

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**JUDICIALIZAÇÃO E EQÜIDADE NO TRATAMENTO DA  
HEPATITE C: ESTUDO DE CASO SOBRE O TRATAMENTO  
COM INTERFERONA ALFA EM UM SERVIÇO DE  
REFERÊNCIA DO SUS EM PORTO ALEGRE, RS**

**RENATA SACCO DOS ANJOS**

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Inês Azambuja

Co-orientador: Prof. Dr. Paulo Dornelles Picon

Porto Alegre, Agosto de 2009

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**JUDICIALIZAÇÃO E EQÜIDADE NO TRATAMENTO DA  
HEPATITE C: ESTUDO DE CASO SOBRE O TRATAMENTO  
COM INTERFERONA ALFA EM UM SERVIÇO DE  
REFERÊNCIA DO SUS EM PORTO ALEGRE, RS**

**RENATA SACCO DOS ANJOS**

**Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Inês Azambuja**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.  
2009

## **BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Pedro Eduardo Almeida da Silva  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde  
Universidade Federal de Rio Grande

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Carisi Anne Polanczyk  
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet  
Programa de Pós-Graduação em Direito  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. José Roberto Goldim (Suplente)  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*Todo pasa y todo queda,  
pero lo nuestro es pasar,  
pasar haciendo caminos,  
caminos sobre el mar.*

*Nunca perseguí la gloria,  
ni dejar en la memoria  
de los hombres mi canción;  
yo amo los mundos sutiles,  
ingrávidos y gentiles,  
como pompas de jabón.*

*Me gusta verlos pintarse  
de sol y grana, volar  
bajo el cielo azul, temblar  
súbitamente y quebrarse...*

*Nunca perseguí la gloria.*

*Caminante, son tus huellas  
el camino y nada más;  
caminante, no hay camino,  
se hace camino al andar.*

*Al andar se hace camino  
y al volver la vista atrás  
se ve la senda que nunca  
se ha de volver a pisar.*

(Antonio Machado)

*Nos deram espelhos e vimos um mundo doente.*  
(Renato Russo)

## AGRADECIMENTOS

Esta caminhada começou muito antes de meu ingresso neste Programa de Pós-Graduação, havendo, portanto, muitas razões para agradecer.

Primeiramente, agradeço aos Professores Maria Inês Azambuja e Paulo D. Picon, pela orientação e ensinamentos durante a realização desta pesquisa.

Gostaria de externar, também, meus agradecimentos ao Dr. Eduardo Passos e ao Dr. Carlos Alberto de Souza, pela atenção dispensada na orientação de meus primeiros passos enquanto pesquisadora, bem como à Professora Ceres Oliveira na fase de discussão dos dados.

À Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, especialmente aos meus colegas da Assessoria Jurídica que muito me apoiaram na consecução desse trabalho, em particular ao Sr. Bruno Naundorf, Coordenador da Assessoria Jurídica. Em particular ao Sr. Secretário Estadual da Saúde, Dr. Osmar Terra.

Ao Centro de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis (CAMMI) do Hospital Sanatório Partenon, mormente à Coordenadora do Serviço, Sr<sup>a</sup> Karine Amaral por toda atenção e disponibilidade com que sempre me atendeu. Quisera agradecer aos pacientes que forneceram as informações que serviram de base à pesquisa.

Ao Ministério da Saúde pela criação do Mestrado Profissionalizante em Gestão Tecnológica em Saúde.

A conclusão deste trabalho só foi possível graças ao apoio de meus familiares Rejane, Cyro, Carolina, Laura, Thiago, Rosana, Cesar, Heron, Raquel, Bianca, Giullia, Gisele, Flavio (filho). Ao meu irmão Flávio e à minha irmã Nádia, pela inspiração, acolhida e incentivo em toda fases da minha vida acadêmica.

Aos meus pais, Flavio Pereira dos Anjos (*in memoriam*) e Marlene Sacco dos Anjos, meus referenciais de vida, trabalho e estudo, os quais devo minha formação e caráter.

Aos meus avós, em especial à avó Chiquinha, que infelizmente não está presente para testemunhar a conclusão de mais esta etapa de vida.

Ao Adriano e meus “emprestados” filhos, Eduarda, Felipe e Daniela, à Dona Maria e às S. Derocy, bem como irmãs, cunhados e sobrinhos.

A todos que de uma forma ou de outra, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização dessa modesta obra, rendo minha sincera gratidão!

## SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas .....	6
Resumo .....	7
Abstract.....	8
1. APRESENTAÇÃO .....	10
2. INTRODUÇÃO.....	11
3. REVISÃO DA LITERATURA .....	14
3.1 Um Princípio de Justiça baseado em Igualdade ou em Eqüidade? .....	14
3.2 O Acesso à Saúde.....	19
3.3 A Universalização e o Financiamento do SUS .....	20
3.4 Conceituando a Judicialização .....	23
3.5 A Judicialização da Demanda por Medicamentos .....	27
4. AS HIPÓTESES DE TRABALHO .....	30
5. OBJETIVOS DA PESQUISA .....	31
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	32
7. ARTIGO .....	35
8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
9. ANEXOS .....	59
a. Projeto de Pesquisa .....	60
b. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa .....	74
c. Detalhes metodológicos adicionais .....	79
d. Questionário .....	80

## ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CAMMI	Centro de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis
CF/88	Constituição Federal de 1988
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HSP	Hospital Sanatório Partenon
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
ICA	Interferon Convencional (Interferona Alfa) Administrativo
IPA	Interferon Peguilado (Peginterferona Alfa) Administrativo
IPJ	Interferon Peguilado (Peginterferona Alfa) Judicial
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
POA	Porto Alegre
RM	Região Metropolitana
SE	Socioeconômico
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde

## RESUMO

**Introdução:** Este estudo propõe explorar a relação entre judicialização da saúde e equidade no acesso ao tratamento no SUS.

**Métodos:** Utilizou-se comparação de médias e proporções para avaliar a presença ou não de diferenças socioeconômicas (SE) entre 1) três grupos de pacientes com hepatite C crônica - requerentes de Interferon Convencional pela via administrativa (ICA), requerentes de Interferon Peguilado pela via judicial (IPJ) e demandantes de Interferon Peguilado pela via administrativa (IPA) 2) dos pacientes com a população da região metropolitana de Porto Alegre.

**Resultados:** Entre os grupos, a diferença SE não foi estatisticamente significativa, mas comparados à população, nos três grupos havia maior proporção de pacientes nas classes A e B (mais altas) do que na D e E (mais baixas) da classificação da ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa): no grupo IPJ, 50% das classes A e B e 0% das classes D e E; no IPA, 49,3% das classes A e B e 8,9% das D e E; e no ICA, 44,9% das classes A e B e 6,1% das D e E, enquanto na população como um todo 34,3% estariam nas classes A e B, e, 20,2% nas classes D e E ( $p < 0,001$ ). Diferenças na proporção de pacientes com seguros de saúde privados pertencentes aos três grupos e a população total também foram estatisticamente significativas.

**Conclusões:** Nossos dados permitem inferir que há iniquidade no acesso a tratamento com medicamento de alto custo entre usuários portadores de hepatite C, porém este fato não é explicado por diferença no acesso a diferentes regimes de tratamento no SUS ou mesmo pela judicialização. Os determinantes atuam antes, no acesso diferenciado ao próprio sistema público conforme a inserção sócio-econômico-cultural dos beneficiários.



## ABSTRACT

**Introduction:** This study aimed to explore the relationship between Judicialization of Health and equity in the access of treatment via SUS (Brazilian's Unified Health System).

**Methods:** Means and proportion comparisons were used to evaluate socioeconomic (SE) differences 1) among three groups of patients with chronic Hepatitis C: a) receiving conventional Interferon through an administrative process (ICA), b) receiving Pegylated Interferon through an administrative process (IPA) and c) receiving Pegylated Interferon through a judicial process (IPJ); and 2) between those groups and the whole population of the metropolitan area of Porto Alegre, Brazil.

**Results:** No statistically significant SE differences were found among the patients belonging to each of the three groups, but significant differences were found between each groups and the whole population ( $P < 0,001$ ). While in the whole population 34,3% of the subjects were classified as belonging to classes A and B and 20,2% to classes D and E, in the IPJ group, 50% of the subjects belonged to classes A and B and no one to classes D and E; in the IPA group, 49,3% belonged to classes AB and 8,9% to the DE; and in the ICA group, the proportions were respectively 44,9% AB and 6,1% DE. Proportions covered by private health insurance were also significantly different between the three groups and the population.

**Conclusions:** Considering that hepatitis C is not expected to disproportionately affect the highest SE strata, we may say that there is inequity in the access of patients to treatment in the SUS. This fact, however, is not explained by differences in the type or way of access to the medication, including judicialization. The inequity seems to be previously determined, by differentiated access to specialized care at the public health system, according to socioeconomical and cultural status of the beneficiary.

## APRESENTAÇÃO

O presente estudo emergiu de minhas próprias observações constatadas no desempenho de atividades profissionais como Assessora Jurídica da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Meu ingresso no quadro de servidores, ao final de 2002, coincidiu com um fenômeno que aos meus olhos revelava-se como deveras intrigante, gerando a necessidade de investigação, qual seja, o aumento expressivo de ações judiciais na dispensação de medicamentos e de distintos tratamentos, em meio às diversas contradições que esse fato suscitava.

Os avanços reproduzidos em diferentes setores desta Secretaria da Saúde, materializados na informatização de diversos setores, inclusive da Assessoria Jurídica, a geração de um sistema de bancos de dados e a criação dos Centros de Referência serviram de alento e motivação para a realização de pesquisas ulteriores sobre a matéria.

Em consonância às recomendações da Organização Mundial da Saúde, no que tange à qualificação técnica dos profissionais do Sistema Único de Saúde, surge, em dezembro de 2006, Edital específico para o Mestrado Profissionalizante em Gestão Tecnológica em Saúde. Desta forma, criaram-se as condições ideais para que assim pudesse dar vazão às minhas inquietações profissionais, transformando-as em objeto da pesquisa acadêmica.

O trabalho aqui realizado representa o corolário de um processo iniciado há dois anos e que espero ser de utilidade, não apenas para a comunidade acadêmica, mas inclusive como instrumento de aperfeiçoamento das políticas públicas nesse plano.

## 2. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (doravante CF/88) consolidou as bases para o surgimento de um novo modelo de Saúde Pública no cenário brasileiro. O então denominado Sistema Único de Saúde (SUS), este novo marco institucional, nasce calcado nos princípios basilares da universalidade do acesso à saúde e da igualdade de tratamento a todos os seus usuários.

Estes princípios traduzem a idéia de que os serviços e as ações em saúde abrangerão a todos indivíduos indistintamente, de forma igualitária e articulada com outros instrumentos de intervenção estatal neste âmbito.

Paralelamente às dificuldades enfrentadas pelos gestores de saúde, e de posse de todo o arcabouço jurídico advindo da CF/88 e demais leis e Portarias, advogados, promotores e defensores públicos desencadearam um número expressivo de ações judiciais objetivando a dispensação de medicamentos e outros tratamentos.

Ora, a CF/88, ao elencar o direito à saúde em seus artigos 6º, 196 e 200, não equacionou as questões referentes aos recursos financeiros que deveriam lastrear a efetividade do acesso à saúde, conforme os princípios que estabelece.

Diante de tamanha complexidade do quadro que impera no âmbito da assistência farmacêutica, assistimos ao fenômeno aqui denominado de “judicialização” da demanda farmacêutica (SARTÓRIO, 2004; VIANNA, 1999), onde o acesso às políticas públicas não mais é estabelecido por gestores de saúde, mas sob o império da atuação da magistratura, a qual, por intermédio de liminares em ações judiciais, visa assegurar um direito individual que, em última instância, deveria ser universal, tal como estabelece a Constituição.

Muito embora exista a previsão constitucional de acesso igualitário à saúde, tal acesso operacionalizar-se-á conforme a equação de outros fatores tantos como a renda, condições de trabalho, comportamentos individuais, determinantes culturais, demográficos e geográficos e outros. Com base nisto, vários autores têm-se debruçado sobre o tema ‘justiça e equidade’ no acesso a saúde, trazendo a questão sob o ponto de vista da necessidade do usuário (STARFIELD, 2001; TRAVASSOS, 1997).

Sob esse enfoque, o debate acerca da equidade em saúde está direcionado à limitação de recursos e a forma mais justa e adequada de distribuí-los. Uma situação que bem expressa este quadro é a dispensação do medicamento Interferon Peguilado (Peginterferona Alfa), cujo valor excessivo de aquisição tem consumido uma importante fatia do orçamento público em Saúde.

De acordo com PEREIRA e outros (2007), em recente estudo sobre demandas judiciais por medicamentos no Estado de Santa Catarina:

O custo mensal por paciente para a Secretaria de Estado de Saúde, no ano de 2004, utilizando o interferon peguilado associado a ribavirina era de R\$ 4.025,44, em contraposição ao custo de R\$ 123,12 do tratamento com o interferon convencional associado a ribavirina.

Conforme dados obtidos do Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas da União (TC 005.010/2004-2 Acórdão 1.673/2004 - Plenário, em 27/10/2004, Ata 40/2004-P, p. 58), mediante pesquisa realizada em seis Estados Federativos (BA, GO, PA, PR, RJ, SP), em 2002 houve uma média de 1 a 2 ações judiciais por dia em solicitações de medicamentos excepcionais. Já em 2004 esse número cresceu para quatro a cinco, sendo que o mais peticionado, à época, foi justamente o Interferon Peguilado (peginterferona).

A importância de se pesquisar e conhecer melhor a demanda de tal medicamento reside no fato de que, entre os anos de 2001 e 2003, este foi o fármaco mais requerido judicialmente dentre aqueles apontados como Excepcionais e que representa um alto custo financeiro para os cofres públicos.

Com o intuito de otimizar o tratamento e prover a atenção farmacêutica aos usuários, no Estado do Rio Grande do Sul, foi criado, em 2003, o Centro de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis (doravante CAMMI), cujo funcionamento encontra-se junto a sede do Hospital Sanatório Partenon, que atende os usuários residentes em Porto Alegre e Região Metropolitana (PICON, AMARAL e REIS, 2006)

O CAMMI é um centro de atenção sob a Coordenação da Política e Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde, que tem por objetivo realizar a atenção farmacêutica aos usuários através do cadastramento e aplicações das doses pertinentes a cada usuário do medicamento Interferon Convencional (Interferona Alfa) e do Interferon Peguilado (Peginterferona Alfa). A resposta ao

tratamento é avaliada após transcorridas 12 (doze) semanas de aplicação, quando são feitos exames no intuito de verificar se os índices de carga viral estão efetivamente diminuindo. Com esse procedimento, é possível evitar que o uso da medicação seja feito de forma desnecessária, quando o organismo do usuário não responde ao tratamento<sup>1</sup>.

Desde a suspeita diagnóstica à confirmação da necessidade de tratar até a efetiva obtenção do tratamento, vários passos são necessários: exames, juntada de documentação e abertura de processo junto à Secretaria Estadual da Saúde com a referida solicitação de tratamento. Nosso interesse foi avaliar se o SUS está sendo equânime na distribuição do medicamento Interferon em suas duas apresentações (Peginterferona Alfa e Interferona Alfa) e se há diferenças, do ponto de vista sócio-econômico e cultural, entre os grupos de pacientes que obtém o referido tratamento pelas vias administrativa e judicial. Aquele que requer a medicação mais dispendiosa (Peginterferona Alfa), em detrimento da menos custosa (Interferona Alfa), é de fato identificado com os demais pacientes sob o ponto de vista do patamar sócio-econômico-cultural? Há diferenças entre os grupos: os que pleiteiam pela via administrativa e pela via judicial do ponto de vista sócio-econômico e cultural? A via de acesso (administrativa ou judicial) influi na equidade?

Estas grandes questões orientaram a realização da pesquisa, de cuja aproximação com a realidade concreta poderá advir um conhecimento aprofundado sobre a natureza da demanda, seja ela administrativa ou judicial. De posse dessas informações torna-se possível viabilizar ao gestor de saúde um melhor planejamento e avaliação das estratégias adotadas, equacionando-as de acordo com os princípios basilares que instituíram o Sistema Único de Saúde brasileiro.

---

<sup>1</sup> Este desenvolvimento estratégico possibilitou a criação de um serviço valorizado pelos pacientes e que representou em uma importante economia à Secretaria Estadual de Saúde e propiciou a formação de um valioso banco de dados desde setembro de 2003. Junto ao CAMMI, são atendidos, em média, quatrocentos e cinquenta usuários por mês, sendo que, dentre estes, trezentos e cinquenta são usuários do medicamento Interferon Peguilado (Peginterferona Alfa) e cerca de cem do Interferon na forma Convencional (Interferona Alfa).

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura, como mencionado anteriormente, responde aos interrogantes formulados no problema de pesquisa, versando sobre os aspectos ético-morais que permeiam as relações entre Estado e sociedade no que tange ao tema da dispensação de medicamentos de alto custo para a população. Destarte, visa refletir sobre a necessidade de compatibilização dos princípios básicos que regem o enfoque da universalização dos direitos e de políticas sociais com o esforço por otimizar o uso dos recursos públicos, evitando os desperdícios e efetivamente atender aos setores da população mais fragilizados economicamente. Para isso, torna-se imperativo examinar alguns aspectos de interesse para o argumento da dissertação.

#### 3.1. Um Princípio de Justiça baseado em Igualdade ou em Equidade?

O Princípio da Justiça, no pensamento de Aristóteles, traduz-se na idéia de igualdade, no sentido de dar a cada um o que é seu. No entanto, este conceito parte da premissa de que todos estejam numa posição deliberadamente igual na sociedade, não distinguindo as condições contrastantes em que o indivíduo é inserido (SILVA, 1993). Contudo os valores de justiça são inerentes ao ser humano, tratando-se de uma necessidade a ser perseguida como ideal, sendo que não há como fechar os olhos para as desigualdades existentes em nosso contexto social.

