentos já previstas pelo regramento infra-legal (desorganização do processo de assistência farmacêutica), ou não é considerado e/ou valorizado pelos demandantes, que optam pela via judicial como primeira opção para a garantia o direito à saúde.

8. O que você pensa que seja possível fazer para reduzir o número de judicializações na área da saúde pública, mais especificamente na entrega de medicamentos?

A elaboração de “Carta de Serviços” detalhando os produtos e serviços oferecidos em cada esfera de governo pode esclarecer os usuários do SUS sobre seus direitos e aumentar a *compliance* do sistema.

A qualificação da gestão da assistência farmacêutica em cada esfera de governo também é essencial para a ampliação da via administrativa como via preferencial para o atendimento de demandas e o aumento da cobertura assistencial, com redução da judicialização.

Apêndice 4: Entrevista 3

1. Nome fictício: Sandra

2. Idade: 30

3. Sexo: ☒ Feminino

☐ Masculino

4. Ocupação: Assessora jurídica

5. Relação com o tema de judicialização da saúde: Atuação em gabinete de desembargador integrante de Câmara de Direito Público do Tribunal de Justiça de Santa Catarina.

6. Qual o maior benefício e a maior crítica que você pode fazer sobre a judicialização da saúde?

Benefício – acesso dos cidadãos a medicamentos e cirurgias de forma mais eficiente em comparação às listas de espera e burocracias exigidas pelo Poder Público.

Crítica – concessão de medicamentos sem medida, com consequente excessiva e desnecessária oneração do Estado.

7. Minha pesquisa apurou que 36% dos medicamentos solicitados judicialmente na região de Ribeirão Preto (SP), nos anos de 2013 a 2018, estão presentes na RENAME. Na sua opinião, por que esse número é tão expressivo?

Acredito que em alguns casos haja Ignorância por parte da população e até dos advogados acerca dos medicamentos distribuídos pelo SUS. Além disso, não raras vezes a RENAME elenca os medicamentos essenciais, que deveriam ser concedidos pelo SUS, mas na prática o Poder Público não dispõe de tais medicamentos. Outras vezes, o governo apenas disponibiliza o fármaco mediante requisição médica de profissional vinculado ao SUS e, diante da demora para agendamento de consultas, o paciente acaba procurando outros meios de satisfazer seu direito.

8. O que você pensa que seja possível fazer para reduzir o número de judicializações na área da saúde pública, mais especificamente na entrega de medicamentos?

Em primeiro lugar, um simples passo poderia partir do próprio Poder Judiciário. Os magistrados poderiam exigir que o postulante demonstrasse a negativa ou a excessiva demora do poder público em conceder o medicamento requerido, sob pena de extinção do processo por falta de interesse de agir. Em casos análogos, como nas demandas visando a benefícios previdenciários, esta inteligência já é eficientemente adotada. Outra possibilidade seria a facilitação da concessão administrativa, ressaltando-se a necessidade de observância pelo Poder Público da Lei n. 8.080/90, especialmente exigindo-se de cada ente federativo apenas aqueles medicamentos de sua responsabilidade. Tal conduta contribuiria para a observância das dotações orçamentárias de cada ente, sem onerar em demasia pequenas unidades da federação com o pagamento de medicamentos de alta complexidade, de obrigação da União, por exemplo, o que lhes permitiria suprir com total eficiência as necessidades de medicamentos básicos para toda sua população.

Apêndice 5: Entrevista 4

1. Nome fictício: Ivan

2. Idade: 54 anos

3. Sexo: () Feminino

(X) Masculino

4. Ocupação: Médico Reumatologista e Professor do Curso de Medicina. Membro da Comissão de Artrite reumatoide da Sociedade Brasileira de Reumatologia

5. Relação com o tema de judicialização da saúde: Atendo inúmeros pacientes com doenças raras, em que não existam protocolos do Governo para o tratamento ou fornecimento de medicações diante da raridade da doença. Um segundo ponto é lidar com pacientes que falham a todos os tratamentos e necessitam de drogas ainda não inclusas no protocolo. Deve ficar claro que muitas doenças não tem protocolo do governo- PCDT e em outras o protocolo está desatualizado.

6. Qual o maior benefício e a maior crítica que você pode fazer sobre a judicialização da saúde? Benefício é a oportunidade de dar ao paciente na sua individualidade o direito ao acesso ao tratamento quando não existe protocolo ou quando o paciente apresenta falha. A maior crítica é o custo muitas vezes desnecessário por falta de protocolo.

7. Minha pesquisa apurou que 36% dos medicamentos solicitados judicialmente na região de Ribeirão Preto (SP), nos anos de 2013 a 2018, estão presentes na RENAME. Na sua opinião, por que esse número é tão expressivo? Novamente falta da inclusão de medicamentos do RENAME em protocolos desatualizados-PCDT e o uso de medicamentos do RENAME com indicação off label.

8. O que você pensa que seja possível fazer para reduzir o número de judicializações na área da saúde pública, mais especificamente na entrega de medicamentos?