Vale, portanto, lembrar KAMM (2002, p. 686) quando afirma não ser certo fornecer saúde de forma igual a todas as pessoas:

Some think that providing equal health or health expectations for all persons is a requirement of fairness. This might be denied for several reasons. The first is that if the only way to produce equality of health between people were to reduce the health of some without improving that of anyone, then (all other things equal) this would be morally wrong. (This is known as the “leveling down” objection to equality). The second reason is that it may be morally most important to raise the health of the worst-off people, even if the route to doing this required us to introduce inequality.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Alguns pensam que fornecer saúde forma igual ou expectativas de saúde a todas as pessoas é um requisito de justiça. Isto pode ser negado por diversas razões. A primeira é que se a única maneira de se produzir igualdade em saúde entre as pessoas seria reduzi-la em relação a outras, não oferecendo-lhes nenhuma melhoria, mas (com todos os demais fatores em igualdade) isto seria errado moralmente. (Isto é conhecido como nivelamento por baixo – uma objeção à igualdade). A segunda

Esta leitura nos leva a questionar: fornecer saúde de forma igual é justo? Ora, o Sistema Único de Saúde foi preconizado e alicerçado sobre os pilares da igualdade e da universalização do acesso. No entanto, como distribuir de forma justa tais benefícios, em um país marcado por tantas desigualdades sociais?

O simples fato de haver previsão constitucional para o acesso igualitário à saúde não implica em garantia de que todos os indivíduos serão atendidos indistintamente, tornando a saúde de todos uma realidade fática. Frente à dificuldade de operacionalização do SUS, na forma com que foi concebido, vários autores tem se dedicado a debater o assunto, deslocando o foco do princípio da igualdade para o princípio da equidade (MEDEIROS, 1999; TRAVASSOS, 2000, 2006; OCKÉ-REIS, 2009).

Muito embora tais princípios sejam de difícil conceituação, vale dizer que, diferentemente da igualdade onde todos recebem os mesmos recursos indistintamente, a equidade reconhece as diferenças existentes entre estes e preceitua um tratamento diferenciado na alocação de recursos, no intuito de favorecer a ascensão de indivíduos menos privilegiados a um patamar de melhor saúde, reduzindo, assim, as desigualdades existentes.

Neste sentido, torna-se didático citar a definição realizada por Starfield (2001, apud VIANA e outros, 2003, p. 60), quando discute o conceito adotado por Whitehead, fazendo uma distinção operativa entre equidade horizontal e equidade vertical:

Equidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical).

A equidade horizontal encontra ressonância com o princípio da igualdade, tratamento igual para os iguais, já a equidade vertical prediz um tratamento diferenciado, uma discriminação positiva, levando em consideração que tratamentos iguais podem gerar ainda mais desigualdade.

---

razão, é que pode ser mais relevante moralmente elevar a saúde das pessoas que estão em piores condições, ainda que o caminho para tanto seja introduzir desigualdade (livre tradução dos autores desta dissertação).

Diante desse cenário, surge a contribuição de Rawls (2002), com a sua Teoria da Justiça, defendendo a idéia de que indivíduos mais pobres necessitam de mais recursos públicos do que os mais ricos e que todos devem ter iguais chances na vida, independentemente de sua posição social anterior. Vejamos algumas passagens do autor:

[...] podemos dizer que aqueles com habilidades e talentos semelhantes devem ter chances semelhantes na vida. Mais especificamente, supondo que haja uma distribuição de dotes naturais, aqueles que estão no mesmo nível de talento e habilidade, e têm a mesma disposição para utilizá-los, devem ter as mesmas perspectivas de sucesso, independentemente de seu lugar inicial no sistema social. [...] As expectativas daqueles com as mesmas habilidades e aspirações não devem ser afetadas por sua classe social (RAWLS, 2002, p. 77).

Nesse mesmo condão, em relação à distribuição de recursos:

A idéia intuitiva é de que a ordem social não deve estabelecer e assegurar perspectivas mais atraentes dos que estão em melhores condições a não ser que, fazendo isso, traga também vantagens para os menos afortunados (RAWLS, 2002, p. 80).

Desta forma, uma justiça distributiva, acarretará em igualdade de oportunidades. Nesse aspecto, parece haver equivalência ao pensamento de Frances Kamm, sendo que esta autora afirma categoricamente que a desigualdade de riquezas sempre gera desigualdade em saúde e tal desequilíbrio terá seus reflexos noutras áreas. Portanto haveria, sim, autorização para interferir diretamente em políticas que facilitem o equilíbrio de oportunidades para com todos os cidadãos pertencentes a uma determinada sociedade.

Por outro lado, Noronha (2002, p.9) aponta que nem sempre desigualdade em saúde advém de fatores socioeconômicos, mas também de aspectos relacionados às preferências individuais e de elementos exógenos. Como preferência individual, a autora exemplifica demonstrando que dois indivíduos de um mesmo padrão socioeconômico, podem realizar escolhas diferentes como fumar ou não fumar. Há fatores que independem de hábitos e nível sócio-econômico, tais como idade e condição genética. A autora compara uma pessoa de 60 anos de idade com outra de 25 anos e afirma ser razoável que o indivíduo mais jovem tenha melhores condições de saúde que o de 60, mas muitas condições alteram esta regra.

No entanto, exceto fatores biológicos, entendemos que não há como dissociar escolhas individuais e demais fatores exógenos dos fatores sócio-econômicos. O



acesso à informação, a cultura e o contexto em que estamos inseridos pautam as nossas escolhas. A prevalência de fumo é maior nas classes mais altas que nas classes mais baixas? Quem estaria mais exposto a acidentes, por exemplo? Quem detém a informação sobre como prevenir acidentes não acaba se expondo menos? Por outro lado, em relação à idade, dados estatísticos revelam que a população está envelhecendo, sendo que a expectativa de vida com qualidade já é uma realidade (RAMOS, 2003, p. 794).

Portanto, entendemos ser possível que um indivíduo de 60 anos, e que tenha um status social elevado, tenha melhor saúde que um jovem residente na periferia de um centro urbano, em que pese a diferença de idade entre ambos.

Diante de tais questionamentos, parece apropriada a diferenciação realizada por Whitehead (1991, apud VIANA e outros, 2003, p.59) quanto às desigualdades, classificadas como justas e injustas. Segundo esse estudo,

- a) o que não define as desigualdades como injustas:
  - variações biológicas naturais;
  - comportamentos perigosos que são escolhas dos indivíduos;
  - vantagens temporárias de um grupo, como saúde, as quais podem ser incorporadas rapidamente por outros grupos;
- b) o que define as desigualdades como injustas:
  - comportamentos perigosos nos quais os indivíduos têm pouca escolha em relação ao modo de vida;
  - condições de vida definidas por fatores socioeconômicos;
  - condições de trabalho – exposição a fatores de risco;
  - inadequado acesso aos serviços de saúde ou outros serviços públicos essenciais.

Se é verdade que fatores socioeconômicos interferem na saúde, a saúde também interfere na lógica das desigualdades, uma vez que indivíduos mais saudáveis são justamente os mais produtivos e, por conseguinte, os que dispõem de maior chance de auferir renda. Assim, mais uma vez, aqueles desfavorecidos por condição socioeconômica, terão menores oportunidades de trabalho e de ascensão, por conta de uma saúde precária.

É claro que as desigualdades sociais não marcam tão somente o cenário brasileiro, mas também constituem uma preocupação para os gestores da saúde de outros países:

[...] as desigualdades em saúde são percebidas e têm-se tornado objeto de atenção nos mais diferentes modelos de sistemas de saúde, nos países mais desenvolvidos e nos mais pobres e em regimes políticos e sociais

variados. É bem verdade que o grau de desigualdade, seus determinantes e efeitos diferem entre as sociedades e internamente nos próprios países. (VIANA e outros, 2003, p.59)

O Estudo realizado Ocké-Reis (2009, p.14), compara o desempenho de alguns países pertencentes à OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico - órgão internacional que agrupa os países mais industrializados) do ponto de vista dos indicadores socioeconômicos e assistência à saúde. Valendo-se do Índice de Gini<sup>3</sup>, o autor demonstra o péssimo desempenho do Brasil no que tange às condições de saúde, sendo que, em comparação a diferentes países da América Latina e de outros continentes, é o segundo país com os piores índices mundiais. Esse dado é por deveras alarmante.

Por outro lado, no estudo realizado por Noronha (2002, p.10 e p. 28) quanto às desigualdades em saúde no Brasil, restou demonstrado que as diferenças sociais favorecem os grupos de alta renda no que tange o acesso à saúde, sendo que o Distrito Federal, o Rio Grande do Sul e Minas Gerais são os Estados que apresentaram maior desigualdade em favor dos mais ricos.

Registre-se que não há muitos trabalhos científicos que avaliam o impacto da implementação do SUS sobre a equidade no acesso (TRAVASSOS, 2000), mormente no que tange medicamentos de alto custo, como é o caso do interferon (Peginterferona Alfa e Interferona Alfa) . Torna-se imperativo incorporar essa forma de abordagem, tal como apontam alguns trabalhos que indicam haver uma relação direta entre classe social, nível sócio-econômico e acesso à saúde, como demonstra recente estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde sobre Equidade em Saúde reforça esse entendimento:

These differences in health occur along a number of axes of social stratification including socioeconomic, political, and cultural. [...]. With few exceptions, the evidence shows that the lower an individual's socioeconomic position the worse their health. There is a social gradient in health that runs from top to bottom of the socioeconomic spectrum.<sup>4</sup>

Cumprir trazer à reflexão o fato de que o acesso à saúde experimenta ainda uma importante interferência de outro fator, qual seja, o das demandas judiciais. Todavia, cabe ressaltar que o acesso ao Judiciário também sofre influências

<sup>3</sup> O Índice de Gini foi utilizado no sentido de medir o grau de concentração no acesso à saúde.

<sup>4</sup> Em última análise, consideram que:

[...] Com raras exceções, as evidências demonstram que, quanto mais baixa a posição socioeconômica de um indivíduo, pior a sua saúde. Há um fator social na saúde que está presente do topo à base do espectro socioeconômico. (livre tradução dos autores dessa dissertação). p 10.

decorrentes do cenário de desigualdades sociais que impera no país. Citemos, portanto, as ponderações do Professor Ingo Sarlet e Mariana Figueiredo (2008, p 25):

De outra parte, merece destaque a dúvida, cada vez mais freqüente na doutrina, acerca da real efetividade das decisões judiciais que asseguram prestações materiais relacionadas ao direito à saúde, perquirindo-se até que ponto são estas aptas à realização da “justiça distributiva”, ainda mais quando se cuida de demandas individuais. Um dos argumentos centrais da tese – não sem respaldo em dados concretos – sublinha o fato de que as decisões judiciais tutelam apenas quem tem acesso à justiça, e que esta é uma minoria da população, e uma minoria que não reflete exatamente o conceito de “necessitado”.

Esse tipo de abordagem assume uma dimensão bastante importante, tal como buscaremos analisar na próxima secção dessa dissertação.

### **3.2. O Acesso à Saúde**

A Constituição Federal de 1988 estabelece que o acesso à saúde se dará de forma universal e igualitária (art, 196), independentemente da classe social que o indivíduo pertencer. Isto significa que, todo aquele que precisar de qualquer atendimento ou tratamento de saúde, terá seu ingresso facilitado na medida de sua necessidade.

Vale dizer, que o Brasil foi o primeiro país latino-americano a estabelecer um Sistema de Saúde de natureza redistributiva, cuja garantia encontra amparo no próprio texto constitucional. Assim, nasce o Sistema de Saúde brasileiro, arquitetado sob a lógica dos anseios igualitaristas do Estado do Bem-estar-social europeu (OCKÉ-REIS, 2009).

Parece interessante elencar a forma ilustrativa com que Appio (2005, p.1) compara a promulgação de nossa Constituição Federal à encomenda de um terno ao alfaiate, vejamos:

[...] foi criado um instrumento jurídico voltado para um Estado com forte intervenção social, inclusive na área de políticas de saúde, seguindo o modelo da Constituição portuguesa de 1976, mas aí a realidade mundial já era outra. Foi como se tivéssemos encomendado ao alfaiate um terno, e fôssemos buscá-lo somente após vinte anos. As "medidas" da economia brasileira se alteraram, buscando adequação com este novo modelo econômico dito neoliberal. O terno, ou seja, o traje jurídico, permaneceu o mesmo e por isto já tivemos no Brasil quarenta e oito emendas à Constituição de 1988.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Disponível em: <[http://www.conjur.com.br/2005-nov-23/nao\\_cabe\\_juiz\\_determinar\\_politica\\_publica\\_saude](http://www.conjur.com.br/2005-nov-23/nao_cabe_juiz_determinar_politica_publica_saude)>. Acesso em 05/03/2009.

Segundo Travassos (2006, p.976), os entraves ao acesso ocorrem devidos as características dos sistemas de saúde e dos serviços ofertados, sendo que maior equidade se observa nos países cujo seguro é público em detrimento daqueles cujo seguro é privado. A autora indica que várias são as peculiaridades da oferta que interferem no acesso à saúde:

A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso.

Travassos refere em sua obra um Estudo em que são comparados diferentes países pertencentes à OCDE. Neste trabalho, restou constatado que os países cujas desigualdades no acesso à saúde favorecem os mais ricos, são justamente aqueles em que não há a previsão de acesso universal e gratuito, quais sejam estes: México e Estados Unidos, em que pese sistemas com acesso universal como o Brasil, também apresentarem iniquidade no acesso à saúde.

Não resta dúvida de que a Constituição Federal, acompanhando o Movimento da Reforma Sanitária, inovou trazendo em seu bojo a arcabouço jurídico necessário para a implementação de um sistema público que atendesse a todos gratuitamente. No entanto, como as pesquisas revelam, há um forte gradiente social como entrave ao acesso e a utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS, 2006, p. 976; OMS, 2007, p. 10) . Gostaríamos agora, de passar à analisar da questão sob um outro prisma, qual seja, aquele que se constitui no principal dilema na operacionalização e implementação do SUS: o financiamento de um sistema universal e gratuito.

### **3.3. A Universalização e o Financiamento do SUS**

Uma vez criado o Sistema Único de Saúde, vários entraves passaram a ser observados na sua implementação. Ora, como conjugar a escassez de recursos com o acesso e utilização dos serviços de forma irrestrita? Se os recursos fossem ilimitados, seria incontestável o acesso universalizado, onde cada um poderia obter o atendimento de suas necessidades de forma totalizada, e ainda, com a excelência de

tratamentos e serviços oferecidos pelo mercado. Assim, todos poderiam dispor do tudo indistintamente, sem que se pudesse fazer qualquer objeção.

No entanto, a realidade brasileira encontra-se distante deste cenário ideal, os recursos são parcos e as necessidades infinitas. Mesmo em condição de plenitude de recursos, não seria prudente, nem seguro, administrar-se a saúde pública com base na assertiva “tudo para todos”. Em recente trabalho realizado por Ocké-Reis (2009), são levantadas as questões que impedem que o SUS se realize em sua plenitude.

Em primeiro lugar, o autor aponta para a existência no país um sistema híbrido, onde co-existem, sistema público e sistema privado de saúde. Isto faz com que alguns indivíduos sejam contemplados duplamente: pela cobertura de Planos de Saúde (para aqueles que podem pagar ou que seus empregadores o fazem) e pela cobertura do atendimento via SUS. Por outro lado, o autor acrescenta a dificuldade do Estado em adotar uma postura mais *publicista* frente ao setor privado, defendendo interesses coletivos (OCKÉ-REIS, 2009, p.8).

Em segundo lugar, o autor destaca a falta de regulamentação e de critérios claros a serem estabelecidos quanto aos profissionais que praticam a dupla militância (trabalham na iniciativa pública e na iniciativa privada). Como terceiro entrave, cumpre frisar que o sistema privado de saúde foi financiado pelo sistema público, por meio de isenções fiscais, sendo que os Planos de Saúde repetem o modelo liberal norte americano, que não se coaduna com o princípio universalista do SUS.

Estas contradições existentes entre os princípios basilares do SUS e o sistema híbrido de co-existência, acabam por favorecer o fortalecimento dos Planos de Saúde, uma vez que o próprio governo federal incentiva as famílias e os empregadores a adquirir planos privados de saúde, por meio de renúncia de arrecadação fiscal que, por sua vez, poderia ser empregada para viabilizar a implementação e financiamento de políticas públicas que garantissem a operacionalização do SUS.

No entanto, Ocké-Reis (2009, p.9) explica que tais dificuldades e contradições advêm do próprio texto constitucional que, se por um lado, afirma que a saúde é um direito social de todo cidadão, por outro, entrega a saúde à livre iniciativa privada, de acordo com os artigos 196 e 199, da CF/88. Vejamos os artigos:

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.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Em conformidade com os argumentos de Ocké-Reis (2009), o que se verifica na prática é que os pacientes são atendidos pelos Planos de Saúde, porém simultaneamente buscam o tratamento, seja este qual for, perante o SUS. Este tratamento pode consistir em exames de alta complexidade e tecnologia, cirurgias ou tratamentos caros e medicamentos de alto custo, sem contar que muitos pacientes em grave estado não poucas vezes são rejeitados pelos Planos de Saúde.

Neste sentido, convém apresentar o pensamento de Medeiros (1999, p.4), sob o aspecto da universalização e da focalização na promoção da equidade. Pela universalização, que pode ser associada ao princípio da igualdade, todos têm direito ao acesso à saúde, como pressuposto da cidadania. Por outro lado, a focalização se coaduna com o princípio da equidade, garantindo a distribuição de recursos a uma população específica em condições de vulnerabilidade. Como se pode inferir, a universalização é mais dispendiosa, no que tange o gasto público, ao contrário da focalização, que costuma ser mais barata (MEDEIROS, 1999, p. 12).

No entanto, nem sempre a focalização é mais vantajosa para os indivíduos mais vulneráveis. Estes grupos possuem fraco poder de influência política e apenas costumam ser contemplados quando os seus interesses coincidem com os interesses de quem detém poder de decisão ou com os interesses da classe média e alta. Estas, quando seus interesses são contrariados, retiram o apoio, o que pode vir a prejudicar os mais pobres. Por outro lado, medidas preventivas, como vacinas, tendem a trazer benefícios de maneira universal e é coerente que sejam utilizadas amplamente. No entanto, o que se pode dizer de medicamentos de alto custo, cuja eficácia e efetividade não está garantida?

Isso nos remete à questão: o que realmente é necessário em saúde? Pode-se responder à questão dizendo: aquilo que é essencial. Alimentação é essencial? Sem dúvida. Desta forma, programas como “Fome Zero” de caráter focalizado nos parecem justos e dificilmente encontrarão objeção. Mas quando ampliamos o conceito e o estendemos aos dispendiosos tratamentos de saúde, ainda assim

conseguiríamos afirmar, com certeza, que a sua disponibilidade está de acordo com o princípio da equidade?