Implantação de Câmaras técnicas das diversas Sociedades de Especialidades Estaduais já constituídas, as quais poderiam ser utilizadas para o auxílio na tomada de decisões junto as farmácias escolas estaduais. Não penso que Juízes tenham competência para tomada de decisões em temas que envolvem doenças graves que determinam mortalidade ou risco irreversível sem o auxílio de câmaras técnicas de apoio.

Apêndice 6: Entrevista 5

1. Nome fictício: Marcio

2. Idade: 57

3. Sexo: () Feminino

(x) Masculino

4. Ocupação: Aposentado.

5. Relação com o tema de judicialização da saúde: Usuário de medicamento por via judicial.

6. Qual o maior benefício e a maior crítica que você pode fazer sobre a judicialização da saúde?

O medicamento poderia perfeitamente ser entregue pelo ente público, pois cumpre todas as exigências legais, (discutíveis pois que o direito constitucional se sobrepõe a toda exigência na preservação da vida). Contudo, por falta de gestão técnica e humanitária, delega-se a intervenção ao judiciário.

Tive a oportunidade de verificar o custo do medicamento e constatei que pela via judicial o medicamento ultrapassa em até 8 vezes o custo de aquisição pelo ente público. Se esta ação não é descaso é no mínimo prevaricação aos princípios da administração pública, o que em si, requer auditoria e análise.

O judiciário, contudo, ponderado e atento aos fundamentos e aos direitos do cidadão, intervém com propriedade e autonomia em face da desqualificação na gestão de recursos para a saúde. O Planejamento com itens de custeio é um excelente instrumento de que pode valer-se o ente público, desde que inclua todos os itens de demandas que se apresentam ao poder público.

7. Minha pesquisa apurou que 36% dos medicamentos solicitados judicialmente na região de Ribeirão Preto (SP), nos anos de 2013 a 2018, estão presentes na RENAME. Na sua opinião, por que esse número é tão expressivo?

A função burocrática do ente público e a ausência de auditoria transparente na condução dos processos de requisição de medicamentos, bem como dos pareceres emitidos, acabam por generalizar o indeferimento. Nestes casos o judiciário se mostra muito mais efetivo do que a qualificação técnica do ente público que aprendeu a indeferir.

8. O que você pensa que seja possível fazer para reduzir o número de judicializações na área da saúde pública, mais especificamente na entrega de medicamentos?

O ente público é signatário constitucionalmente por garantir o direito e as condições de acesso a saúde de todos; se não o faz, é incompetente na gestão dos recursos, logo, o judiciário se constitui como mediador nessas condições. Contudo, se pelos princípios da administração pública fossem verificados todos os procedimentos da gestão, e em caso de prevaricações, consequências previstas legalmente fossem aplicadas, em todos os níveis da gestão, sem dúvida teríamos a otimização dos recursos públicos.

Apêndice 7: Produtos do banco de dados: presentes na RENAME

DESCRIÇÃO DO ITEM
Abatacepte / 250 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca
Acetato De Desmopressina / 0,1 Mg/ML - Solução Nasal - Spray - 2,5 ML / Frasco / Sem Marca
Ácido Acetilsalicílico / 100 Mg / Comprimido / Aas
Ácido Ursodesoxicólico / 150 Mg / Comprimido / Sem Marca
Ácido Valpróico / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca
Adalimumabe / 40 Mg - Solução Injetável - 0,8 ML / Frasco-Ampola / Sem Marca
Alfaepoetina / 4.000 Ui - Solução Injetável - 1 ML / Frasco-Ampola / Sem Marca
Amantadina / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca
Amitriptilina / 25 Mg / Comprimido / Sem Marca
Anlodipino / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca
Atenolol / 25 Mg / Comprimido / Sem Marca
Atorvastatina / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca
Azatioprina / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca
Beclometasona / 400 Mcg/ML / Flaconete / Clenil A
Boceprevir / 200 Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca
Brinzolamida + Maleato De Timolol / 10 Mg/ML + 5 Mg/ML - Suspensão Oftálmica - 5 ML / Frasco / Azorga
Budesonida / 3 Mg / Cápsula / Sem Marca
Bupropiona / 150 Mg / Comprimido / Sem Marca
Bupropiona / 300 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Wellbutrin XL
Carbamazepina / 200 Mg / Comprimido / Sem Marca
Carbamazepina / 400 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Sem Marca
Carbonato De Cálcio / 1.250 Mg / Comprimido Mastigável / Manipulado
Carbonato De Cálcio / 500 Mg / Comprimido / Sem Marca
Carbonato De Lítio / 450 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Sem Marca
Carvedilol / 12,5 Mg / Comprimido / Sem Marca
Carvedilol / 25 Mg / Comprimido / Sem Marca
Ciclosporina / 50 Mg / Cápsula / Sem Marca
Ciprofibrato / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca
Ciproterona / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca
Citalopram / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca
Citrato De Sildenafil / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca
Clomipramina / 25 Mg / Drágea / Sem Marca
Clonazepam / 2 Mg / Comprimido / Sem Marca
Clonazepam / 2,5 Mg/ML - Solução Oral - 20 ML / Frasco / Sem Marca
Clopidogrel / 75 Mg / Comprimido / Sem Marca
Cloreto De Potássio / 600 Mg / Drágea / Slow K
Cloreto De Sódio / 0,9% - Solução Injetável - 500 ML / Frasco / Sem Marca
Cloridrato De Fingolimode / 0,5 Mg / Cápsula Gelatinosa / Gilenya
Danazol / 100 Mg / Cápsula / Sem Marca
Desloratadina / 0,5 Mg/ML - Xarope - 100 ML / Frasco / Sem Marca
Desloratadina / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca

Donepezila / 10 Mg / Comprimido Revestido / Eranz
Donepezila / 10 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Doxazosina / 2 Mg / Comprimido / Sem Marca
Doxazosina / 2 Mg / Comprimido / Sem Marca
Entacapona / 200 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Espironolactona / 25 Mg / Comprimido / Sem Marca
Espironolactona / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca
Estradiol / 0,1 Pcc - Gel - 50 G / Frasco / Estreva
Everolimo / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca
Fludrocortisona / 0,1 Mg / Comprimido / Sem Marca
Folinato De Cálcio / 15 Mg / Comprimido / Sem Marca
Formoterol / 12 Mcg (30 Cápsulas Para Inalação) / Frasco / Sem Marca
Furosemida / 40 Mg / Comprimido / Sem Marca
Gabapentina / 300 Mg / Cápsula / Sem Marca
Glibenclamida / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca
Gliclazida / 30 Mg / Comprimido / Sem Marca
Gliclazida / 60 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Diamicrom Mr
Heparina Sódica / 5.000 Ui - 0,25 MI / Ampola / Sem Marca
Ibuprofeno / 600 Mg / Comprimido / Sem Marca
Imunoglobulina / Humana - 5,0 G - Solução Injetável - 100 MI (50 Mg/MI) / Frasco-Ampola / Sem Marca
Insulina / Humana Nph - 100 Ui/MI - 10 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca
Lactulose / 667 Mg/MI - Xarope - 120 MI / Frasco / Sem Marca
Lamotrigina / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca
Lamotrigina / 200 Mg - Dispersível / Comprimido Mastigável / Sem Marca
Leuprorrelina / 3,75 Mg - Pó Liófilo Injetável / Ampola / Sem Marca
Levodopa + Benserazida / 100 Mg + 25 Mg - Bd / Comprimido / Sem Marca
Levodopa + Benserazida / 200 Mg + 50 Mg / Comprimido / Prolopa
Levodopa + Carbidopa / 250 Mg + 25 Mg / Comprimido / Sem Marca
Lidocaína / 5 % - Emplasto / Unidade / Toperma
Metformina / 500 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Glifage Xr
Micofenolato / Mofetil - 500 Mg / Comprimido / Sem Marca
Micofenolato / Sódico - 360 Mg / Comprimido / Sem Marca
Miglustate / 100 Mg / Cápsula / Sem Marca
Nitrofurantoína / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca
Olanzapina / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca
Omeprazol / 20 Mg / Cápsula / Sem Marca
Paracetamol / 750 Mg / Comprimido / Sem Marca
Pentoxifilina / 400 Mg / Drágea / Sem Marca
Piridostigmina / 60 Mg / Comprimido / Sem Marca
Pramipexol / 0,25 Mg / Comprimido / Sem Marca
Propafenona / 300 Mg / Comprimido / Sem Marca
Propiltiouracila / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca
Quetiapina / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca
Quetiapina / 200 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Sem Marca