Diante desta disputa por bens e serviços públicos descortina-se um grande dilema: a demanda judicial por medicamentos: uma epidemia brasileira?

### **3.4. Conceituando a Judicialização.**

O termo judicialização tem sido utilizado, em linhas gerais, para designar a explosão da litigiosidade caracterizada pelo aumento considerável do número de ações judiciais promovidas com o intuito de obter a tutela de direitos sociais. Com isso, o Poder Judiciário passa a ter uma forte expansão em sua atuação, desempenhando grande protagonismo nesse plano.

É importante frisar a origem desta expressão, a qual foi introduzida por Tate & Vallinder (1995), em seu livro intitulado *The Global Expansion of Judicial Power*. Antes mesmo de entrar no tema propriamente dito, cabe ressaltar a preocupação de diferentes autores no contexto mundial em estudar tal assunto, tendo em vista que esta expansão do Poder Judicial não se trata de um fenômeno observado tão somente no Brasil, mas também em diferentes países, em que pesem os diversos motivos que lhe ensejam.

Voltando ao conceito, citemos Tate & Vallinder (1995, p. 13), que introduziu a definição. Para o autor, a judicialização expressa a expansão do domínio dos tribunais e juízes em detrimento de políticos e administradores, ou seja, a transferência do direito de tomada de decisão do legislativo e do executivo para a esfera dos tribunais, como também, a propagação de métodos judiciais de tomada de decisão de forma a extrapolar a forma adequada de fazê-lo. Em suma, o autor descreve que a Judicialização importa em transformar algo na forma de um processo judicial, ou seja, resolver os conflitos por meio de ações judiciais.

Ao longo da história, a atuação dos Tribunais não foi preponderante no sentido de propiciar grandes transformações político-sociais, sendo que esta atuação foi mais marcada pelos Poderes Legislativo e Executivo. No entanto, a partir dos anos noventa a atuação do Poder Judiciário se intensificou drasticamente a ponto de ganhar espaço e visibilidade .

Santos (2002, p. 130), citando Shapiro, refere-se à atuação dos Tribunais no contexto europeu como uma forma *americanizada* de responder aos apelos da sociedade interferindo em políticas públicas. Isso porque esta forma de resolução é própria dos Estados Unidos, onde o ativismo judicial é utilizado em larga escala, sendo os Tribunais constantemente chamados a decidir políticas públicas.

Segundo o autor (2004, p.129), a influência do Judiciário foi desencadeada, num primeiro momento, por fatores associados ao bom desempenho dos Tribunais em causas de notoriedade pública, como a operação “mãos limpas” na Itália, onde foram apuradas e punidas várias autoridades parlamentares e membros de alto escalão do Poder Executivo. Outras experiências bem sucedidas foram verificadas no sentido de coibir o desvio de poder de autoridades públicas, a consolidação da garantia dos direitos individuais e coletivos nas relações de consumo e do meio ambiente e outras tantas atividades jurisdicionais.

No entanto, se por um lado esta visibilidade teve como causa o sucesso empreendido, por outro lado os fracassos decorrentes da má atuação judicial acabaram por marcar negativamente a memória dos cidadãos, desencadeando a descrença institucional do Poder Judiciário. As críticas realizadas dizem respeito à morosidade dos processos, à ineficiência e falta de transparência nas decisões, à arrogância e inacessibilidade dos órgãos jurisdicionais, etc.

Também outro fator preponderante foi a crise do Estado-Providência:

No período do pós-guerra, os Estados-Providência europeus fortaleceram-se e passaram a oferecer uma proteção social ampla e eficiente, reduzindo o impacto negativo das faltas de proteção sobre os cidadãos e tornando, assim, a litigação judicial desnecessária ou mantendo-a em níveis bastante inferiores aos verificados nos Estados Unidos. Hoje o ativismo judicial na Europa, sobretudo na “área social”, que, como já mencionei, alguns vêem como a “americanização” da Europa, deve-se em parte ao efeito directo da crise do Estado-Providência (SANTOS, 2002, p.152).

Com a crise do Estado-Providência, o Estado passa a não mais corresponder às expectativas, deixando de promover a proteção e a dignidade dos seus cidadãos. Assim sendo, estes indivíduos passam a buscar junto aos órgãos jurisdicionais as soluções para os seus conflitos. Perante a ineficiência do Estado, o Poder Judiciário ganha espaço.



Desta forma, nos países europeus a Judicialização surge como resposta à dinâmicas internas, diferentemente do que ocorre na América Latina, onde a expansão do Poder Judiciário surge como reflexo às pressões externas de organismos internacionais. Na América Latina há uma forte predominância do componente internacional, sendo alvo de um processo de globalização de alta intensidade, segundo Boaventura de Souza Santos (2002).

Assim como o Brasil, os demais países da América Latina estão voltados ao desenvolvimento e as políticas públicas possuem uma certa elasticidade de modo a permitir a interferência de empresas supranacionais e organismos internacionais, o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e outros. Alguns países latinos tiveram longos períodos de regimes autoritários. Por óbvio, a expansão da atuação do Poder Judiciário não poderia ocorrer em sociedades ditatoriais (Tate, 1995, p.29). Com a Constituição Federal de 1988 foi possível a recriação de determinados institutos jurídicos que até então se encontravam adormecidos.

Em que pese a concepção de ideais democráticos, o novo Estado possui um forte gradiente econômico e, ao conceber novos fundamentos liberais, construiu todo um aparato jurídico que favoreceu o desenvolvimento e previsibilidade dos negócios.

Ainda que a atuação do Estado nos países latino-americanos divirja em comparação com os países europeus e os EUA, a judicialização da política é um fenômeno que se repete, podendo-se assim dizer, global. No entanto, cumpre frisar que tanto a na Europa como no Brasil, o Poder Judiciário apenas atuou no sentido de legitimar os interesses oriundos das forças dominantes e das classes privilegiadas, não sendo capaz de promover as mudanças profundas no tecido social.

A Constituição Federal de 88 viabilizou o controle da constitucionalidade<sup>6</sup> e a independência dos Poderes, sobretudo do Poder Judiciário. Porém, como diz Tate & Vallinder (1995, p. 28-29), só a existência de um Estado democrático e a previsão formal da separação entre os poderes não garantem a expansão do Judiciário, são apenas seus facilitadores. Há outros fatores preponderantes como a utilização dos Tribunais por grupos de interesse e por partidos políticos de oposição.

Ora, de forma dinâmica, as forças dominantes das sociedades tentarão fazer prevalecer seus interesses e num Estado democrático de direito a via utilizada é a via

---

<sup>6</sup> Controle da Constitucionalidade: controle exercido pelo Supremo Tribunal Federal (STF) com o objetivo de impedir que atos normativos ou leis contrariem a Constituição Federal.

judicial. Por outro lado, esta via também encontra respaldo legal para fazer frear a atuação dos Poderes Executivo e Legislativo, por parte dos partidos opositores, como encontramos descritos no estudo realizado por Carvalho (2004, p.120):

De 1988 até 1998, tivemos 74% das ADINs impetradas oriundas de partidos de oposição. Esses dados demonstram que o uso dos tribunais pela oposição é um fato consumado no Brasil. A utilização das ADINs como instrumento de contestação de políticas tornou-se um recurso freqüente.

O autor, a partir de dados obtidos pelo Supremo Tribunal Federal, constata que, de 1988 até o ano de 2003, 27,37% das ADINs<sup>7</sup> (Ações Diretas de Inconstitucionalidade) foram propostas pelos Governadores de Estado, seguidos pelas Confederações Sindicais e Entidades de Classe com 26,31% (grupos de interesse) e pelos partidos políticos com 20,97%. Isto demonstra que a via judicial é utilizada pelos próprios Poderes Executivo e Legislativo para contestar as políticas públicas, bem como legitimar interesses de segmentos representativos da sociedade.

Nesse mesmo condão, podemos questionar: estes grupos de interesses e partidos políticos agem movidos por vontade popular ou por interesses próprios? Quando prevalece a vontade popular? Obviamente, apenas quando os interesses são coincidentes com as forças dominantes, ainda que, em tese, numa democracia representativa o poder deve estar voltado aos interesses dos representados e não de quem os representa. No entanto, a vontade popular só prepondera se os interesses de uma economia globalizada voltada para o mercado não forem feridos.

Segundo SANTOS (2002, 159), os países onde o neoliberalismo e a globalização vicejaram, o bom desempenho na economia foram obtidos às custas de dramáticas desigualdades e exclusão social. Não há como uma sociedade se desenvolver tendo um número considerável de pessoas emergidas em cinturões de miséria. Nesse sentido, autores como Santos e Travassos tem alertado sobre a necessidade de construir mecanismos mais solidários de distribuição de recursos, a

---

<sup>7</sup> Ações Diretas de Inconstitucionalidade: instrumento processual utilizado como meio de exercer o controle direto da constitucionalidade de lei ou ato normativo que contrariem a CF. Podem ser ajuizadas pelo Presidente da República, Governadores dos Estados e do Distrito Federal; as mesas da Câmara dos Deputados, do Senado Federal, da Câmara Legislativa do Distrito Federal; a Mesa de Assembléia Legislativa; Partidos Políticos com representação no Congresso Nacional; Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB); Entidades de Classe de Âmbito Nacional e Confederações Sindicais.

fim de produzir a melhora dos determinantes sociais e das condições de saúde dos indivíduos como um todo.

### 3. 5. A Judicialização da Demanda por Medicamentos

Não há dúvida de que a Constituição Federal de 1988 representou um marco jurídico, para a saúde. Em que pese as Constituições anteriores haverem contemplado a saúde em seus textos constitucionais, o direito à saúde, alçado ao primeiro plano, como um direito fundamental a ser garantido pelo Estado, foi introduzido pela CF/88:

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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, **nos termos da lei**, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (grifos nossos)

Com base no artigo 197, da CF/88, supramencionado, foi promulgada a lei 8080/90, instituindo o Sistema Único de Saúde, incluindo a política de medicamentos como uma das ações do SUS, em seu artigo 6º, inciso I, alínea d e inciso VI:

Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS:

I - a execução de ações:

[...]

d) de **assistência** terapêutica integral, inclusive **farmacêutica**.

[...]

VI - **a formulação da política de medicamentos**, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; (grifos nossos)

Como se pode ver, o próximo passo seria justamente a consolidação de uma Política Nacional de Medicamentos, a qual restou instituída e regulamentada pela Portaria Técnica do Gabinete do Ministério da Saúde nº 3.916, de 30/10/98. Esta Portaria estabeleceu as diretrizes, prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica, nos três níveis de gestão: federal, estadual e municipal. A partir deste documento, outros tantos surgiram com o intuito de regulamentar a assistência farmacêutica.

Elenquemos a Resolução nº 338, do Conselho Nacional de Saúde, de 6 de maio de 2004, que foi justamente o documento que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e que estabeleceu os seus princípios gerais e eixos estratégicos, que se traduzem como: garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; a promoção do seu uso racional; e, o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, previstos na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME).

Em conformidade com a Política Nacional de Medicamentos, surgiram então o Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas no sentido de promover a distribuição racional de medicamentos amparado nos princípios da medicina baseada em evidências científicas (PICON e BELTRAME, 2002, p. 13-14):

Assim, em plena conformidade com a Política Nacional de Medicamentos, a necessidade de gerenciar adequadamente o Programa de Medicamentos Excepcionais e de promover o uso racional de medicamentos, é que o Ministério da Saúde lançou-se ao desafio de formular, para os medicamentos de alto custo, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Esses Protocolos têm o objetivo de, ao estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, e a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos.

Para a hepatite crônica pelo vírus C, o Brasil foi o primeiro país do mundo a incorporar, em Portaria de âmbito nacional, por meio do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas, os conceitos da Medicina Baseada em Evidências, propondo, no ano de 2000, o tratamento combinado do medicamento Interferon (tanto o medicamento Peginterferona Alfa como o Interferona Alfa) associado ao fármaco Ribavirina, sendo estes medicamentos distribuídos gratuitamente à população por meio do SUS.

No caso do medicamento Interferon (Peginterferona Alfa e Interferona Alfa), objeto deste Estudo, há previsão do tratamento dispensado pelos gestores de saúde por meio da Portaria SAS/MS (Secretaria da Assistência à Saúde, Ministério da Saúde) nº 863/2002 e posteriormente atualizada pela Portaria nº 34, de 28/09/2007.

No momento, o medicamento Interferon Alfa, tanto na sua forma peguilada (Peginterferona Alfa) como convencional (Interferona Alfa), tem sua regulação prevista pela Portaria nº 34, de 28/09/2007, onde é estabelecido o Protocolo a ser

utilizado pelas Secretarias de Estados, D.F. e Municípios na dispensação destes medicamentos aos portadores de hepatite C.

Com todo este aparato legal, estamos diante de uma nova realidade: a efetiva regulamentação do acesso gratuito de medicamentos. Este novo patamar importou no aumento significativo de ações judiciais pleiteando por medicamentos junto aos gestores de saúde.

Alguns trabalhos foram realizados no intuito de registrar e estudar os motivos desta crescente litigiosidade (MARQUES & DALLARI, 2007; PEREIRA, J. R. e outros, 2007; BORGES, 2007). Citemos, por exemplo, o caso do Rio de Janeiro, entre 2001 e 2005 o número de ações judiciais requerendo medicamentos aumentou em quase 350% (BORGES, 2007). No Rio Grande do Sul, entre os anos de 2002 e 2006 foi registrado o aumento de mais de 550% no número de ações judiciais contra o Estado, pleiteando medicamento e demais tratamentos<sup>8</sup>. Assim, os números variam de 1.104, em 2002; a 6.086, em 2006. No ano de 2007 o quantitativo de ações judiciais chegou a 10.300, ou seja, em relação a 2002 houve um crescimento de aproximadamente 933%.

Os dados supra mencionados revelam uma busca crescente dos indivíduos por respostas aos seus anseios por parte dos órgãos jurisdicionais e executores do Poder Estatal. No Estado do Rio Grande do Sul, os números denunciam um crescimento exponencial da demanda, portanto torna-se urgente pensar em ações que estruturem o gestor no atendimento de tais apelos.

O marco teórico revisado demonstra as profundas desigualdades sociais que marcam nosso país, mormente o Estado do Rio Grande do Sul, onde o estudo de Noronha (2002) evidencia o acesso à saúde privilegiando os mais afortunados. Paira a dúvida quanto à existência destas diferenças em relação à dispensação do medicamento Interferon (Peginterferona Alfa e Interferona Alfa), principalmente no que tange a judicialização. Neste caso, vale a pergunta: está havendo uma distribuição equânime de recursos na cidade de Porto Alegre e Região Metropolitana?

---

<sup>8</sup> Dados da Coordenação Técnica da Assistência Farmacêutica da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

#### **4. AS HIPÓTESES DE TRABALHO**

Para efeitos de entendimento do itinerário da pesquisa, convém registrar as seguinte hipótese de trabalho formulada no início deste estudo:

Existem diferenças entre os indivíduos segundo o tipo de apresentação farmacêutica requerida (Peginterferona Alfa e Interferona Alfa) e a via de acesso (administrava ou judicial) em que a medicação foi obtida, sob o ponto de vista das condições sociais, econômicas e culturais;

## **5. OS OBJETIVOS DA PESQUISA**

### **Objetivo Principal**

Estudar se há equidade no tratamento de Portadores de hepatite C no SUS, com relação ao regime de tratamento (interferon convencional ou peguilado) e via de acesso (administrativo ou judicial) .

### **Objetivos Secundários**

- Comparar características sócio-econômico-culturais dos usuários em tratamento no CAMMI do Hospital Sanatório Partenon, em Porto Alegre, conforme regime e via de acesso.
- Comparar as características sócio-econômico-culturais dos pacientes em relação às da população da Região Metropolitana de Porto Alegre.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APPIO, E. O Direito e a indústria – não cabe ao juiz determinar política pública de saúde. 2005. Disponível em < <http://conjur.estadao.com.br>>. Acesso em 24/02/2006.

BORGES, D. C. L. **Uma análise das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do sus: o caso do estado do Rio de Janeiro no ano de 2005** [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, 5 out. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Portaria Técnica do Gabinete do Ministério da Saúde nº 3.916, de 30 outubro de 1998. Estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde – SUS**. Diário Oficial da União, Brasília, 10 de novembro de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 34, de 28 de setembro de 2007. Dispõe sobre Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C**. Diário Oficial da União, p. 59, 8 de out. 2007. Seção 1.

CARVALHO, E. R.. Em busca da judicialização da política no brasil: apontamentos para uma nova abordagem. Rev. Sociol. Polit. [online], 23, 2004, Curitiba, p 127-139. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n23/24626.pdf>> Acesso em 05/01/2009.

KAMM, F. P. Health and Equity. In Christopher, J. L. M.; Salomon, J. A.; Mathers, C. D.; Lopez, A. D. (org) **Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications**. Geneva: World Health Organization, 2002.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública [online]. 2007, vol.41, n.1, p.101-107. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/15.pdf>> Acesso em 08/01/2009.

MEDEIROS, M. Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde. Pub. Seriada. Texto para Discussão Ipea 687 , Rio de Janeiro, 1999. Disponível em < <http://www.cipedya.com/web/FileDetails.aspx?IDFile=101033>>. Acesso em 15/01/2009

NAUNDORF, B.. Dados da Assessoria Jurídica da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, RS, 2009. [Comunicação pessoal]

NORONHA, K. V. M. S.; Andrade, M. V. **Desigualdades sociais em saúde : evidências empíricas sobre o caso brasileiro**. Pub. Seriada: Texto para Discussão 171. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002. 34p.

OCKÉ-REIS, C. O. A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? Pub. Seriada: Texto para Discussão Ipea 1376. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em



<[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td\\_1376.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1376.pdf)>. Acesso em 16/01/2009.

PEREIRA, J. R.; SANTOS, R. I.; NASCIMENTO JUNIOR, J. M.; SCHENKEL, E. P. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. Disponível em <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1313](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1313)>. 2007. Acesso em 09 de mar 2008.

PICON, P.; AMARAL, K. e REIS, J. G. Atenção Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: um exemplo de experiência bem sucedida com pacientes portadores de hepatite C. **Revista Brasileira de Farmácia**, v.87(1), 2006. p. 19-21.

PICON, P.; BELTRAME, A. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/pcdt/05\\_protocolos.pdf](http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/pcdt/05_protocolos.pdf)>. Acesso em 04/05/2007.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3), mai-jun, 2003. p. 793-798.