Quetiapina / 25 Mg / Comprimido / Sem Marca
Quetiapina / 300 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Sem Marca
Ranitidina / 150 Mg / Comprimido / Sem Marca
Risperidona / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca
Risperidona / 1 Mg/ML - Solução Oral - 30 ML / Frasco / Sem Marca
Risperidona / 25 Mg / Ampola / Sem Marca
Risperidona / 3 Mg / Comprimido / Sem Marca
Rituximabe / 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca
Rituximabe / 500 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca
Rivastigmina / 27Mg/15Cm2 (13,3Mg / 24H) - Adesivos / Unidade / Exelon Patch
Rivastigmina / 9 Mg/5 Cm2 (4,6Mg / 24H) - Adesivos / Unidade / Sem Marca
Somatropina / 12 Ui (4 Mg) - Pó Liofilo Injetável + Solução Diluente - 2 ML / Frasco-Ampola / Sem Marca
Tacrolimo / 1 Mg/G - Pomada Dermatológica - 30 G / Bisnaga / Sem Marca
Tartarato De Metoprolol / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca
Tartarato De Tolterodina / 4 Mg / Cápsula De Liberação Prolongada / Sem Marca
Telaprevir / 375 Mg / Comprimido / Sem Marca
Tocilizumabe / 20 Mg/ML - 4 ML / Frasco-Ampola / Sem Marca
Topiramato / 100 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Topiramato / 25 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Valproato De Sódio + Ácido Valpróico / 300 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Torval Cr
Vitaminas + Minerais / Carbonato De Cálcio 500 Mg + Vitamina D3 400 Ui / Comprimido Revestido / Oscal D
Vitaminas + Outros / Cálcio 100 Mg + Cobre 2 Mg + Extrato De Panax Ginseng 40 Mg + Ferro 10 Mg + Lecitina De Soja 100 Mg + Magnésio 10 Mg + Manganês 2,5 Mg + Selênio 50 Mcg + Vitamina A 2.667 Ui + Vitamina B1 1,4 Mg + Vitamina B2 1,6 Mg + Vitamina B3 18 Mg + Vitamina B6 2 Mg + Vitamina B8 150 Mcg + Vitamina B9 0,10 Mg + Vitamina B12 1 Mcg + Vitamina C 60 Mg + Vitamina D3 200 Ui + Vitamina E 10 Mg + Zinco 1 Mg / Cápsula / Sem Marca
Vitaminas Associadas / Vitamina B1 - 100 Mg + Vitamina B6 - 100 Mg + Vitamina B12 - 5.000 Mcg / Drágea / Citoneurin
Vitaminas Isoladas / Coenzima Q10 - 200 Mg / Cápsula / Manipulado
Vitaminas Isoladas / Vitamina E - 400 Mg / Cápsula Gelatinosa / Emama
Vitamínicos E/Ou Minerais / Vit A 600 Mcg, Vit B1 1,2 Mg, Vit B2 1,3 Mg, Vit B3 16 Mg, Vit B6 1,3 Mg, Vit B9 240 Mcg, Vit B12 2,4 Mcg, Vit C 45 Mg, Vit E 10 Mg, Luteína 10 Mg, Zeaxantina 2 Mg, D.H.A 0,1 G, E.P.A 0,1 G, Cu 900 Mcg, Se 34 Mcg, Mn 2,3 Mg, Zn 7 Mg, Ômega 3 0,3 G / Cápsula / Vitalux Plus Ômega 3 / Alcon
Vitamínicos E/Ou Minerais / Vit C 30Mg, Vit E 4,4Mg, Luteína 3Mg, Zeaxantina 0,25Mg, Zn 2,5Mg, Se 10,0 Mcg / Comprimido / Neovite Lutein / Bausch & Lomb
Fórmula Infantil Especializada / A Base De Proteína Isolada De Soja, Para Lactentes A Partir Do 6º Mês, Isenta De Sacarose E Lactose / Grama (G) / Aptamil Soja 2 / Support
Fórmula Infantil Especializada / Elementar, Não Alergênica, Para Crianças

Acima De 01 Ano, Isenta De Sacarose, Lactose, Galactose, Frutose E Glúten / Grama (G) / Neo Advance / Support
Fórmula Infantil Especializada / Elementar, Não Alergênica, Para Crianças Acima De 01 Ano, Isenta De Sacarose, Lactose, Galactose, Frutose E Glúten / Grama (G) / Neo Advance / Support
Fórmula Infantil Padrão / De Partida, Para Lactentes De 0 A 6 Meses, Isenta De Sacarose / Grama (G) / Aptamil 1 / Support
Frasco Para Nutrição Enteral / 300 MI / Unidade / Sem Marca
Insulina / Asparte - 100 Ui/MI - 10 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca
Insulina / Asparte - 100 Ui/MI - 3 MI - Refil / Unidade / Sem Marca
Insulina / Detemir - 100 Ui/MI - 3 MI - Refil / Unidade / Sem Marca
Insulina / Detemir - 100 Ui/MI - Caneta Descartável / Unidade / Sem Marca
Insulina / Glargina - 100 Ui/MI - 10 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca
Insulina / Glargina - 100 Ui/MI - 3 MI - Refil / Unidade / Sem Marca
Insulina / Glargina - 100 Ui/MI - Caneta Descartável / Unidade / Sem Marca
Insulina / Glulisina - 100 Ui/MI - 10 MI / Frasco / Sem Marca
Insulina / Glulisina - 100 Ui/MI - 3 MI - Refil / Unidade / Sem Marca
Insulina / Glulisina - 100 Ui/MI - Caneta Descartável / Unidade / Sem Marca
Insulina / Lispro - 100 Ui/MI - 10 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca
Insulina / Lispro - 100 Ui/MI - 3 MI - Refil / Unidade / Sem Marca
Suplemento Adulto Especializado / Para Cicatrização De Feridas, Normocalórico, Hiperprotéico, Isento De Glúten / Mililitro (MI) / Cubitan / Support
Suplemento Adulto Padrão / Hipercalórico, Normoprotéico, Isento De Lactose E Glúten / Mililitro (MI) / Ensure Plus / Abbott
Suplemento Adulto Padrão / Hipercalórico, Ultraproteico, Isento De Lactose E Glúten / Grama (G) / Nutridrink Max / Support
Suplemento Adulto Padrão / Lácteo, Rico Em Proteínas, Vitaminas E Minerais / Grama (G) / Sem Marca
Suplemento Adulto Padrão / Normocalórico, Ultraprotéico, Enriquecido Com Cálcio E E Vitamina D, Com Fibras, Sabor Neutro, Isento De Sacarose, Lactose E Glúten / Grama (G) / Sem Marca
Suplemento Infantil Padrão / Hipercalórico, Normoprotéico, Para Crianças A Partir De 1 Ano, Com Fibras, Isento De Lactose E Glúten / Mililitro (MI) / Sem Marca
Suplemento Infantil Padrão / Lácteo, Rico Em Proteínas, Vitaminas E Minerais / Grama (G) / Sem Marca

Apêndice 8: Produtos do banco de dados: ausentes na RENAME

DESCRIÇÃO DO ITEM
Abiraterone / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca
Acarbose / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca
Ácido Tióctico / 600 Mg / Comprimido Revestido / Thioctacid
Ácido Zoledrônico / 4 Mg/5 MI - Solução Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca
Ácido Zoledrônico / 5 Mg/100 MI / Frasco-Ampola / Aclasta
Ácidos Graxos Insaturados + Trigliceris De Cadeia Média + Vitamina A + Alfa-Tocoferol / Solução Transparente E Hidratante - 200 MI / Frasco / Sem Marca
Aflibercepte / 40 Mg/MI - Solução Injetável - 0,278 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca
Agomelatina / 25 Mg / Comprimido / Sem Marca
Alentuzumabe / 10 Mg/MI - Solução Injetável - 1,2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca
Alfacoriogonadotropina / 250 Mcg/0,5MI - 0,5 MI / Seringa Preenchida / Ovidrel
Alfatirotropina / 1,1 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca
Alprazolam / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca
Aminaftona / 75 Mg / Comprimido / Sem Marca
Amissulprida / 200 Mg / Comprimido / Socian
Apixabana / 5 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Aripiprazol / 15 Mg / Comprimido / Sem Marca
Aspartato De Arginina / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca
Aspartato De Ornitina / 5 G - 0,6 G/G / Sache / Sem Marca
Baclofeno / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca
Belimumabe / 120 Mg - Pó Liófilo Injetável - 1,5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca
Besilato De Levanlodipino / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca
Betaistina / 24 Mg / Comprimido / Sem Marca
Bevacizumabe / 25Mg/MI - Solução Injetável - 16 MI (400 Mg) / Ampola / Sem Marca
Bicalutamida / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca
Bisacodil / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca
Bisoprolol / 2,5 Mg / Comprimido / Concor
Bortezomibe / 3,5 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca
Brentuximabe Vedotina / 50 Mg - Pó Liófilo Injetável - 10 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca
Bromazepam / 6 Mg / Comprimido / Lexotan
Brometo De Pinavério / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca
Brometo De Propantelina / 2,5 % - Solução Oral / Mililitro (MI) / Manipulado
Buspirona / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca
Carboplatina / 50 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca
Carboximetilcelulose Sódica (Carmelose) / 5 Mg/MI - Solução Oftálmica - 15 MI / Frasco / Sem Marca
Celecoxibe / 200 Mg / Cápsula / Sem Marca
Cetotifeno / 0,2 Mg/MI - 100 MI - Xarope / Frasco / Sem Marca
Cetuximabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável Com 20 MI - 100 Mg / Frasco-Ampola

/ Erbitux
Ciclesonida / 50 Mcg/Dose - Suspensão Nasal - 120 Doses / Frasco / Sem Marca
Ciclobenzaprina / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca
Cilostazol / 100 Mg / Comprimido / Cebralat
Cilostazol / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca
Citalopram / 40 Mg / Comprimido / Sem Marca
Cloridrato De Cinacalcete / 30 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Cloridrato De Duloxetina / 30 Mg - Cápsula Gelatinosa Dura Com Microgrânulos De Liberação Retardada / Cápsula / Sem Marca
Cloridrato De Duloxetina / 60 Mg - Cápsula Gelatinosa Dura Com Microgrânulos De Liberação Retardada / Cápsula / Sem Marca
Cloridrato De Erlotinibe / 150 Mg / Comprimido / Sem Marca
Cloridrato De Ivabradina / 5 Mg / Comprimido Revestido / Procoralan
Cloridrato De Ivabradina / 7,5 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Cloridrato De Pazopanibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Cloridrato De Prasugrel / 10 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Cloridrato De Tansulosina + Dutasterida / 0,4 Mg + 0,5 Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca
Cloridrato De Trazodona / 150 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Donaren Retard
Cloridrato De Trazodona / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca
Cloxacolam / 4 Mg / Comprimido / Sem Marca
Colágeno Hidrolisado / Sachê / Grama (G) / Manipulado
Daclatasvir / 60 Mg / Cápsula / Sem Marca
Dapagliflozina / 10 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Denosumabe / 60 Mg - Solução Injetável - 1 MI / Seringa Preenchida / Sem Marca
Dexpantenol / 50 Mg/G - Pomada - 30 G / Bisnaga / Sem Marca
Diacereina / 50 Mg / Cápsula / Sem Marca
Dienogeste / 2 Mg / Comprimido Revestido / Allurene
Diidroergocristina / 6 Mg / Cápsula / Sem Marca
Diltiazem / 120 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Sem Marca
Diltiazem / 180 Mg / Comprimido / Sem Marca
Dimesilato De Lisdexanfetamina / 30 Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca
Dimesilato De Lisdexanfetamina / 50 Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca
Dimesilato De Lisdexanfetamina / 70 Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca
Ditosilato De Lapatinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca
Divalproato De Sódio / 250 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Sem Marca
Divalproato De Sódio / 500 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Depakote Er
Domperidona / 1 Mg/MI - Suspensão - 100 MI / Frasco / Sem Marca
Domperidona / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca
Domperidona / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca
Dutasterida / 0,5 Mg / Cápsula / Sem Marca
Enoxaparina Sódica / 40 Mg - 0,4 MI - Subcutânea / Seringa Preenchida / Clexane
Enoxaparina Sódica / 40 Mg - 0,4 MI - Subcutânea / Seringa Preenchida / Sem