RAWLS, J. **Uma Teoria da Justiça**; tradução Pissetta, A. e Esteves, L. M. R., 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 708p.

SANTOS, Boaventura de Souza. Direito e Democracia: a reforma global da justiça. In: PUREZA, José Manuel; FERREIRA, Antônio Casimiro (Org.). **A Teia Global: movimentos sociais e instituições**. Porto: Edições Afrontamento, 2002. p. 125-176

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. *Revista de Direito do Consumidor* n. 67, 2008. Disponível em <[http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O\\_direito\\_a\\_saude\\_nos\\_20\\_anos\\_da\\_CF\\_coletanea\\_TAnia\\_10\\_04\\_09.pd](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pd)> Acesso em 1º/08/2009.

SARTÓRIO, M. J. **Política de medicamentos excepcionais no Espírito Santo: a questão da judicialização da demanda**. Porto Alegre: UFRGS, 2004. p. 153.

SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**, 9ª edição, 2ª tiragem, Malheiros, SP, 1993. 768 p.

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. **International Journal of Health Services**. Inglaterra: v.13, n.3, p. 545-566, 2001.

TATE, C. N.; VALLINDER, T. **The Global Expansion of Judicial Power**. New York: New York University Press, 1995.

TRAVASSOS, C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.325-330, abr./jun 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1997000200024](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000200024)> Acesso em 09/03/08.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000; 5(1):133-149. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7085.pdf>> Acesso em 19/01/2009.

TRAVASSOS C, OLIVEIRA EXG, VIACAVAL F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(4):975-986. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n4/32334.pdf>> Acesso em 19/01/2009.

VIANA, A. L. A.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. de. Política de saúde e equidade. *São Paulo Perspec.* [online]. 2003, vol.17, n.1, p. 58-68. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392003000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007)> Acesso em 09/03/08.

VIANNA, L. W.; CARVALHO, M. A. R.; MELO, M. P. C.; BURGOS, M. B. A **Judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999. 270p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes. 2007. Disponível em: <[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/csdh\\_interim\\_statement\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/csdh_interim_statement_07.pdf)>. Acesso em 15/05/2009.

## 7. ARTIGO

### **Judicialização do tratamento da hepatite-c: inequidade na dispensação de interferon-alfa na região de Porto Alegre**

**Renata Sacco dos Anjos (1), Paulo Picon (2), Karine M. Amaral (3), Maria Inês Azambuja (2)**

(1) Assessora Jurídica da Secretaria Estadual de Saúde/RS, Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia – Mestrado Profissional em Avaliação de Tecnologias em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

(2) Médicos, Professores adjuntos da Faculdade de Medicina da UFRGS

(3) Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

#### **Resumo**

**Introdução:** Este estudo propõe explorar a relação entre judicialização da saúde e equidade no acesso ao tratamento no SUS.

**Metodos:** Utilizou-se comparação de médias e proporções para avaliar a presença ou não de diferenças sócioeconômicas (SE) entre 1) três grupos de pacientes com hepatite C crônica - requerentes de interferon convencional pela via administrativa (ICA), requerentes de interferon peguilaado pela via judicial (IPJ) e demandantes de Interferon Peguilaado pela via administrativa (IPA) 2) pacientes em tratamento e a população da região metropolitana de Porto Alegre.

**Resultados:** Entre os grupos, a diferença SE não foi estatisticamente significativa, mas comparados à população, nos três grupos havia maior proporção de pacientes nas classes A e B (mais altas) do que na D e E (mais baixas) da ABEP: no grupo IPJ, 50% classes AB e 0% classes DE; no IPA, 49,3% AB e 8,9% DE; e no ICA, 44,9% AB e 6,1% DE, enquanto na população como um todo 34,3% estariam nas classes AB e 20,2% nas classes D e E (% (p<0,001). Diferenças na proporção de pacientes com seguros de saúde privados pertencentes aos três grupos e a população total também foram estatisticamente significativas.

**Conclusões:** Nossos dados permitem inferir que há iniquidade no acesso a tratamento com medicamento de alto custo entre usuários portadores de hepatite C, porém este fato não é explicado por diferença no acesso a diferentes regimes de tratamento no SUS ou mesmo pela judicialização. Os determinantes atuam antes, no acesso diferenciado ao próprio sistema público conforme a inserção sócio-econômico-cultural dos beneficiários.

**Palavras-chave:** medicamento, judicialização, Interferon e hepatite C

#### **Endereço para correspondência:**

**Av. Borges de Medeiros, 1501, 6º andar, Assessoria Jurídica, Porto Alegre/RS – CEP 90110-150, Fone/ Fax: 3288-5826 - 3288-5824.**

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) (1) consolidou as bases para o surgimento de um novo modelo de Saúde Pública no cenário brasileiro. O então denominado Sistema Único de Saúde (SUS) nasce calcado nos princípios basilares da universalidade do acesso à saúde e da igualdade de tratamento a todos os seus usuários e da integralidade da atenção. Desta forma, os serviços e as ações em saúde abrangerão a todos os indivíduos indistintamente, de forma igualitária e articulada com outros instrumentos de intervenção estatal neste âmbito.

No entanto, ao assegurar o direito à saúde em seus artigos 6º, 196 e 200, na CF/88 não foram equacionadas as questões referentes aos recursos financeiros que deveriam garanti-lo. Assim, vale a questão: como distribuir de forma justa tais benefícios, em um país marcado por tantas diferenças sociais?

Frente à dificuldade de operacionalização do SUS, na forma com que foi concebido, vários autores têm se dedicado a debater o assunto, deslocando o foco do princípio da igualdade para o princípio da equidade (2-5).

Muito embora tais princípios sejam de difícil conceituação, vale dizer que, diferentemente da igualdade, onde todos recebem os mesmos recursos indistintamente, sob o princípio da equidade há o reconhecimento das diferenças existentes entre os indivíduos, preconizando um tratamento diferenciado na alocação de recursos, no intuito de favorecer a ascensão dos menos privilegiados a um patamar de melhor saúde, reduzindo, assim, as desigualdades existentes.

Paralelamente às dificuldades enfrentadas pelos gestores de saúde, e de posse de todo o arcabouço jurídico advindo da CF/88, da Lei 8080/90 (6) e legislação complementar, advogados, promotores e defensores públicos desencadearam um número

expressivo de ações judiciais objetivando a dispensação de medicamentos e outros tratamentos. Este fenômeno foi então denominado como judicialização, caracterizado pelo aumento considerável do número de ações judiciais ajuizadas (7) com o intuito de obter a tutela de direitos sociais. A judicialização de políticas públicas pressupõe a perda de centralidade do poderes legislativo, e sobretudo executivo, para a esfera do poder judiciário, no atos e procedimentos que envolvem a dispensação de medicamentos e prestação de serviços de saúde oferecidos à população.

Entre os anos de 2001 e 2003, o medicamento Interferona Alfa foi o fármaco mais requerido judicialmente dentre aqueles apontados como Excepcionais, o qual representa um elevado custo financeiro para os cofres públicos (8). Recente estudo sobre demandas judiciais por medicamentos em Santa Catarina refere que esta unidade federativa gasta mensalmente com cada usuário do medicamento Interferon Peguilado, associado ao medicamento Ribavirina, o equivalente a R\$ 4.025,44, em contraposição ao custo de R\$ 123,12 do tratamento com o interferon convencional associado a ribavirina (9).

### **A dispensação de (Interferona Alfa) em Porto Alegre e a implantação da Política de Assistência para a Hepatite C no RS**

Existem duas apresentações do medicamento Interferon para o tratamento de indivíduos com hepatite C: a forma Peguilada ((Peginterferona Alfa) e a Não Peguilada – Convencional (Interferona Alfa), cuja dispensação foi regulamentada, primeiramente, pela Portaria Técnica do Gabinete do Ministério da Saúde nº 3.916 (10), de 30/10/98, e recentemente revisada pela Portaria Técnica do Gabinete do Ministério da Saúde nº 34, de 28/09/07(11). Vale o registro de que a diferença de custo entre as duas apresentações farmacêuticas é considerável.

Com o intuito de otimizar o tratamento e prover a atenção farmacêutica aos usuários, o Estado do Rio Grande do Sul, foi pioneiro em criar, em 2003, o Centro de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis (CAMMI), cujo funcionamento encontra-se junto a sede de dois Centros Hospitalares: Hospital Sanatório Partenon (HSP) e Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Nestes Centros são atendidos os usuários residentes em Porto Alegre e Região Metropolitana (12).

Desde a suspeita diagnóstica, a confirmação da necessidade de tratar até a efetiva obtenção do tratamento, vários passos são necessários: exames, juntada de documentação e abertura de processo junto à Secretaria Estadual da Saúde com a referida solicitação de tratamento. Nosso interesse foi avaliar se o SUS está sendo equânime na distribuição do medicamento Interferon em suas duas apresentações (Peginterferona Alfa e Interferona Alfa) e se há diferenças, do ponto de vista sócio-econômico e cultural, entre os grupos de pacientes que pleiteiam o referido tratamento pelas vias administrativa e judicial.

No marco destas grandes questões que deram origem à pesquisa, buscou-se uma aproximação com a realidade concreta no sentido de avaliar a equidade na dispensação do (Interferona Alfa) a portadores de hepatite C em Porto Alegre. Parte-se da premissa de que os resultados obtidos possam contribuir para o debate que subsidia o aperfeiçoamento das políticas públicas e portanto, para um melhor planejamento e avaliação das estratégias adotadas pelo gestor frente aos princípios basilares que instituíram o Sistema Único de Saúde brasileiro.

## **MÉTODOS**

O presente trabalho consiste em um estudo descritivo transversal objetivando comparar características sociodemográficas de usuários estratificados em três grupos de indivíduos atendidos e cadastrados junto ao CAMMI do Hospital Sanatório Partenon,

conforme o tipo de medicamento utilizado e a forma de acesso ao tratamento, quais sejam, Interferon Convencional (Interferona Alfa) com acesso pela via Administrativa (ICA); Interferon Peguilado (Peginterferona Alfa) com acesso via Administrativa (IPA) e o Interferon Peguilado (Peginterferona Alfa) que ingressa pela via Judicial (IPJ).

A população de referencia para este estudo seria “todos os pacientes atendidos no CAMMI no ano de 2008”, ou seja, aproximadamente 80% dos pacientes em tratamento para hepatite C no SUS, em Porto Alegre, naquele ano. A população amostrada foram os usuários do CAMMI em atendimento no mês de maio de 2008, assim divididos: Grupo ICA: 71 pacientes; Grupo IPA: 275 pacientes; Grupo IPJ: 62 pacientes. A partir de uma lista destes pacientes fornecida pela coordenação do serviço, planejou-se a amostragem de forma a obter o máximo de casos dos grupos IPJ e ICA, e pelo menos 25% dos casos de grupo IPA. Neste grupo amostrou-se aleatoriamente 90 indivíduos, levando em conta possíveis perdas. Destes, foram entrevistados 79 pacientes, superando-se a amostra inicialmente planejada para este grupo. A amostra final em cada grupo é apresentada no quadro 1.

Quadro 1. Número de pacientes, amostra efetivada e porcentual de amostragem segundo os grupos de pacientes estudados.

<b>Grupo</b>	<b>Nº de Pacientes</b>	<b>Amostra efetivada</b>	<b>% de amostragem</b>
<b>IPJ</b>	62	42	68,0
<b>IPA</b>	275	79	28,7
<b>ICA</b>	71	49	69,0
<b>Total</b>	408	170	41,7

Estimou-se que, para detectar diferenças de 30% entre os grupos utilizando medidas dicotômicas (mais alto, mais baixo) de condição sócio-econômica, com poder de 80% e um alfa= 0,05, seriam necessários 35 pacientes em cada grupo.

Os dados foram coletados por questionário estruturado, preenchido em todos os casos pela primeira autora. Além de variáveis demográficas como sexo e idade, foram contempladas variáveis socioeconômicas e as relacionadas a acesso a serviços de saúde. Para a caracterização SE, além da escolaridade, renda, e local de residência, utilizou-se a classificação da ABEP <sup>9</sup> (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa), que mede o poder de compra dos indivíduos. Na versão 2008 (13), o critério de classificação baseia-se em informações sobre a quantidade dos seguintes itens: automóveis, aparelhos de TV em cores, rádios, banheiros, empregadas domésticas; máquina de lavar roupa; geladeira e freezer; vídeo cassete ou DVD; e adicionalmente, de informação sobre o nível de instrução do chefe de família. O local de residência foi estratificado como Porto Alegre e outros municípios. Também foram comparadas entre os grupos variáveis relacionadas a acesso a serviços de saúde, tais como: cobertura por plano privado de saúde; desembolso em dinheiro para tratamento; serviço onde realizou a última consulta e se era primeiro tratamento ou retratamento. O dado sobre genótipo viral foi coletado da ficha dos pacientes.

A entrada de dados se fez diretamente em uma planilha Excel, sendo a análise e transformação (categorização, dicotomização) realizadas através do Programa SPSS (versão 16.0). Utilizou-se o teste qui-quadrado para analisar as diferenças sócio-econômicas entre os grupos examinados e para comparar sua distribuição em relação à população de POA e RM.

---

<sup>9</sup> Disponível em < <http://www.viverbem.fmb.unesp.br/docs/classificacaobrasil.pdf> >, acesso em 08/03/2009.



## RESULTADOS

### Análise Descritiva dos Grupos

Os dados da Tabela 1 mostram pequena diferença em relação ao gênero, na distribuição dos Grupos, mas não o suficiente para representar significância estatística, sendo que o Grupo IPJ apresenta preponderância do sexo masculino (64,3%) e o Grupo ICA maior proporção de mulheres (57,1%).

Tabela 1. Características demográficas entre as variáveis sócio-econômicas e dos grupos em estudo

Variáveis	Peguilado judicial (n=42) N (%)	Peguilado administrativo (n=79) n (%)	Convencional (n=49) n (%)	P
Idade – Média ± DP	53,2 ± 10,8	52,2 ± 9,4	52,1 ± 8,4	0,813
Faixa etária				
20 – 39	4 (9,5)	7 (8,9)	4 (8,2)	0,640
40 – 49	11 (26,2)	26 (32,9)	12 (24,5)	
50 – 59	16 (38,1)	33 (41,8)	26 (53,1)	
≥ 60	11 (26,2)	13 (16,5)	7 (14,3)	
Sexo				
Masculino	27 (64,3)	44 (55,7)	21 (42,9)	0,115
Feminino	15 (35,7)	35 (44,3)	28 (57,1)	
ABEP BENS – média ± DP	19,1 ± 4,45	19,8 ± 5,97	20,2 ± 6,44	0,657
ABEP TOTAL - média ± DP	23,2 ± 5,74	23,1 ± 7,72	24,1 ± 8,10	0,767
Classe Econômica ABEP				
A	2 (4,8)	8 (10,1)	7 (14,3)	0,420
B	19 (45,2)	31 (39,2)	15 (30,6)	
C	21 (50,0)	33 (41,8)	24 (49,0)	
D	0 (0,0)	6 (7,6)	3 (6,1)	
E	0 (0,0)	1 (1,3)	0 (0,0)	
Usuários de Porto Alegre				
Sim	22 (52,4)	69 (87,3)	45 (91,8)	< 0,001
Não	20 (47,6)	10 (12,7)	4 (8,2)	
Escolaridade				
Até Fundamental completo	12 (28,6)	39 (49,4)	16 (32,7)	0,144
Médio completo	21 (50,0)	25 (31,6)	23 (46,9)	
Superior completo	9 (21,4)	15 (19,0)	10 (20,4)	
Renda per capita – Mediana (P25 – P75)	899 (535 – 1609)	830 (363 – 1738)	692 (389 – 1661)	0,630

As variáveis referentes à renda e à Classe Econômica repetiram a mesma tendência dos Grupos em relação às variáveis sócio-demográficas, não apresentando diferença estatística entre estes. A distribuição das Classes Econômicas entre os Grupos foi bastante similar. O grupo IPJ apresenta maior proporção de usuários de fora de POA quando

comparado aos demais grupos ( $p < 0,001$ ). Desta forma, optamos por avaliar a diferença entre os grupos dentro de cada estrato (POA e Fora de POA).

A associação entre as variáveis sócio-demográficas e o grupo em estudo estratificado em usuários de Porto Alegre e de fora de Porto Alegre é apresentado na Tabela 2. Observa-se que o nível de escolaridade mais elevado está mais associado ao grupo IPJ, nos usuários de Porto Alegre, do que nos usuários fora de POA, apesar da diferença estatística não ser significativa. Em relação às demais variáveis, há uma similaridade no comportamento dos estratos.

Tabela 2. Associação entre as variáveis sócio-demográficas e o grupo em estudo

Variáveis	Porto Alegre (n=136)			P	Fora Porto Alegre (n=34)			P
	Peguilado judicial (n=22) n (%)	Peguilado administrativo (n=69) n (%)	Convencional (n=45) n (%)		Peguilado judicial (n=20) n (%)	Peguilado administrativo (n=10) n (%)	Convencional (n=4) n (%)	
Idade – Média ± DP	55,2 ± 11,4	52,4 ± 9,35	52,7 ± 8,40	0,472	51,1 ± 9,89	50,5 ± 10,4	45,8 ± 6,75	0,611
Faixa etária								
25 – 39	2 (9,1)	6 (8,7)	3 (6,7)	0,588	2 (10,0)	1 (10,0)	1 (25,0)	0,902
40 – 49	4 (18,2)	22 (31,9)	11 (24,4)		7 (35,0)	4 (40,0)	1 (25,0)	
50 – 59	9 (40,9)	29 (42,0)	24 (53,3)		7 (35,0)	4 (40,0)	2 (50,0)	
≥ 60	7 (31,8)	12 (17,4)	7 (15,6)		4 (20,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	
Sexo								
Masculino	14 (63,6)	38 (55,1)	17 (37,8)	0,082	13 (65,0)	6 (60,0)	4 (100,0)	0,326
Feminino	8 (36,4)	31 (44,9)	28 (62,2)		7 (35,0)	4 (40,0)	0 (0,0)	
ABEP BENS – média ± DP	18,9 ± 4,22	20,1 ± 6,09	20,5 ± 6,65	0,583	19,4 ± 4,78	17,6 ± 4,67	17,5 ± 2,38	0,524
ABEP TOTAL – média ± DP	23,4 ± 5,33	23,6 ± 7,92	24,5 ± 8,26	0,775	23,0 ± 6,28	20,2 ± 5,61	19,0 ± 3,46	0,314
Classe Econômica ABEP								
A	1 (4,5)	8 (11,6)	7 (15,6)	0,768	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,285
B	9 (40,9)	26 (37,7)	15 (33,3)		10 (50,0)	5 (50,0)	0 (0,0)	
C	12 (54,5)	29 (42,0)	20 (44,4)		9 (45,0)	4 (40,0)	4 (100,0)	
D	0 (0,0)	5 (7,2)	3 (6,7)		0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	
E	0 (0,0)	1 (1,4)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Escolaridade								
Até Fundamental completo	4 (18,2)	33 (47,8)	13 (28,9)	0,074	8 (40,0)	6 (60,0)	3 (75,0)	0,667
Médio completo	12 (54,5)	22 (31,9)	22 (48,9)		9 (45,0)	3 (30,0)	1 (25,0)	
Superior completo	6 (27,3)	14 (20,3)	10 (22,2)		3 (15,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	
Renda per capita – Mediana (P25 – P75)	1064 (622-1951)	1037 (389-1771)	726 (415-1660)	0,421	683 (415-1572)	579 (294-1102)	493 (298-687)	0,608

No que tange às variáveis referentes ao acesso à saúde são observadas algumas diferenças estatísticas dentre os grupos de acordo com a estratificação (Tabela 3). Nos usuários de fora de POA constata-se que o grupo IPJ apresenta maior proporção de indivíduos com cobertura de plano de saúde durante o ano todo.