Marca
Enoxaparina Sódica / 40 Mg - 0,4 MI - Subcutânea / Seringa Preenchida / Sem Marca
Enoxaparina Sódica / 40 Mg - 0,4 MI - Subcutânea / Seringa Preenchida / Sem Marca
Enoxaparina Sódica / 40 Mg - 0,4 MI - Subcutânea / Seringa Preenchida / Sem Marca
Enoxaparina Sódica / 40 Mg - 0,4 MI - Subcutânea / Seringa Preenchida / Sem Marca
Enoxaparina Sódica / 40 Mg - 0,4 MI - Subcutânea / Seringa Preenchida / Sem Marca
Enoxaparina Sódica / 40 Mg - 0,4 MI - Subcutânea / Seringa Preenchida / Sem Marca
Enoxaparina Sódica / 60 Mg - 0,6 MI - Subcutânea / Seringa Preenchida / Sem Marca
Enoxaparina Sódica / 80 Mg - 0,8 MI - Subcutânea / Seringa Preenchida / Sem Marca
Escitalopram / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca
Escitalopram / 15 Mg / Comprimido / Sem Marca
Escitalopram / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca
Esomeprazol Magnésio / 40 Mg / Comprimido / Sem Marca
Etanercepte / 50 Mg - Solução Injetável - 1,0 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca
Etexilato De Dabigatrana / 110 Mg / Cápsula / Sem Marca
Etexilato De Dabigatrana / 150 Mg / Cápsula / Sem Marca
Etexilato De Dabigatrana / 75 Mg / Cápsula / Sem Marca
Exemestano / 25 Mg / Comprimido / Sem Marca
Exenatida / 250 Mcg/MI - 2,4 MI - 60 Doses (10 Mcg/Dose) / Seringa Preenchida / Byetta
Famotidina / 40 Mg / Comprimido / Sem Marca
Fampridina / 10 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Sem Marca
Fenoximetilpenicilina / 500.000 Ui / Comprimido / Pen Ve Oral
Flurazepam / 30 Mg / Comprimido Revestido / Dalmadorm
Flutamida / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca
Fluticasona / 250 Mcg - Spray Oral - 60 Doses / Frasco / Sem Marca
Fluticasona / 27,5 Mcg/Dose - Spray Nasal - 9,1 MI - 120 Doses / Frasco / Avamys
Fluvoxamina / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca
Fosfato De Sitagliptina / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca
Fosfomicina Trometamol / 3 G - Granulado / Sache / Sem Marca
Frutas / Diversas / Unidade / Sem Marca
Fulvestranto / 250 Mg/5 MI / Seringa Preenchida / Sem Marca
Gefitinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca
Ginkgo Biloba / 120 Mg / Comprimido Revestido / Equitam
Glicosamina / 1500 Mg - Pó Para Solução Oral / Sache / Sem Marca
Glimepirida / 2 Mg / Comprimido / Sem Marca
Glimepirida / 4 Mg / Comprimido / Sem Marca
Glucagon / 1 Ui/Mg - Pó Liófilo Injetável + Diluente (1 MI) / Frasco-Ampola / Sem Marca