Nos usuários de POA verifica-se que o grupo IPJ apresenta maior proporção de usuários em retratamento. Além disso, os usuários deste mesmo grupo apresentam maior proporção de indivíduos portadores do Genótipo 1, tanto nos indivíduos de POA quanto nos indivíduos de fora de POA.

Tabela 3. Associação entre as variáveis referentes à saúde e o grupo em estudo

Variáveis	Porto Alegre (n=136)			P	Fora Porto Alegre (n=34)			P
	Peguilado judicial (n=22) n (%)	Peguilado administrativo (n=69) n (%)	Convencional (n=45) n (%)		Peguilado judicial (n=20) n (%)	Peguilado administrativo (n=10) n (%)	Convencional (n=4) n (%)	
Plano de saúde todo o ano	15 (68,2)	43 (62,3)	24 (53,3)	0,449	14 (70,0)	2 (20,0)	0 (0,0)	<b>0,005</b>
Desembolso em dinheiro para atend. Médico	11 (50,0)	39 (56,5)	23 (51,1)	0,793	12 (60,0)	5 (50,0)	3 (75,0)	0,682
Local da última consulta								
Ambulatório hospital	5 (22,7)	16 (23,2)	20 (44,4)	0,153	6 (30,0)	6 (60,0)	3 (75,0)	0,265
Outros ambulatórios ou PA do SUS	2 (9,1)	8 (11,6)	4 (8,9)		3 (15,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Convênio ou serviço privado	15 (68,2)	45 (65,2)	21 (46,7)		11 (55,0)	4 (40,0)	1 (25,0)	
Primeiro tratamento	8 (36,4)	42 (60,9)	43 (95,6)	<b>&lt;0,001</b>	6 (30,0)	5 (50,0)	3 (75,0)	0,198
Genótipo								
1	19 (90,5)	46 (66,7)	1 (2,2)	<b>&lt;0,001</b>	18 (90,0)	6 (60,0)	0 (0,0)	<b>0,001</b>
2	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (13,3)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
3	2 (9,5)	23 (33,3)	38 (84,4)		2 (10,0)	4 (40,0)	4 (100,0)	

A comparação entre variáveis sócio-demográficas dos pacientes e da população da RM de POA (a usuária potencial do SUS) é apresentada na tabela 4.

Nos três grupos houve diferença entre a distribuição das faixas etárias em comparação com a população de Porto Alegre e RM ( $P < 0,001$ ), sendo demonstrado que a população do CAMMI é de uma faixa etária mais elevada (preponderantemente acima de 50 anos) do que a da população em geral (preponderantemente abaixo de 50 anos), independentemente do grupo ao qual pertença o indivíduo. Em relação à variável sexo, não houve diferença significativa entre a população do CAMMI e a população geral.

Quanto às variáveis SE, observou-se diferenças entre os conjuntos aqui confrontados. Em relação à Classe Econômica, podemos observar um comportamento bastante similar nos

dados do CAMMI e da população de POA quanto à Classe C. No entanto, o oposto ocorre quando comparamos as demais Classes A, B, D e E. Somando as Classes A e B (mais altas) e as classes D e E (mais baixas) nota-se uma maior proporção na população do CAMMI nas classes A e B, e menor proporção às classes mais baixas. A partir desses dados fica demonstrado que as condições sócio-econômicas dos usuários do CAMMI superam ao do conjunto da população de Porto Alegre, mormente quando consideramos que as faixas D e E não se fazem representar no âmbito desse mesmo conjunto.

Tabela 4 – Comparação dos grupos com a população de POA

Variáveis	População de Porto Alegre/Região Metropolitana %	Peguilado judicial (n=42) %	Peguilado administrativo (n=79) %	Convencional (n=49) %
<b>Faixa etária**</b>				
25 – 39	37,5	9,5	8,9	8,2
40 – 49	23,6	26,2	32,9	24,5
50 – 59	19,0	38,1	41,8	53,1
≥ 60	19,0	26,2	16,5	14,3
$\chi^2$		17,8	42,2	42,0
P		<0,001	<0,001	<0,001
<b>Sexo**</b>				
Masculino	48,8	64,3	55,7	42,9
Feminino	51,2	35,7	44,3	57,1
$\chi^2$		3,43	1,24	0,48
P		0,064	0,265	0,488
<b>Classe Econômica ABEP *</b>				
A	5,3	4,8	10,1	14,3
B	29,0	45,2	39,2	30,6
C	45,5	50,0	41,8	49,0
D	18,3	0,0	7,6	6,1
E	1,9	0,0	1,3	0,0
$\chi^2$		12,5	11,7	12,5
P		0,014	0,029	0,014
<b>Escolaridade *</b>				
Até Fundamental completo	50,5	28,6	49,4	32,7
Médio completo	31,6	50,0	31,6	46,9
Superior completo	17,8	21,4	19,0	20,4
$\chi^2$		8,81	0,08	6,93
P		0,012	0,961	0,031
<b>Cobertos por plano de saúde***</b>				
Sim	31,9	69,0	57,0	49,0
Não	68,1	31,0	43,0	51,0
$\chi^2$		25,0	21,7	5,82
P		<0,001	<0,001	0,016

\* Segundo ABEP (2005), dados de POA + Região Metropolitana

\*\* Segundo PNAD, dados de Porto Alegre (14)

\*\*\* Segundo IBGE, dados do RS

No que tange à escolaridade, percebemos um comportamento diferente entre os grupos, quando comparados à POA e RM. Os indivíduos do grupo IPA estão distribuídos em conformidade com a população em geral ( $P=0,961$ ). No entanto, os indivíduos dos demais grupos apresentam maior proporção de ensino médio (maior escolaridade) que a população em geral.

Além disso, merece registro o fato de que independente do Grupo examinado, a população do CAMMI apresenta maior cobertura de Plano de Saúde do que a população em geral, dado comprovado como estatisticamente significativo.

## **DISCUSSÃO**

No que tange a demanda por Interferon (Peginterferona Alfa e Interferona Alfa), verificou-se que a distribuição nos três grupos se comportava de forma similar, inexistindo diferenças significativas entre estes, no que diz respeito à idade, sexo, escolaridade e classe econômica. Entretanto, observamos tendência estatística a maior ( $P=0,153$ ) no número de pacientes que possuíam convênio privado entre os usuários de Interferon Peguilado quando comparado com aqueles que se utilizam de Interferon Convencional.

Com base neste resultado, o próximo passo foi comparar os dados obtidos da população amostrada em relação à população de POA e RM, pois tudo levava a crer que a população do CAMMI era, concretamente, bastante diferenciada em relação à população em geral, fato este evidenciado nos dados da Tabela 4.

Como se pode ver, em recente pesquisa do IBOPE (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística), nominada Critério Padrão de Classificação Econômica (2008), revela que 50,5% da população da RM de Porto Alegre possui o ensino fundamental completo, sendo que 31,6% da população concluiu o ensino médio e apenas 17,8% concluiu um curso

superior (Tabela 4). Além disso, estabelece que 5,3% dos habitantes da RM encontram-se na Classe mais abastada (Classe A), estando 29,0% na Classe B; 45,5% na Classe C; 18,3% na Classe D e, finalmente, 1,9% na Classe E.

Destarte, cabe registrar que deste contingente de habitantes, apenas 31,9% possuem cobertura de Plano de Saúde, segundo dados extraídos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (15).

Em relação à idade, a diferença verificada entre a população do CAMMI e a população de POA e RM é facilmente justificada, tendo em vista que os sintomas da hepatite C manifestam-se tardiamente, geralmente após 15 a 20 anos do momento em que o vírus foi contraído. Portanto, as pessoas acabam por descobrir a doença realmente bem mais tarde. Por outro lado, como a indicação para tratamento é quando se atinge um grau de lesão no fígado, enquadrado como F1<sup>10</sup>, a idade mostra-se como mais elevada, geralmente acima dos 40 anos (12).

Por outro lado, observa-se disparidade no comportamento dos grupos quanto à Classe Econômica, bem como o poder de consumo dos pacientes cadastrados no CAMMI em relação à população metropolitana de POA; nos grupos IPA e ICA, a proporção da Classe A chega a ser o dobro respectivamente.

Situação diversa há que ser dita em relação às Classes D e E, que praticamente não possuem quase nenhuma representatividade.

Esta constatação parece confirmar o que outros estudos (4,16) vêm demonstrando quanto às desigualdades sociais no Brasil e seus reflexos no âmbito dos serviços públicos de saúde. Encontramo-nos, portanto, diante de um quadro no qual se manifesta uma lógica perversa que simultaneamente favorece os setores mais privilegiados (de maior

---

<sup>10</sup> Nome técnico para lesões que afetam o fígado em decorrência da Hepatite C, correspondente ao número 1, o que importa em um estágio ainda inicial da doença, mas que já se verifica alguma lesão.

escolaridade e condição sócio-econômica) e dificulta o acesso das classes mais desfavorecidas no que tange à dispensação de medicamentos e de demais tratamentos. Com efeito, o referido estudo de Noronha e Andrade coloca o Rio Grande do Sul, Minas Gerais e o Distrito Federal, nessa ordem, como os estados que apresentam as maiores desigualdades sociais no acesso ao sistema público de saúde, privilegiando os mais ricos.

Quanto à escolaridade, temos que o nível mais alto foi observado no Grupo IPJ, o que nos leva a crer que aquele que possui mais anos de estudo e, por conseqüência, mais acesso à informação, busca e atinge mais agilmente seus direitos.

Outro dado importante que merece destaque foi a discrepância entre indivíduos que possuem Plano de Saúde na população do CAMMI em relação à população da RM de POA. Assim, se no plano da população metropolitana de POA 31,9% das pessoas possuem seguro-saúde, no âmbito do CAMMI a maior parte dos usuários dispõe deste recurso, chegando a 69% no grupo IPJ, 59% no grupo IPA e 49% no grupo ICA.

Cabe reiterar que nosso estudo mostrou que estes segurados consultam por meio dos seus respectivos planos de saúde, mas buscam tratamento público através do SUS. A facilidade do acesso ao diagnóstico proporcionado pelo plano de saúde pode estar privilegiando estes pacientes no acesso ao tratamento via SUS.

Este fato confirma a sustentação realizada por Ocké-Reis (5), ao considerar que usuários dos Planos de Saúde são duplamente contemplados: de um lado, por meio da cobertura de Planos de Saúde (contratados diretamente ou através de seus empregadores) propriamente dita; de outro, pela cobertura do atendimento via SUS. Eis o principal dilema da operacionalização e implementação do SUS: o financiamento de um sistema regido pelo princípio da universalização e da gratuidade, em meio a uma realidade que aponta para a exclusão.

Cumprir frisar que o sistema privado de saúde foi financiado pelo sistema público, por meio de isenções fiscais (17), repetindo o modelo liberal norte americano, que não se coaduna com o princípio universalista do SUS.

Neste sentido, convém apresentar o pensamento de Medeiros (2), sob o aspecto da *universalização* e da *focalização* na promoção da equidade. Pela *universalização*, que pode ser associada ao princípio da igualdade, todos têm direito ao acesso à saúde, como pressuposto da cidadania. Por outro lado, a *focalização* se identifica com o princípio da equidade, garantindo a distribuição de recursos a uma população específica, em condição de vulnerabilidade. Como se pode inferir, a *universalização* é mais dispendiosa, no que tange o gasto público, ao contrário da *focalização*, que costuma ser mais barata. No que tange o caso de medicamento de alto-custo, como o fármaco Interferon Peguilado (Peginterferona Alfa), assistimos as políticas públicas sendo focalizadas em favor dos mais ricos. E este é um dado que precisa ser melhor entendido e trabalhado pelo gestor público e pela sociedade como um todo.

### **As demandas judiciais por Interferon Peguilado (Peginterferona Alfa)**

Registremos os achados obtidos quanto ao comportamento da demanda judicial, principal objetivo deste trabalho. Ao estratificarmos os grupos por zona de residência, observamos que quase a metade dos usuários do grupo IPJ (47,6%) eram de fora de POA. Tentamos formular algumas hipóteses para compreendermos esta lógica, qual seja, a que afeta ao fluxo da demanda nos Municípios da RM, fora de POA. Uma possibilidade é a dificuldade enfrentada pelos usuários no acesso a medicamentos por meio das Coordenadorias Regionais e das Secretarias Municipais de Saúde, cujos entraves podem importar em dificuldades na tramitação dos processos administrativos, falta de preparo dos



servidores nos níveis regionais e municipais e, ainda, desinformação por parte dos próprios usuários.

Com a aprovação de uma nova Portaria, revisando os tratamentos concedidos aos portadores de hepatite C (11), houve uma ampliação no número de atendimentos que agora prevê muitas situações que anteriormente não dispunham de recomendação clínica, como o caso dos retratamentos.

Por conta destas inovações, a SES/RS expandiu o serviço de atendimento do CAMMI, sendo contemplado um maior número de usuários. Por força dessa mudança, os pacientes não mais necessitavam recorrer à via judicial, podendo acessar diretamente o Estado, por meio de um processo administrativo. É provável que os pacientes residentes nas cidades da RM não soubessem desta possibilidade ou não tivessem conhecimento das mudanças introduzidas pela aludida Portaria e, portanto, optaram pela via judicial.

Esta situação serve de alerta para que o gestor estadual esteja melhor preparado no sentido de equipar as Coordenadorias Regionais, bem como os gestores municipais e suas respectivas Secretarias de Saúde.

Outra constatação é a grande quantidade de retratamentos observada no grupo dos pacientes IPJ residentes em POA (63,6%) e fora de POA (70,0%). A justificativa pode estar associada ao fato de que o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas anterior à nova Portaria não previa re-tratamento sendo a via judicial a única forma de obter o tratamento. Todavia, esse assunto merece ser ampliado em estudos ulteriores.

Com base nos dados levantados a partir desse estudo, podemos vislumbrar algumas alternativas para o gestor quanto ao tratamento e acompanhamento dos indivíduos portadores de hepatite C, em consonância com o Princípio da Equidade que fundamenta o funcionamento do SUS.

Grandes são os desafios enfrentados pelo gestor de saúde ao se deparar com o crescente número de ações judiciais relativas à demanda por medicamentos e as conhecidas limitações orçamentárias. Diversos trabalhos denunciam esta expressiva litigiosidade (8, 17, 18). Citemos, por exemplo, o caso do Rio de Janeiro, que entre 2001 e 2005 experimentou um incremento de ações judiciais de requisição de medicamentos da ordem de quase 350% (18).

No Rio Grande do Sul, entre os anos 2002 e 2006, foi registrado um aumento de mais de 550% de ações judiciais requerendo medicamentos e demais tratamentos. Em termos absolutos tem-se que os números variam de 1.104 (em 2002) a 6.086 (em 2006). Em 2007 o quantitativo de ações judiciais chegou a 7.252, ou seja, em relação a 2002 houve um crescimento de 557%. Por fim, o último dado que dispomos revela que em 2008 houve 10.300 ações judiciais desse gênero, o que corresponde a nove vezes o número existente em 2002 (19). É essa uma das faces pelas quais se manifesta o processo de judicialização da saúde.

Encontramo-nos, portanto, frente a um cenário complexo e desafiador. Todavia, não há como negar alguns avanços obtidos. Nesse sentido, considera-se que o CAMMI representou um marco na história dos tratamentos da hepatite C. Os pacientes freqüentemente expressaram, em seus depoimentos, sua satisfação frente ao atual serviço prestado.

O acompanhamento prestado pelo CAMMI gera economia ao Estado em face do compartilhamento de ampolas entre usuários, otimizando o tratamento e evitando desperdícios. Outro aspecto refere-se à adesão ao tratamento, onde os pacientes são estimulados a dar continuidade ao processo, evitando os problemas advindos da desistência e, por conseguinte, da necessidade de retratamento que sabidamente apresenta menor

eficácia para o paciente e custos mais elevados para o Estado. Por força dessa dinâmica, usuário e Estado são favorecidos.

No entanto, é preocupante saber que o indivíduo que consegue acessar um serviço de excelência dessa natureza, é justamente aquele que possui um melhor nível social e escolar. Como consta na CF/88, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, portanto todos dispõem de garantias na obtenção do tratamento perante o SUS, independentemente de sua condição social.

Porém, é necessário desenvolver ações que facilitem o acesso às classes desfavorecidas (D e E), onde se encontra a maior parte da população em situação de vulnerabilidade. Registre-se que a participação da Classe C em nosso estudo reflete um quadro análogo aos dados populacionais relativos ao universo analisado.

Muitas são as dificuldades enfrentadas pelo portador de Hepatite C até a obtenção do tratamento, o que implica na realização de vários exames, juntada de documentação, embaraços burocráticos, etc.

Por fim cabe um último registro. Para a operacionalização do SUS é preciso que se discuta a sua base de financiamento e sustentação. O reconhecimento da elevada proporção de indivíduos que dispõem de Planos de Saúde, e que simultaneamente acessam o tratamento via SUS, há que ser tomado como um convite à reflexão no sentido das possibilidades de implicação dos planos de saúde no financiamento do sistema público, particularmente no que toca à dispensação de medicamentos.

## **CONCLUSÃO**

A constatação de iniquidade no acesso a um tratamento de alto custo de uma doença freqüente como hepatite crônica pelo vírus C nos remete à responsabilidade de propor a revisão das políticas públicas para estas e outras situações clínicas no Brasil.

Faz-se necessário tornar visível esta discussão com a sociedade e rotinizar a incorporação de dados sócio-econômicos-culturais junto ao processo de dispensação de medicamentos à população.

A desigualdade socio-econômico-cultural no acesso ao tratamento médico no SUS possivelmente aumenta na mesma medida em que aumenta o número de procedimentos requeridos na fase de investigação sobre os níveis de gravidade da doença. No caso da hepatite C, é necessária consulta com especialista em gastroenterologia, e, ou, hepatologia; realização de exames laboratoriais de medida de marcadores virais; agendamento e resultado de biópsia hepática, e, ainda, retorno ao especialista. A dificuldade para completar todo este ciclo dentro do SUS é elevada. Portanto, é bem mais fácil e ágil se obter o tratamento por meio de seguros privados.

Possivelmente, este acesso diferenciado ocorre na etapa onde se define gravidade a doença, o que resulta na desigualdade no acesso ao tratamento, identificada neste estudo. Reduzir esta desigualdade requer, em primeiro lugar, torná-la visível a todos. Para isto seria preciso que o SUS incorporasse, nas rotinas da identificação dos usuários, informações que permitissem descrever a distribuição dos recursos do sistema na comunidade. A associação entre a distribuição espacial das hospitalizações pelo SUS e desigualdades nas condições de vida foi recentemente demonstrada em Porto Alegre (20), mas o trabalho de georeferenciamento dos endereços dos pacientes requerido para isto não seria viável na rotina.

Uma possibilidade seria repensarmos o Código de Endereçamento Postal utilizado em nosso país. Na Inglaterra, O Código Postal é o indicador preferencial de status socioeconômico usado pelos bancos para decisões sobre planos de pensão e empréstimos pessoais (21). O que diferencia o Código Postal Inglês do existente em nosso

país é que aquele é bem mais detalhado que o nosso. Uma sugestão seria que nosso CEP evoluísse no sentido de aumentar sua capacidade de georeferenciamento da população.

Outra possibilidade é adotar como rotina, o preenchimento do questionário da ABEP, que mede o poder de compra do indivíduo, utilizado em nosso instrumento de pesquisa, onde perguntamos basicamente dados sobre a escolaridade do indivíduo e informações sobre a quantidade de itens que possui, como aparelhos de TV, rádios, banheiros, máquina de lavar roupa, geladeira, freezer, aparelhos de vídeo cassete e DVD. Desta forma, poderemos classificar e, por conseqüência, tornar evidente a classe sócio-econômica dos indivíduos que logram êxito ao obter tratamento por meio do SUS que, notadamente, são as classes mais privilegiadas.

Desta forma, cabe por último ressaltar que a desigualdade acontece mesmo antes da dispensação de medicamentos, possivelmente no acesso ao nível secundário especializado. Então a inclusão de indicadores SE deve ser feita no acesso aos diversos níveis de atenção e tratamento no SUS, pois mudar requer enxergar as diferenças.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Brasil, Constituição da república federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, 5 out. 1988.
2. Medeiros M. Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde. Pub. Seriada: Texto para Discussão Ipea 687. Rio de Janeiro, 1999
3. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 2000. p. 133-149.
4. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 2006. p. 975-986.
5. Ocké-Reis CO. A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? Pub. Seriada: Texto para Discussão Ipea 1376. Rio de Janeiro, 2009.
6. Brasil, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

- correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 setembro 1990.
7. Tate CN. Why the expansion of Judicial Power. In: Tate CN, Vallinder T. The Global Expansion of Judicial Power. New York: New York University Press, 1995.
  8. Tribunal de Contas da União. Relatório de avaliação de programa: Ação de Assistência para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2004. **[acessado em 21 de abr. 2006]** Disponível em <[http://www2.tcu.gov.br/portal/page?\\_pageid=33,620521&\\_dad=portal&\\_schem=PORTAL](http://www2.tcu.gov.br/portal/page?_pageid=33,620521&_dad=portal&_schem=PORTAL)>
  9. Pereira JR, Santos R.I, Nascimento Junior JM, Schenkel EP. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. 2007 [acessado em 09 de mar.2008] Disponível em <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1320](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1320)>
  10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Portaria Técnica do Gabinete do Ministério da Saúde nº 3.916, de 30 outubro de 1998. Estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 10 de novembro de 1998.
  11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 34, de 28 de setembro de 2007. Dispõe sobre Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C. Diário Oficial da União, p. 59, 8 de out. 2007. (Seção 1)
  12. Amaral K, Picon PD, Reis JG. Atenção Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: um exemplo de experiência bem sucedida com pacientes portadores de hepatite C. Revista Brasileira de Farmácia, v.87(1), 2006. p 19-21.
  13. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil 2008. [acessado em 08 de Mar 2009] Disponível em <<http://www.viverbem.fmb.unesp.br/docs/classificacaobrasil.pdf>>.
  14. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 2007. [acessado em 5 de Mar 2009] Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/>>.
  15. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 2003. [acessado em 5 de Mar 2009] Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/>>.
  16. Noronha KVMS & Andrade, MV. Desigualdades sociais em saúde : evidências empíricas sobre o caso brasileiro. Pub. Seriada: Texto para Discussão 171. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002. 34p.
  17. Marques SB, Dallari SG. 7 Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. In: Revista de Saúde Pública, 41(1), 2007, p. 101.
  18. Borges, DCL. Uma análise das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do sus: o caso do estado do Rio de Janeiro no ano de 2005 [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, 2007.
  19. Naundorf, B. Dados da Assessoria Jurídica da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, RS, 2009. [Comunicação pessoal]
  20. Mota, LMM. Perfil das hospitalizações por doenças respiratórias no Sistema Único de Saúde em Porto Alegre. Boletim da Saúde, v. 23, n.1, 2009. p. 23-30.

21. Richards,S. Drivers for Change. Joining forces in mortality and longevity: a multidisciplinary conference. College of Physicians, Edinburgh, October 2009. [acessado em 03 de Dez 2009]. Disponível em <[http://www.richardsconsulting.co.uk/October\\_2009.pdf](http://www.richardsconsulting.co.uk/October_2009.pdf)>

## 8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento vertiginoso do número de ações judiciais envolvendo a dispensação pública de medicamentos é um fato inquestionável no Estado do Rio Grande do Sul. Trata-se do que se passou a denominar como “judicialização da saúde”, sendo esse um fenômeno que envolve não somente setores ligados ao poder judiciário, mas também do poder legislativo e executivo, além do Ministério Público, indústria farmacêutica, empresas de seguro saúde, associações de usuários, etc.

O processo de judicialização da saúde se manifesta no reconhecimento de um aumento de mais de 550% no número de ações judiciais no ano de 2007 em relação ao ano de 2002. Se levamos em conta o ano 2008 constatamos a existência de 10.300 ações judiciais envolvendo direito à saúde, dado que indica haver multiplicado em nove vezes o número de ações existentes em 2002.

O acesso à saúde é um direito coletivo que deve ser salvaguardado sob a égide de políticas públicas que alcancem indivíduos de diferentes camadas que conformam o tecido social. É mister enfrentar os desafios que se contrapõem à operacionalização do SUS, com vistas à manutenção dos princípios universalistas que inspiraram o direito constitucional brasileiro.

Apesar das crescentes dificuldades operacionais, não há como negar alguns avanços obtidos no plano do atendimento às legítimas demandas da população sulriograndense. Nesse sentido, considera-se que o CAMMI representou um marco na história dos tratamentos da hepatite C. Os pacientes freqüentemente expressaram, em seus depoimentos, sua satisfação frente ao atual serviço prestado. O acompanhamento prestado pelo CAMMI gera economia ao Estado em face do compartilhamento de ampolas entre usuários, otimizando o tratamento e evitando desperdícios. Outro aspecto refere-se à adesão ao tratamento, onde os pacientes são estimulados a dar continuidade ao processo, evitando os problemas advindos da desistência e, por conseguinte, da necessidade de retratamento que sabidamente apresenta menor eficácia para o paciente e custos mais elevados para o Estado. Por força dessa dinâmica, usuário e Estado são simultaneamente favorecidos.

Este estudo, entretanto, revelou que o princípio da Equidade não é afetado pela via de acesso ao tratamento, tão pouco pela medicação requerida, seja esta a



formulação mais dispendiosa para o Estado ou não (Peginterferona Alfa e Interferona Alfa). Nesse sentido, os três grupos, objeto deste estudo, revelaram-se de forma bastante similar quanto ao respectivo poder de consumo e a classe econômica a que respectivamente se vinculam. Por outro lado, a pesquisa aqui realizada demonstrou que o perfil do coletivo de usuários mostra-se discrepante em relação às características gerais do cidadão médio de Porto Alegre, tanto do ponto de vista das condições sócio-econômicas, nível de escolaridade, entre outros aspectos.

Nesse sentido, os resultados demonstraram que a proporção da Classe A, chega a ser o dobro e o triplo nos grupos IPA e ICA, respectivamente. Situação diversa há que ser dita em relação às Classes D e E, que praticamente não possuem quase nenhuma representatividade no coletivo de usuários analisado.

Outro dado importante que merece destaque foi a discrepância entre indivíduos que possuem Plano de Saúde na população do CAMMI em relação à população da RM de POA. Assim, se no plano da população metropolitana de POA 31,9% das pessoas possuem seguro-saúde, no âmbito do CAMMI a maior parte dos usuários dispõe deste recurso, chegando a 69% no grupo IPJ, 59% no grupo IPA e 49% no grupo ICA.

Desta forma, podemos concluir que para que as Classes D e E sejam também contempladas e devidamente atendidas, tendo em vista os inúmeros entraves com que se deparam os sujeitos que pertencem à estas camadas menos favorecidas, é necessário melhor equipar o serviço, ampliando o atendimento, já que estes, via de regra, não dispõem de seguro privado de saúde.

Para tanto, torna-se inevitável discutirmos as bases de financiamento do SUS. O elevado número de usuários contemplados pelo CAMMI detentores de Plano de Saúde nos convida à reflexão no sentido de repensar o modelo atual de financiamento do sistema público. Isso implica em avaliar em que medida as seguradoras de planos privados não deveriam contribuir com uma fração no tratamento de seus segurados, transferindo ao Estado o compromisso de ampliar o atendimento aos usuários das classes menos favorecidas como as classes D e E.

Trata-se aqui de aperfeiçoar o equipamento público de saúde no sentido de torná-lo mais eficaz, sem renunciar aos compromissos com a justiça social, a

equidade e a ampliação dos graus de liberdade com que contam os indivíduos no acesso às políticas de promoção social e cidadania.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A**

UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE DO SUL  
Programa de Pós-Graduação em Medicina: Epidemiologia  
Mestrado Profissional

**Determinantes e resultados da judicialização da demanda por medicamentos de alto-custo no RS: o caso da distribuição do medicamento Interferona Alfa em Porto Alegre e Região Metropolitana.**

Aluna: Renata Sacco dos Anjos  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Maria Inês Azambuja  
Co-Orientador: Prof. Paulo D. Picon

Endereço para contato  
Renata Sacco dos Anjos  
Rua Visconde do Herval, 533 – aptº 302  
Menino Deus – Porto Alegre/RS  
Fones: 3028-9706 / 8183-5155  
Fax: 3288-5824  
e-mail. [renatasaccodosanjos@gmail.com](mailto:renatasaccodosanjos@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

### O PROBLEMA DE PESQUISA

A Constituição Federal de 1988 (doravante CF/88), consolidou as bases para o surgimento de um novo modelo de Saúde Pública no cenário brasileiro. O então denominado Sistema Único de Saúde (SUS), este novo marco institucional, nasce calcado nos princípios basilares da universalidade do acesso à saúde e da igualdade de tratamento a todos os seus usuários. No artigo 196 da CF/88 lê-se: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.* (grifos nossos).”

Importa dizer que, sob o peso destes princípios subjaz a idéia de que os serviços e as ações em saúde abrangerão a todos indivíduos indistintamente, de forma igualitária e articulada com outros instrumentos de intervenção estatal neste âmbito. Com o fim de implementar o SUS, é publicada a Lei 8080/90, que estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Cumpre frisar que a reforma sanitária que culminou com a instituição do SUS surgiu como resposta às reivindicações de distintos setores da sociedade brasileira, tanto da cidadania em geral, como dos profissionais, agentes de saúde e operadores do setor (SARTÓRIO, 2004). Dentro deste novo contexto, tornou-se premente repensar a forma de prestar assistência farmacêutica em nosso país, já que a CF/88 preconizou a descentralização das ações e serviços públicos de saúde.

Por intermédio da Portaria Técnica do Gabinete do Ministério da Saúde nº 3.916, de 30/10/98 foi instituída a “Política Nacional de Medicamentos”, com o objetivo de estabelecer o regime de competências administrativas para cada nível de gestão governamental: União, Estados e Municípios. Desta forma buscou-se ampliar o acesso da população à distribuição de medicamentos, principalmente os ditos essenciais, ficando o seu suprimento sob a responsabilidade do gestor municipal (MESSENDER, et al, 2005). Ao gestor estadual, incumbiria a coordenação das ações de assistência farmacêutica dentro do Estado, além da dispensação dos medicamentos de alto custo, incluindo, fundamentalmente, os chamados medicamentos excepcionais. Já ao gestor federal atribui-se a regulação de todo o sistema, providenciando os mecanismos de financiamento e propondo as diretrizes das ações a serem implantadas pelos Estados e Municípios.

Paralelamente às dificuldades enfrentadas pelos gestores de saúde, e de posse de todo o arcabouço jurídico advindo da CF/88 e demais leis e Portarias, advogados, promotores e defensores públicos desencadearam um número expressivo de ações judiciais objetivando a dispensação de medicamentos.

Ora, a CF/88, ao elencar o direito à saúde em seus artigos 6º, 196 e 200, não equacionou as questões referentes aos recursos financeiros que deveriam lastrear a efetividade do acesso à saúde, conforme os princípios que estabelece.

Diante de tamanha complexidade do quadro que impera no âmbito da assistência farmacêutica, assistimos ao fenômeno aqui denominado de “judicialização” da demanda farmacêutica (SARTÓRIO, 2004; VIANNA, 1999), onde o acesso às políticas públicas não mais é estabelecido por gestores de saúde, mas sob o império da atuação da magistratura, a qual, por intermédio de liminares em ações judiciais, visa

assegurar um direito individual que, em última instância, deveria ser universal, tal como estabelece a Constituição.

Tal realidade se deve ao fato de que muito embora exista a previsão constitucional de acesso igualitário à saúde, tal acesso se operacionalizará conforme a equação de outros fatores tantos como a renda, condições de trabalho, comportamentos individuais, determinantes culturais, demográficos e geográficos e outros. Com base nisto, vários autores têm-se debruçado sobre o tema 'justiça e equidade' no acesso a saúde, trazendo a questão sob o ponto de vista da necessidade do usuário. (STARFIELD, 2001; WHITEHEAD, 1991; TRAVASSOS, 1997)

Assim sendo, citemos Starfield:

Equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do *status* de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente. Equidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical)

Nesta mesma perspectiva, mas com um novo olhar, TRAVASSOS acrescenta ao debate a equidade no consumo de serviços de saúde:

No campo sanitário, é importante distinguir equidade em saúde de equidade no uso ou no consumo de serviços de saúde. Tal distinção parece-me importante, pois os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer diferem daqueles das desigualdades no consumo de serviços de saúde. As desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais, e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer.

Como se pode ver, o debate acerca da equidade em saúde está direcionado à problemática de recursos limitados e a forma mais equânime de distribuí-los. Uma situação que bem expressa este quadro é a dispensação do medicamento Interferon Peguilado (Peginterferona Alfa), cujo valor excessivo de aquisição tem consumido uma importante fatia do orçamento público em Saúde.

De acordo com PEREIRA, J.R., em seu recente estudo sobre demandas judiciais por medicamentos, realizado junto à Secretaria do Estado de Santa Catarina:

O custo mensal por paciente para a Secretaria de Estado de Saúde, no ano de 2004, utilizando o interferon peguilado associado a ribavirina era de R\$ 4.025,44, em contraposição ao custo de R\$ 123,12 do tratamento com o interferon convencional associado a ribavirina.

Segundo dados obtidos pelo Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas da União (TC 005.010/2004-2 Acórdão 1.673/2004 - Plenário, em 27/10/2004, Ata 40/2004-P, p. 58), mediante pesquisa realizada em seis Estados Federativos (BA, GO, PA, PR, RJ, SP), em 2002 houve uma média de 1 a 2 ações judiciais por dia solicitando medicamentos excepcionais, já em 2004 esse número cresceu para quatro a cinco, sendo que o mais peticionado é justamente o Interferon Peguilado ([peginterferona](#)).

Ora, estes dados revelam a importância de se pesquisar e conhecer melhor a demanda de tal medicamento, tendo em vista que é o fármaco mais requerido e solicitado dentre aqueles apontados como Excepcionais e que representa um alto custo financeiro para os cofres públicos. Com base no mesmo Relatório do TCU, já acima referido, se obtém a informação de que o custo médio anual de apenas um usuário do medicamento

Interferon Peguilado (Peginterferona Alfa) é de R\$ 100.000, 00 (cem mil reais) – Dados da aludida pesquisa revelam que, no Rio Grande do Sul, no ano de 2003, foram gastos com o Peginterferona Alfa o mesmo valor equivalente às despesas com a Farmácia Básica.

Com o intuito de otimizar o tratamento e prover a atenção farmacêutica aos usuários, no Estado do Rio Grande do Sul, foi criado, em 2003, o Centro de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis (doravante CAMMI), cujo funcionamento encontra-se junto a sede do Hospital Sanatório Partenon, onde são os usuários residentes em Porto Alegre e Região Metropolitana. O CAMMI é um centro de atenção sob a Coordenação da Política e Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde, que tem por objetivo realizar a atenção farmacêutica aos usuários através do cadastramento e aplicações das doses pertinentes a cada usuário do medicamento Interferon Convencional (Interferona Alfa) e do Interferon Peguilado (Peginterferona Alfa). Ao invés da dispensação das ampolas, as doses exatas indicadas são aplicadas por pessoal treinado da própria Secretaria, que também faz o acompanhamento destes usuários. A resposta ao tratamento é avaliada transcorridas 12 (doze) semanas de aplicação, quando são feitos exames no intuito de verificar se os índices de carga viral estão efetivamente diminuindo. Com esse procedimento, é possível evitar que o uso da medicação seja feito de forma desnecessária, quando o organismo do usuário não responde ao tratamento.