Hemifumarato De Alisquireno / 300 Mg / Comprimido / Sem Marca
Hialuronato De Sódio / 10 Mg/MI - Solução Injetável - 2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca
Hilano G-F 20 / 8 Mg/MI - 2 MI / Seringa Preenchida / Synvisc
Hilano G-F 20 / 8 Mg/MI - 6 MI / Seringa Preenchida / Synvisc One
Inibidor De C1-Esterase (Derivado De Plasma Humano) / 500 Ui - Pó Liófilo Injetável + Diluente 10 MI / Frasco-Ampola / Berinert
Ipilimumabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável - 40 MI (200 Mg) / Frasco-Ampola / Sem Marca
Lacosamida / 50 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Linagliptina / 5 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Liraglutida / 6 Mg/MI - Caneta Descartável / Unidade / Sem Marca
Loção Hidratante / A.I. - Cremosa, Com Palmidrol - 120 MI / Bisnaga / Sem Marca
Loção Hidratante / Ácidos Graxos Essenciais + Lecitina De Soja + Vitamina A + Vitamina E - 200 MI / Frasco / Dersani
Lubrificante Oftálmico / Solução Oftálmica - 10 MI / Frasco / Systane UI
Luteína + Zeaxantina / 30 Mg + 0,25 Mg / Cápsula / Manipulado
Malato De Sunitinibe / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca
Maleato De Asenapina / 10 Mg / Comprimido Sublingual / Sem Marca
Manidipino / 10 Mg / Comprimido / Manivasc
Manidipino / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca
Mebeverina / 200 Mg / Cápsula / Dustapalin
Memantina / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca
Menotropina / 75 Ui - Pó Liofilizado / Frasco-Ampola / Menopur
Meropeném / 1.000 Mg - Pó Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca
Mesalazina / 1.200 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Sem Marca
Mesalazina / 800 Mg / Comprimido / Mesacol
Metilfenidato / 10 Mg / Cápsula De Liberação Prolongada / Ritalina
Metilfenidato / 10 Mg / Cápsula De Liberação Prolongada / Sem Marca
Metilfenidato / 10 Mg / Comprimido / Ritalina
Metilfenidato / 18 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Concerta
Metilfenidato / 20 Mg / Cápsula De Liberação Prolongada / Ritalina
Metilfenidato / 30 Mg / Cápsula De Liberação Prolongada / Sem Marca
Metilfenidato / 36 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Concerta
Metilfenidato / 40 Mg / Cápsula De Liberação Prolongada / Ritalina
Metilfenidato / 54 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Sem Marca
Mirtazapina / 30 Mg / Comprimido / Sem Marca
Mirtazapina / 45 Mg / Comprimido / Sem Marca
Modafinila / 200 Mg / Comprimido / Sem Marca
Nebivolol / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca
Omalizumabe / 150 Mg - Pó Liófilo Injetável + Solução Diluente - 2 MI / Ampola / Sem Marca
Orlistate / 120 Mg / Cápsula / Sem Marca
Outros / Óleo De Peixe - Ômega 3 - 1000Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca
Oxcarbazepina / 600 Mg / Comprimido / Sem Marca
Oxibutinina / 10 Mg - Liberação Controlada / Comprimido / Sem Marca

Oxibutinina / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca
Oxicodona / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca
Oxicodona / 40 Mg / Comprimido / Sem Marca
Paliperidona / 3 Mg / Cápsula / Sem Marca
Palmitato De Paliperidona / 100 Mg/ML - Suspensão Injetável - 0,75 ML / Seringa Preenchida / Sem Marca
Pantoprazol Sódico / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca
Pantoprazol Sódico / 40 Mg / Comprimido / Sem Marca
Paricalcitol / 5 Mcg/ML - Sol. Inj. - 1 ML / Ampola / Sem Marca
Paroxetina / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca
Paroxetina / 25 Mg / Cápsula De Liberação Prolongada / Paxil Cr
Paroxetina / 30 Mg / Comprimido / Sem Marca
Periciazina / 4% - Solução Oral - 20 ML / Frasco / Sem Marca
Pertuzumabe / 420 Mg/14 ML (30 Mg/ML) - Solução Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca
Pioglitazona / 30 Mg / Comprimido / Stanglit
Pipotiazina / 25 Mg/ML - 4 ML / Frasco-Ampola / Piportil L4
Plerixafor / 20 Mg/ML - Solução Injetável - 1,2 ML / Frasco-Ampola / Sem Marca
Pregabalina / 150 Mg / Cápsula / Sem Marca
Pregabalina / 75 Mg / Cápsula / Sem Marca
Progesterona / 200 Mg / Cápsula Gelatinosa / Utrogestan
Protetor Solar / Fps 30 - Loção Cremosa - 120 G / Frasco / Sem Marca
Protetor Solar / Fps 60 - 120 ML / Frasco / Sem Marca
Rabeprazol / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca
Ranelato De Estrôncio / 2 G / Satche / Sem Marca
Ranibizumabe / 10 Mg/ML - 0,23 ML / Ampola / Sem Marca
Repaglinida / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca
Rivaroxabana / 10 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Rivaroxabana / 15 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Rivaroxabana / 20 Mg / Comprimido Revestido / Xarelto
Rosuvastatina / 10 Mg / Comprimido / Crestor
Sabonete / Em Barra Com Ácido Salicílico E Enxofre - 80G / Unidade / Sem Marca
Saxagliptina / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca
Shampoo / Anti-Quedas, Composto Por Extrato De Serenoa Serrulata, Zinco E Vitaminas - 150 ML / Frasco / Sem Marca
Silybum Marianum (L.) Gaertn (Silimarina) / 100 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Succinato De Desvenlafaxina Monoidratado / 50 Mg / Comprimido De Liberação Lenta / Pristiq
Succinato De Solifenacina / 10 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Succinato De Solifenacina / 5 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Sulpirida / 200 Mg / Comprimido / Equilid
Tadalafila / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca
Talco / Líquido - Emoliente, Protetor, Contra Irritações Cutâneas, Em Geral - 80 G / Bisnaga / Amilia
Tamoxifeno / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca
Tansulosina / 0,4 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca

Temozolomida / 100 Mg / Cápsula / Sem Marca
Teriparatida / 250 Mcg/MI - Solução Injetável - 2,4 MI (Caneta Aplicadora) / Unidade / Fortéo
Testosterona / 250Mg/MI - 4 MI / Ampola / Nebido
Tibolona / 1,25 Mg / Comprimido / Sem Marca
Ticagrelor / 90 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Timomodulina / 80 Mg / Cápsula / Sem Marca
Tioridazina / 50 Mg / Drágea / Melleril
Tosilato De Sorafenibe / 200 Mg / Comprimido / Sem Marca
Tramadol / 100 Mg/MI - Solução Oral / Frasco / Sem Marca
Tramadol / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca
Tranilcipromina / 10 Mg / Drágea / Sem Marca
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Sem Marca
Trastuzumabe Entansina / 100 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Kadcyla
Trimebutina / 200 Mg / Cápsula / Sem Marca
Trimetazidina / 35 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Ustequinumabe / 45 Mg - 0,5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca
Vacina - Extrato De Abelha (Apis Mellifera) - Injetável/Aquosa / Diluição 1:1 - 100 Mcg/MI - 3 MI / Frasco / Sem Marca
Vacina - Extrato De Vespula - Injetável/Aquosa - 6 MI / Diluição 1:1 - 100 Mcg/MI / Frasco / Sem Marca
Vareniclina / 11 Comp De 0,5 Mg + 154 Comp De 1 Mg / Unidade / Sem Marca
Venlafaxina / 150 Mg / Cápsula De Liberação Prolongada / Sem Marca
Venlafaxina / 75 Mg / Cápsula / Sem Marca
Vildagliptina / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca
Voriconazol / 200 Mg / Comprimido / Sem Marca
Zolpidem / 5 Mg / Comprimido Sublingual / Sem Marca
Nitrato De Cerio + Sulfadiazina De Prata / 4 Mg/G + 10 Mg/G - Creme Dermatológico - 120 G / Bisnaga / Dermacerium
Cetoconazol + Betametasona + Neomicina / 20 Mg/G + 0,64 Mg/G + 2,5 Mg/G - 30 G - Pomada Dermatológica / Bisnaga / Novacort
Cloridrato De Metformina + Linagliptina / 850 Mg + 2,5 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Cloridrato De Metformina + Saxagliptina / 1.000 Mg + 2,5 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca
Hidroclorotiazida + Olmesartana / 12,5 Mg + 40 Mg / Comprimido / Sem Marca
Hidroclorotiazida + Telmisartana / 12,5 Mg + 40 Mg / Comprimido / Sem Marca
Hidroclorotiazida + Valsartana / 12,5 Mg + 160 Mg / Comprimido / Sem Marca
Metformina + Vildagliptina / 1.000 Mg + 50 Mg / Cápsula / Sem Marca
Metformina + Vildagliptina / 500 Mg + 50 Mg / Cápsula / Galvus Met
Metformina + Vildagliptina / 850 Mg + 50 Mg / Comprimido / Sem Marca
Colagenase + Cloranfenicol / 0,6 Ui/G + 0,01 G/G - Pomada Dermatológica / Bisnaga / Sem Marca
Diosmina + Vitamina P / 450 Mg + 50 Mg / Comprimido / Daflon
Diosmina + Vitamina P / 900 Mg + 100 Mg / Comprimido Revestido / Daflon
Ezetimiba + Sinvastatina / 10 Mg + 20 Mg / Comprimido / Sem Marca
Fluticasona + Salmeterol / 250 Mcg + 50 Mcg - Pó Inalante - 60 Doses / Frasco

/ Sem Marca
Fosfato De Sitagliptina + Metformina / 50 Mg + 1000 Mg / Comprimido / Janumet
Valsartana + Anlodipino + Hidroclorotiazida / 160 Mg + 10 Mg + 12,5 Mg / Comprimido / Diovan Triplo
Glicosamina + Condroitina / 1,5 G + 1,2 G / Sache / Artico
Glicosamina + Condroitina / 1,5 G + 1,2 G / Sache / Sem Marca
Metionina + Silimarina / 100 Mg + 70 Mg / Comprimido / Sem Marca
Diacereína + Meloxicam + Paracetamol / 50 Mg + 15 Mg + 750 Mg / Cápsula / Manipulado
Diacereína + Famotidina + Meloxicam + Paracetamol / 50 Mg + 10 Mg + 15 Mg + 750 Mg / Cápsula / Manipulado