Este desenvolvimento estratégico possibilitou uma importante economia à Secretaria Estadual de Saúde e propiciou a formação de um valioso banco de dados desde setembro de 2003. Junto ao CAMMI, são atendidos, em média, quatrocentos e cinquenta usuários por mês, sendo que, dentre estes, trezentos são usuários do medicamento Interferon Peguilado (Peginterferona Alfa) e cerca de cento e cinquenta do medicamento Interferon Convencional (Interferona Alfa).

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou as novas regras que regulamentam a dispensação de medicamentos para os portadores de hepatite C. Trata-se da Portaria nº 34, de 28/09/2007, que dispõe sobre Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C. Neste novo documento ampliou-se o acesso ao tratamento para grupos de pacientes que até então não tinham previsão de dispensação por meio do Estado, como portadores de hepatite viral aguda, usuários que requerem o retratamento, usuários de drogas, pacientes pediátricos e outros casos não contemplados anteriormente.

## **JUSTIFICATIVA**

Tendo em vista o crescimento exponencial do número de ações judiciais peticionando medicamentos especiais, é importante avaliarmos o quanto a judicialização interfere na equidade de acesso a recursos do SUS.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Investigar se a judicialização da demanda por Interferon (Peginterferona Alfa) por parte dos portadores de hepatite C em Porto Alegre interfere na equidade do acesso à Saúde no SUS.

A estratégia será comparar características sócio-econômicas dos pacientes que ingressaram via administrativa ou judicial, atendidos no CAMMI.

### **Objetivos secundários**

- Mapear os locais de residência de pacientes atendidos via judicial e via administrativa, utilizando proxy socioeconômica (medida utilizada para inferir o valor de uma variável de interesse)
- Descrever a ocupação, a condição de atividade e a percepção ou não de benefícios previdenciários e sociais entre pacientes com hepatite C em Porto Alegre

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **Delineamento**

Este é um Estudo Transversal visando a comparação de três grupos de pacientes atendidos com dispensação de interferon convencional (Interferona Alfa) pelo SUS via administrativa, usuários atendidos com interferon peguilado também pela via administrativa e os atendidos com interferon peguilado (Peginterferona Alfa), pela via judicial. A comparação se dará quanto às características socio-demográficas.

### **Coleta de Dados**

Toda a dispensação de Alfa Interferon A pelo SUS, seja obtido administrativamente ou por via judicial, acontece através do CAMMI. O tratamento tem duração de 48 semanas, dependendo do caso (após 12 semanas em que o indivíduo inicia o tratamento, é feito exame para constatar se o organismo está apresentando resposta à medicação).

As listagens de todos os pacientes em tratamento no CAMMI, no período de dois meses em que acontecerá a coleta de dados, serão obtidas junto ao CAMMI, de acordo com o tipo de medicamento e a via de obtenção (judicial ou administrativa). A partir das três listas de pacientes serão obtidas amostras aleatórias das três sub-populações a serem comparadas.

### **Cálculo do tamanho da amostra**

Para o cálculo do tamanho da amostra estabelecemos que as variáveis tenham desfecho dicotômico (nível socioeconômico (SE) mais alto e mais baixo). Assumindo que a distribuição de renda seja tal que nos pacientes recebendo interferon convencional (Interferona Alfa) por via administrativa (grupo controle) 25% estejam no grupo de nível SE mais alto, enquanto nos que recebem interferon peguilado (Peginterferona Alfa) por via judicial 75% estejam no grupo mais alto, serão necessários 65 pacientes em cada grupo para detectar esta diferença de 50% com poder de 80% e  $\alpha=0,05$ . A partir das listas serão selecionados aleatoriamente 80 pacientes em cada categoria (margem para recusas), com a finalidade de entrevistar pelo menos 65 em cada grupo.

O número de total de casos em acompanhamento no período em cada grupo será registrado para o cálculo das frações amostrais, que serão utilizadas para ponderar os resultados quando a intenção for descrever o conjunto de pacientes em acompanhamento no CAMMI.



## Coleta, processamento e análise de dados

Além de variáveis demográficas (sexo, idade), serão coletados dados para a caracterização socioeconômica da população. A análise pretende comparar entre os três grupos a renda média familiar e per-capita, a escolaridade do chefe da família, o nível socioeconômico conforme a escala socioeconômica de classificação de consumo da ABIPEME (Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado), e o bairro/região de residência. Adicionalmente, serão coletados dados sobre ocupação, condição de atividade e vigência ou não de benefício previdenciário ou social, para uma descrição exploratória destas variáveis em pacientes com hepatite C em Porto Alegre.

A entrada dos dados do questionário será feita no EPI-INFO 6.04, e a análise no SPSS versão 10. Os dados serão dicotomizados para a análise. Na análise univariada as diferenças serão testadas com o qui-quadrado. Na análise multivariada, utilizaremos a regressão logística. Para a extrapolação dos achados para o conjunto da amostra de pacientes com hepatite C que recebem tratamento pelo SUS em Porto Alegre (representados pelos em atendimento no CAMMI no período do estudo) será necessário utilizar a ponderação dos achados nos três grupos pela fração amostral, o que será feito no STATA (Data Analysis and Statistical Software), pacote estatístico que possibilita a análise de dados e geração de gráficos).

## Aspectos Éticos

Os indivíduos amostrados em cada grupo serão convidados a responder a um questionário, após conhecerem o estudo e assinarem o Termo de Consentimento (anexo I). O questionário será aplicado pessoalmente no CAMMI, no momento do comparecimento para a aplicação da medicação. Dados que identifiquem os pacientes não constarão dos questionários. O protocolo será submetido à Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

## CRONOGRAMA

	03/08	04/08	05/08	06/08	07/08	08/08	09/08	10/08	11/08	12/08	01/09
<b>Ingresso e Submissão do Projeto ao Comitê de Ética</b>	X	X									
<b>Coleta de dados</b>			X	X	X						
<b>Análise dos dados e redação do artigo</b>						X	X	X			
<b>Preparo e defesa</b>									X	X	
<b>Publicação</b>											X

## ORÇAMENTO

Despesas com questionário .....	R\$ 100,00
Material consumo (canetas, pastas...) .....	R\$ 100,00
Entrada de dados .....	R\$ 300,00
Assessoria em estatística.....	R\$ 500,00
Preparação para Publicação .....	R\$ 300,00
<b>Total estimado .....</b>	<b>R\$1.300,00</b>

**Fonte de financiamento: o trabalho será financiado com recursos próprios.**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) APPIO E. O Direito e a indústria – não cabe ao juiz determinar política pública de saúde. Disponível em <<http://conjur.estadao.com.br>> . Acesso em 24/02/2006
- 2) BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, 5 out. 1988
- 3) BRASIL, Lei 8.080/90. Disponível em <<http://www.senado.gov.br>> Acesso em 24/02/2006
- 4) BRASIL, **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 20 setembro. 1990
- 5) BRASIL, Tribunal de Contas da União. Relatório de avaliação de programa: Ação Assistência para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais/ Tribunal de Contas da União; Ministro Relator Lincoln Magalhães da Rocha. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2004. Disponível em: <[http://www2.tcu.gov.br/portal/page?\\_pageid=33,620521&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://www2.tcu.gov.br/portal/page?_pageid=33,620521&_dad=portal&_schema=PORTAL)> . Acesso em 21/04/2006.
- 6) BERMUDEZ JAZ, BONFIM JRA. Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde, São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos e Hucitec Ltda, 1999
- 7) MACHADO FR; PINHEIRO R, GUIZARDI FL. Direito à Saúde e Integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO R, MATTOS RA. (org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005.
- 8) MATTOS RA. Direito, Necessidades em Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO R, MATTOS RA. (org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005.
- 9) MAYORGA P, FRAGA F, BRUM CK, CASTRO EF. Assistência Farmacêutica no SUS: quando se efetivará? In: MISOCZKY MC, BORDIN R. **Gestão Local em Saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004.
- 10) MESSEDER AM, OSÓRIO DE CASTRO CGS, LUIZA VL. Mandados judiciais como ferramentas para garantia de acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública** v. 21, n.2 – jan mar /abr/2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>> . Acesso em 23/02/2006.
- 11) PICON P, AMARAL K, REIS J. Atenção Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: um exemplo de experiência bem sucedida com pacientes portadores de hepatite C. **Revista Brasileira de Farmácia**, v.87(1), p19-21.
- 12) PICON P, BELTRAME A. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/pcdt/05\\_protocolos.pdf](http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/pcdt/05_protocolos.pdf)>. Acesso em 04/05/2007.
- 13) PINHEIRO R, GUIZARDI FL, MACHADO FR, GOMES RS. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações

sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO R, MATTOS RA. (org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005.

14) SILVA Jr AG, ALVES CA, ALVES MGM. Entre Tramas e Redes: Cuidado e Integralidade. In: PINHEIRO R, MATTOS RA. (org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005.

15) SARTÓRIO MJ. Política de medicamentos excepcionais no Espírito Santo: a questão da judicialização da demanda. Porto Alegre: UFRGS, 2004. p. 153.

16) STARFIELD B. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*. Inglaterra: v.13, n.3, p. 545-566, 2001.

17) TRAVASSOS C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.325-330, abr./jun 1997. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1997000200024](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000200024)>  
Acesso em 09/03/08.

18) VIANA ALA, FAUSTO MCR, LIMA LD. Política de saúde e equidade. *São Paulo Perspec.* [online]. 2003, vol.17, n.1, p. 58-68. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392003000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007)> Acesso em 09/03/08.

## Anexo I – Projeto de Pesquisa

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. Está sendo convidado a participar de um Estudo para descrever a processo de fornecimento do medicamento Interferon (medicamento utilizado por quem é portador de hepatite C). A pesquisadora espera que este estudo contribua para a melhorara do atendimento dos indivíduos que necessitam deste remédio.

A sua participação nesta pesquisa consiste em responder a um questionário. O tempo previsto para a realização de todas estas atividades é em torno de 30 minutos. Não serão realizadas quaisquer outras atividades além destas. O seu nome não constará em qualquer documento ou banco de dados deste projeto de pesquisa, apenas neste Termo de Consentimento. Os dados obtidos ficarão arquivados na Universidade, sob a guarda da pesquisadora. A divulgação dos resultados será feita sem a identificação dos participantes, ou seja, o nome de todos os participantes será mantido em sigilo, sendo que os dados aqui coletados serão utilizados somente para esta pesquisa.

A pesquisadora deste Estudo é a Sr.a Renata Sacco dos Anjos, Mestranda do curso de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS, cujo telefone para contato é (51) 8183-5155, sob Orientação dos Professores da UFRGS – Faculdade de Medicina - Dr.a Maria Inês Azambuja e Dr. Paulo Picon.

Estou ciente de que a minha participação não implica em riscos para a minha saúde e para o meu tratamento, e, embora não me traga benefícios diretos, as informações que eu fornecer podem contribuir para melhorar o processo de fornecimento deste medicamento e com isto beneficiar outros pacientes.

Eu, \_\_\_\_\_, estando garantida a minha liberdade de retirar este consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao meu tratamento, concordo em participar do presente estudo.

Este Termo de Consentimento será assinado em duas vias, sendo que uma via ficará com a Pesquisadora e a outra com o Sr.(a).

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

## Anexo II – Questionário do Projeto

Nº de Identificação:

1) Idade: \_\_\_\_\_ anos

2) Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino

3) Qual é o seu endereço? (Rua/Av/Outros \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_  
aptº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_) Só para fins de CEP

4) Há quanto tempo o(a) Sr. (a) mora neste endereço? \_\_\_\_\_ meses ou \_\_\_\_\_ anos

5) Mora em casa:

1. ( ) própria 2. ( ) do (a) companheiro(a) 3. ( ) da família 4. ( ) emprestada 5. ( ) alugada 6. ( ) outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

6) Na sua casa tem (anote apenas os números de ítems que funcionam)

Posse de itens	Não tem	T E M (Quantidade)			
		1	2	3	4
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Máquinas de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer(*)	0	2	2	2	2

(\*) Independente ou 2ª porta da geladeira

7) O(A) senhor(a)

1. ( ) não trabalha ou nunca trabalhou fora (caso for respondida esta alternativa, o questionário continua a partir da questão nº 12).

2. ( ) é empregado com carteira assinada, tempo integral

3. ( ) é empregado com carteira de trabalho, tempo parcial

4. ( ) trabalha por conta própria, e contribui para o INSS

5. ( ) trabalha por conta própria e não contribui para o INSS

6 ( ) é funcionário público

7. Outro: \_\_\_\_\_

8) Atualmente o(a) senhor(a) está:

a. ( ) trabalhando

b. ( ) inativo por doença, em atestado médico (recebendo pela empresa). Por que doença? \_\_\_\_\_

c. ( ) inativo por doença em benefício previdenciário. Por que doença? \_\_\_\_\_

d. ( ) inativo por doença sem benefício ou renda. Por que doença? \_\_\_\_\_

e. ( ) aposentado por invalidez

f. ( ) aposentado por tempo de serviço

g. ( ) desempregado recebendo seguro-desemprego

h. ( ) desempregado fazendo biscate

i. ( ) desempregado sem renda

j. ( ) outra condição: \_\_\_\_\_

09) Qual foi a sua renda nesse último mês? (totalidade dos rendimentos)

(1) Menos de R\$ 415,00 ( 01 salário mínimo)

(2) R\$ 415,00 (01 SM)

(3) De R\$ 416,00 até R\$ 622,50 (+ 1 SM até 1,5 SM)

(4) De R\$ 623,00 até 830,00 (+ de 1,5 SM até 2 SM)

(5) De R\$ 831,00 até 1.245,00 (+ de 2 SM até 3 SM)

(6) De R\$ 1.246,00 até 2.075,00 (+ de 3 SM até 5 SM)

(7) De R\$ 2.076,00 até 4.150,00 (+ de 5 SM até 10 SM)

(8) Mais de 4.150,00 (+ de 10 SM)

10) Até que ano o Sr. (a) estudou?

Nomenclatura antiga	Pontos	Nomenclatura atual
Analfabeto/Primário incompleto	0	Analfabeto/ até 3a Série Fundamental
Primário completo	1	4a. Série Fundamental
Ginasial completo	2	Fundamental completo
Colegial completo	4	Médio completo
Superior completo	8	Superior completo

11) O Sr.(a) mora sozinho?

( ) sim

( ) não, moro com \_\_\_\_\_ (pai, mãe, irmão, irmã, filho, filha, marido, esposa, companheiro, outro familiar, outro não familiar).(fazer círculos e listar ao lado da numeração da tabela abaixo)

12) Relacionar as pessoas com quem mora, indicando o grau de parentesco existente (ou não). Quanto ganhou cada pessoa que mora com o Sr.(a) nesse último mês? (registrar na última coluna). Serão considerados, como renda individual, salários, aposentadorias, pensões, auxílios e bolsas de todos que moram na casa, de acordo com as seguintes faixas:

(1) Menos de R\$ 415,00 ( 01 salário mínimo)

(2) R\$ 415,00 (01 SM)

(3) De R\$ 416,00 até R\$ 622,50 (+ 1 SM até 1,5 SM)

(4) De R\$ 623,00 até 830,00 (+ de 1,5 SM até 2 SM)

(5) De R\$ 831,00 até 1.245,00 (+ de 2 SM até 3 SM)

(6) De R\$ 1.246,00 até 2.075,00 (+ de 3 SM até 5 SM)

(7) De R\$ 2.076,00 até 4.150,00 (+ de 5 SM até 10 SM)

(8) Mais de 4.150,00 (+ de 10 SM)

	Entrevistado (E) ou Parentesco	Sexo	Idade	Anos Estudo	Profissão	Ativo(A) Inativo( I )	Renda
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

13) Existe atualmente alguém desempregado na casa?

( ) Não

( ) Sim. Quem?

14) O (A) senhor (a) ou alguém da sua família recebe benefício de algum programa de redistribuição de renda ou previdenciário (auxílio-doença, aposentadoria, pensão), benefício assistencial (LOAS), ou

outro tipo de auxílio do governo (bolsa-família, bolsa-escola, bolsa-alimentação, vale-gás, isenção de pagamento de passagens de ônibus)?

a.  Não

b.  Sim Quem recebe? \_\_\_\_\_ Qual benefício ou auxílio? \_\_\_\_\_

15) Por quanto tempo, durante os últimos 12 meses, o (a) Sr.(Sr.a) teve a cobertura de algum tipo de plano de saúde privado ou empresarial?

1. Todo ano

2. Maioria dos meses

3. Somente alguns meses ou semanas

4. Nunca tive Plano de Saúde

5. Não sei / Não me lembro

16) Durante os últimos 12 meses, o senhor (a senhora) pagou diretamente por algum atendimento de saúde?

a.  Não b.  Sim. Quantas vezes? \_\_\_\_\_

17) Quando foi a sua última consulta? (Inicialmente não leia as alternativas, apenas se for necessário, para a pessoa recordar)

1(  ) no último mês

2(  ) de três a seis meses atrás

3(  ) mais de seis meses

9(  ) não sei/ não lembro

18) A sua última consulta médica foi em razão de que enfermidade (ou foi revisão médica)?

\_\_\_\_\_

19) Onde foi a consulta?

Pronto atendimento do SUS

Ambulatório de Hospital. Qual? \_\_\_\_\_

Consultório, convenio

Consultório, privado

Outro \_\_\_\_\_

20) Nos últimos 12 meses a senhor (a) esteve internado em hospital?

Não

Sim. Qual foi o motivo desta internação? \_\_\_\_\_

21) Quem pagou a internação?

1(  ) SUS

2(  ) Seguro-Saúde

3(  ) Eu mesmo(a) ou minha família

**Com relação à sua hepatite C:**

22) O primeiro médico que lhe disse precisar tratamento para hepatite, fazia parte de que serviço?

Pronto atendimento do SUS

Ambulatório de Hospital. Qual? \_\_\_\_\_

Consultório, convenio

Consultório, privado

Outro \_\_\_\_\_

23) Qual a marca do remédio prescrito por seu médico?

24) Esta é a primeira vez que o Sr. (a) se submete a esse tratamento?

SIM (responder a 25)  NÃO (ir para a 26)

25) Quanto tempo levou para conseguir iniciar o tratamento, desde a primeira solicitação? (pula para 29)

até 03 (três) meses

até 06 (seis) meses



- até 12 (doze) meses
- até 18 (dezoito) meses
- até 24 (vinte e quatro) meses
- Mais 30 (trinta) meses.

26) Quantas vezes o Sr. (a) já iniciou o tratamento? Em que ano?

- uma vez, no ano \_\_\_\_\_
- duas vezes, nos anos \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_
- três vezes, nos anos \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

27) Na primeira vez, lembra quanto tempo levou para obter a medicação, desde a primeira solicitação?

- não lembra
- até 03 (três) meses
- até 06 (seis) meses
- até 12 (doze) meses
- até 18 (dezoito) meses
- até 24 (vinte e quatro) meses
- Mais 30 (trinta) meses.

28) E desta vez, quanto tempo levou?

- até 03 (três) meses
- até 06 (seis) meses
- até 12 (doze) meses
- até 18 (dezoito) meses
- até 24 (vinte e quatro) meses
- Mais 30 (trinta) meses.

29) O senhor obteve o medicamento aqui por via

- administrativa [pular para a questão 29]  judicial

30) Caso tenha obtido o tratamento por meio judicial, ingressou anteriormente com pedido administrativo?

- sim (responder a 27)  não (pula para 28)

31) Se afirmativo, o seu pedido foi negado administrativamente?

- sim
- entrei com o pedido administrativo, porém não esperei o resultado do pedido administrativo e ingressei com a ação judicial.
- outra situação: Especifique: \_\_\_\_\_

32) Por que optou por requerer judicialmente o tratamento? (Esta pergunta deve ser respondida apenas por quem foi cadastrado por decisão judicial).

33) Qual é o seu Genótipo?

- 1  2  3  Não sei.

34) Está fazendo o tratamento com:

- Interferon Peguilado  Interferon Convencional

35) O Sr(a) já se tratou antes com o medicamento Interferon?

- Não
- Sim. Quando foi isso? \_\_\_\_\_ (mês e ano, para ver se está relacionado com a ampliação de atendimento da nova Portaria.)

**ANEXO B**  
Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP  
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: <i>Determinantes e resultados da judicialização em Demanda por Medicamentos de Alto-Custo: o caso da distribuição do medicamento Enterteron em Porto Alegre e Região Metropolitana.</i>			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) <i>Ciências da Saúde - Saúde Coletiva</i>		3. Código: <i>400</i>	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) <i>D</i>
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )
8. Unitermos: (3 opções) <i>Enterteron Judicialização Medicamentos</i>			
<b>SUJEITOS DA PESQUISA</b>			
9. Número de sujeitos No Centro: <i>200</i> Total: <i>400</i>		10. Grupos Especiais: -18 anos ( ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrião/Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) ( ) Outros ( ) Não se aplica <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
11. Nome: <i>Renata Sacco dos Anjos</i>			
12. Identidade: <i>60177385006</i>	13. CPF: <i>010314890-91</i>	19. Endereço (Rua, n.º): <i>Rua Visconde da Kent 1533</i>	<i>1412 302</i>
14. Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	15. Profissão: <i>Farmacêutica Pública</i>	20. CEP:	21. Cidade: <i>Porto Alegre</i>
16. Maior Titulação: <i>Especialista</i>	17. Cargo: <i>Assessora Jurídica</i>	23. Fone: <i>8155 5155</i>	22. U.F.: <i>RS</i>
18. Instituição a que pertence: <i>UFPA</i>		24. Fax: <i>2213 5324</i>	25. Email: <i>renatasaccoanosjos@gmail.com</i>
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: <i>13.03.08</i>			
<b>INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO</b>			
26. Nome: <i>Hospital Sãoatório Partenon</i>		29. Endereço (Rua, n.º): <i>Rua Bento Gonçalves 3722</i>	
27. Unidade Orgão: <i>CAMMPE</i>	30. CEP:	31. Cidade: <i>POA</i>	32. U.F.: <i>RS</i>
28. Participação Estrangeira: Sim ( ) Não (X)		33. Fone:	34. Fax:
35. Projeto Multicêntrico: Sim ( ) Não (X) Nacional ( ) Internacional ( ) (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: _____ Cargo: <i>Maria Leticia Rodrigues Iker</i> Data: <i>25/03/08</i> _____ <i>Dirutora de Ensino e Pesquisa Hospital Sãoatório Partenon</i> Assinatura: _____ Não se aplica (X)			
<b>PATROCINADOR</b>			
36. Nome:		39. Endereço	
37. Responsável:	40. CEP:	41. Cidade:	42. UF:
38. Cargo/Função:	43. Fone:	44. Fax:	
<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP</b>			
45. Data de Entrada: <i>26/03/08</i>	46. Registro no CEP: <i>373/08</i>	47. Conclusão: Aprovado <input checked="" type="checkbox"/> Data: <i>28.05.08</i>	48. Não Aprovado ( ) Data: _____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: _____ Data: _____			
Encaminho a CONEP: 50. Os dados acima para registro ( ) 51. O projeto para apreciação ( ) 52. Data: _____		53. Coordenador: Nome _____ Assinatura _____	Anexar o parecer consubstanciado
<b>COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP</b>			
54. Nº Expediente:	56. Data Recebimento:	57. Registro na CONEP:	
55. Processo:			
58. Observações:			

Of. CEP/ESP-035/2008

Porto Alegre, 02 de maio de 2008

Senhora Pesquisadora

O Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul apreciou o seu protocolo de pesquisa intitulado: **“Determinantes e resultados da judicialização da demanda por medicamentos de alto-custo no RS: o caso da distribuição do medicamento Interferon em Porto Alegre e Região Metropolitana”**. Diante disso, considerou que o mesmo tem relevância para a ciência e poderá ser aprovado assim que os itens do parecer anexo forem atendidos.



**Nara Regina Moura de Castilhos  
Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde  
da ESP/SES/RS**

À  
Pesquisadora  
Renata Sacco dos Anjos  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS  
N/C

**Av. Ipiranga, 6311 - Bairro Partenon - CEP 90.610-001 - Porto Alegre - RS  
Telefone: (51) 3901.1533 - Fax: 3901.1493 - E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br**



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA EM SAÚDE  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

**Parecer de Projeto**

Projeto n°

373/08

**Título do Projeto: "Determinantes e resultados da judicialização da demanda por medicamentos de alto-custo no RS: o caso da distribuição do medicamento Interferon em Porto Alegre e Região Metropolitana"**

Autora: Renata Sacco dos Anjos

**1. Itens de avaliação Ética e Metodológica**


- 1.1. Título:                    ( X ) adequado    ( ) comentários    ( ) ausente
- 1.2. Autores:                    ( X ) adequado    ( ) comentários    ( ) ausente
- 1.3. Local de Origem:        ( X ) adequado    ( ) comentários    ( ) ausente
- 1.4. Local de realização:    ( X ) adequado    ( ) comentários    ( ) ausente
- 1.5. Introdução:                ( X ) adequado    ( ) comentários    ( ) ausente
- 1.6. Objetivos:                 ( X ) adequado    ( ) comentários    ( ) ausente
- 1.7. Material e métodos:
- 1.7.1. Delineamento de pesquisa:    ( X ) adequado    ( ) comentários    ( ) ausente
- 1.7.2. Seleção da amostra:                ( X ) adequado    ( ) comentários    ( ) ausente
- 1.7.3. Cálculo do tamanho da amostra: ( X ) adequado    ( ) comentários    ( ) ausente
- 1.7.4. Definição das variáveis:         ( X ) adequado    ( ) comentários    ( ) ausente

- 1.7.5. Forma da Avaliação dos Dados: (X) adequado ( ) comentários ( ) ausente
- 1.7.6. Diretrizes e normas (Resolução 196/96; CIOMS; Resoluções Institucionais):  
(X) adequado ( ) comentários ( ) ausente
- 1.7.7. Relação Risco-Benefício: (X) adequado ( ) comentários ( ) ausente
- 1.7.8. Garantia de confidencialidade e privacidade:  
(X) adequado ( ) comentários ( ) ausente
- 1.8. Cronograma: (X) adequado ( ) comentários ( ) ausente
- 1.9. Orçamento: (X) adequado ( ) comentários ( ) ausente
- 1.10. Referências Bibliográficas: (X) adequado ( ) comentários ( ) ausente
- 1.11. Termo de Consentimento: (X) adequado ( ) comentários ( ) ausente

**Comentários**

Consideramos o presente projeto adequado ética e metodologicamente.

Porto Alegre, 28 de maio de 2008

  
Nara Regina Moura de Castilhos  
Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde  
da ESP/SES/RS

## ANEXO C

Cumpramos esclarecer que durante as duas primeiras semanas foi realizado um projeto piloto para a aplicação dos questionários. Desta forma, algumas perguntas foram readequadas e reorganizadas e outras, ainda, suprimidas pelo fato de confundir o entrevistado. Cabe também frisar que a ordem das questões restou alterada, no sentido de facilitar a abordagem e o diálogo no momento da entrevista.

Decorrido este período de ajustes, utilizamos o instrumento de nossa pesquisa em novo formato, o qual anexamos, para conferir visibilidade às adaptações realizadas.

## ANEXO D

Nº de Identificação:

1) Idade: \_\_\_\_\_ anos

2) Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino

3) Qual é o seu endereço? (Rua/Av/Outros \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_  
aptº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_) Só para fins de CEP

4) Mora em casa:

1. ( ) própria 2. ( ) do (a) companheiro(a) 3. ( ) da família 4. ( ) emprestada 5. ( ) alugada 6. ( ) outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

5) Na sua casa tem (anote apenas os números de ítems que funcionam)

Posse de itens	Não tem	T E M (Quantidade)			
		1	2	3	4
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Máquinas de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer(*)	0	2	2	2	2

(\*) Independente ou 2ª porta da geladeira

6) O(A) senhor(a)

1. ( ) não trabalha ou nunca trabalhou fora (caso for respondida esta alternativa, o questionário continua a partir da questão nº 12).

2. ( ) é empregado com carteira assinada, tempo integral

3. ( ) é empregado com carteira de trabalho, tempo parcial

4. ( ) trabalha por conta própria, e contribui para o INSS

5. ( ) trabalha por conta própria e não contribui para o INSS

6 ( ) é funcionário público

7. Outro: \_\_\_\_\_

7 ) Atualmente o(a) senhor(a) está:

a. ( ) trabalhando

b.( ) inativo por doença, em atestado médico (recebendo pela empresa). Por que doença? \_\_\_\_\_

c.( ) inativo por doença em benefício previdenciário. Por que doença? \_\_\_\_\_

d. ( ) inativo por doença sem benefício ou renda. Por que doença? \_\_\_\_\_

e. ( ) aposentado por invalidez

f. ( ) aposentado por tempo de serviço

g. ( ) desempregado recebendo seguro-desemprego

h. ( ) desempregado fazendo biscoite

i. ( ) desempregado sem renda

j. ( ) outra condição: \_\_\_\_\_

8) Qual foi a sua renda nesse último mês? (totalidade dos rendimentos)

(1) Menos de R\$ 415,00 ( 01 salário mínimo)

(2) R\$ 415,00 (01 SM)

(3) De R\$ 416,00 até R\$ 622,50 (+ 1 SM até 1,5 SM)

(4) De R\$ 623,00 até 830,00 (+ de 1,5 SM até 2 SM)

(5) De R\$ 831,00 até 1.245,00 (+ de 2 SM até 3 SM)

(6) De R\$ 1.246,00 até 2.075,00 (+ de 3 SM até 5 SM)

(7) De R\$ 2.076,00 até 4.150,00 (+ de 5 SM até 10 SM)

(8) Mais de 4.150,00 (+ de 10 SM)



9) Até que ano o Sr. (a) estudou?

Nomenclatura antiga	Pontos	Nomenclatura atual
Analfabeto/Primário incompleto	0	Analfabeto/ até 3ª Série Fundamental
Primário completo	1	4ª. Série Fundamental
Ginasial completo	2	Fundamental completo
Colegial completo	4	Médio completo
Superior completo	8	Superior completo

10) O Sr.(a) mora sozinho?

( ) sim

( ) não, moro com \_\_\_\_\_ (pai, mãe, irmão, irmã, filho, filha, marido, esposa, companheiro, outro familiar, outro não familiar).(fazer círculos e listar ao lado da numeração da tabela abaixo)

11) Relacionar as pessoas com quem mora, indicando o grau de parentesco existente (ou não). Quanto ganhou cada pessoa que mora com o Sr.(a) nesse último mês? (registrar na última coluna). Serão considerados, como renda individual, salários, aposentadorias, pensões, auxílios e bolsas de todos que moram na casa, de acordo com as seguintes faixas:

- (1) Menos de R\$ 415,00 ( 01 salário mínimo)
- (2) R\$ 415,00 (01 SM)
- (3) De R\$ 416,00 até R\$ 622,50 (+ 1 SM até 1,5 SM)
- (4) De R\$ 623,00 até 830,00 (+ de 1,5 SM até 2 SM)
- (5) De R\$ 831,00 até 1.245,00 (+ de 2 SM até 3 SM)
- (6) De R\$ 1.246,00 até 2.075,00 (+ de 3 SM até 5 SM)
- (7) De R\$ 2.076,00 até 4.150,00 (+ de 5 SM até 10 SM)
- (8) Mais de 4.150,00 (+ de 10 SM)

	Entrevistado (E) ou Parentesco	Sexo	Idade	Anos Estudo	Profissão	Ativo(A) Inativo( I )	Renda
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

12) Existe atualmente alguém desempregado na casa?

( ) Não

( ) Sim. Quem?

\_\_\_\_\_

13) O (A) senhor (a) ou alguém da sua família recebe benefício de algum programa de redistribuição de renda ou previdenciário (auxílio-doença, aposentadoria, pensão), benefício assistencial (LOAS), ou outro tipo de auxílio do governo (bolsa-família, bolsa-escola, bolsa-alimentação, vale-gás, isenção de pagamento de passagens de ônibus)?

a. ( ) Não

b. ( ) Sim Quem recebe? \_\_\_\_\_ Qual benefício ou auxílio? \_\_\_\_\_

14) Por quanto tempo, durante os últimos 12 meses, o (a) Sr.(Sr.a) teve a cobertura de algum tipo de plano de saúde privado ou empresarial?

- 1. Todo ano
- 2. Maioria dos meses
- 3. Somente alguns meses ou semanas
- 4. Nunca tive Plano de Saúde
- 5. Não sei / Não me lembro

15) Durante os últimos 12 meses, o senhor (a senhora) pagou diretamente por algum atendimento de saúde?

- a.  Não b.  Sim. Quantas vezes? \_\_\_\_\_

16) Quando foi a sua última consulta? (Inicialmente não leia as alternativas, apenas se for necessário, para a pessoa recordar)

- 1  no último mês
- 2  de três a seis meses atrás
- 3  mais de seis meses
- 9  não sei/ não lembro

17) A sua última consulta médica foi em razão de que enfermidade (ou foi revisão médica)?

18) Onde foi a consulta?

- Pronto atendimento do SUS
- Ambulatório de Hospital. Qual? \_\_\_\_\_
- Consultório, convenio
- Consultório, privado
- Outro \_\_\_\_\_

19) Nos últimos 12 meses a senhor (a) esteve internado em hospital?

- Não
- Sim. Qual foi o motivo desta internação? \_\_\_\_\_

20) Quem pagou a internação?

- 1  SUS                      2  Seguro-Saúde                      3  Eu mesmo(a) ou minha família

**Com relação à sua hepatite C:**

21) O primeiro médico que lhe disse precisar tratamento para hepatite, fazia parte de que serviço?

- Pronto atendimento do SUS
- Ambulatório de Hospital. Qual? \_\_\_\_\_
- Consultório, convenio
- Consultório, privado
- Outro \_\_\_\_\_

22) Está fazendo o tratamento com:

- Interferon Peguilado     Interferon Convencional (pula para 24)

23) Qual a marca do remédio prescrito por seu médico?

\_\_\_\_\_

24) Esta é a primeira vez que o Sr. (a) se submete a tratamento com Interferon?

- SIM (responder a 25)     NÃO (ir para a 26)

25) Quanto tempo levou para conseguir iniciar o tratamento, desde a primeira solicitação? (pula para 31)

- até 03 (três) meses
- até 06 (seis) meses
- até 12 (doze) meses
- até 18 (dezoito) meses
- até 24 (vinte e quatro) meses
- Mais 30 (trinta) meses.

26) Quantas vezes o Sr. (a) já iniciou o tratamento? Em que ano? E qual Interferon foi utilizado? Convencional (C) ou Peguilado (P)

- uma vez, no ano \_\_\_\_\_ ( )  
 duas vezes, nos anos \_\_\_\_\_ ( ) e \_\_\_\_\_ ( )  
 três vezes, nos anos \_\_\_\_\_ ( ) , \_\_\_\_\_ ( ) e \_\_\_\_\_ ( )

27) Na primeira vez, lembra quanto tempo levou para obter a medicação, desde a primeira solicitação?

- não lembra  
 até 03 (três) meses  
 até 06 (seis) meses  
 até 12 (doze) meses  
 até 18 (dezoito) meses  
 até 24 (vinte e quatro) meses  
 Mais 30 (trinta) meses.

28) E desta vez, quanto tempo levou?

- até 03 (três) meses  
 até 06 (seis) meses  
 até 12 (doze) meses  
 até 18 (dezoito) meses  
 até 24 (vinte e quatro) meses  
 Mais 30 (trinta) meses.

29) O senhor obteve o medicamento aqui por via

- administrativa [pular para a questão 33]  judicial

30) Caso tenha obtido o tratamento por meio judicial, ingressou anteriormente com pedido administrativo?

- sim (responder a 31)  não (pula para 32)

31) Se afirmativo, o seu pedido foi negado administrativamente?

- sim  
 não  
 entrei com o pedido administrativo, porém não esperei o resultado do pedido administrativo e ingressei com a ação judicial.  
 outra situação: Especifique: \_\_\_\_\_

32) Por que optou por requerer judicialmente o tratamento? (Esta pergunta deve ser respondida apenas por quem foi cadastrado por decisão judicial).

33) Qual é o seu Genótipo?

- 1  2  3  Não sei.