

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

Erica Mateo Zygmunt

**A JUDICIALIZAÇÃO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS
PRESCRITORES DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE
DIADEMA**

**São Caetano do Sul
2020**

Erica Mateo Zygmunt

**A JUDICIALIZAÇÃO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS
PRESCRITORES DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE
DIADEMA**

**Trabalho Final de Curso apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde –
Mestrado Profissional – da Universidade
Municipal de São Caetano do Sul como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Saúde.**

**Área de concentração: Inovações
Educativas em Saúde Orientada pela
Integralidade do Cuidado**

**Ensino em Saúde nos Contextos de Prática
do SUS**

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito

**São Caetano do Sul
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA

<< INSERIR >>

FOLHA DE APROVAÇÃO

**Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul
Prof. Dr. Marcos Sidnei Bassi**

**Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa
Profa. Dra. Maria do Carmo Romeiro**

**Gestão do Programa de Pós-graduação em Saúde
Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito**

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha instituição formadora, Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) em nome de todos os seus profissionais, em especial ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito, meu grande incentivador que com toda a paciência, competência e sabedoria me trouxe até a conclusão dessa pesquisa.

Aos doutores da comissão julgadora, Profa. Dra. Jane de Eston Armond e Prof. Dr. Arquiedes Pessoni que agregaram enorme conhecimento a esse estudo.

Às minhas filhas que sempre me impulsionam a nunca desistir.

À Secretaria Municipal de Saúde de Diadema, em nome do Sr. Secretário Luis Claudio Sartori e a todos os profissionais técnicos, em especial às amigas do setor de Ações Judiciais.

“Se a vida não tem preço, nós comportamo-nos sempre como se alguma coisa ultrapassasse, em valor, a vida humana... Mas o quê?”
Antoine de Saint-Exupéry

LISTAS DE FIGURAS

- Figura 1 - Mapa de relações entre os autores pesquisados (Cluster) tendo como base de dados o Portal da CAPES. Quanto maior a esfera maior a densidade dos autores pesquisados42
- Figura 2 - Mapa de relações entre as palavras chaves e suas relações, tendo como base os artigos selecionados na base de dados da CAPES. Quanto maior a esfera maior a densidade de produção43
- Figura 3 – Representação esquemática das áreas de abrangências das Unidades de Atenção Básica da Rede Municipal de Saúde. Diadema, SP, 2020.....47

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1- Total de Médicos da ESF da Rede Municipal de Atenção Básica em abril de 2020. Diadema, SP, 202046

Tabela 2- Total de Médicos da ESF da Rede Municipal de Atenção Básica que responderam ao instrumento (questionário) delimitado por região.47

Tabela 4- Número de Ações Judiciais no Município de Diadema em Março de 202055

Tabela 5- Execução Orçamentária 2020 referente às ações judiciais da saúde- Diadema.....56

Tabela 6- Quadro mostrando a proporção de custeio de ações judiciais pelo valor dispendido por habitantes pela assistência farmacêutica57

LISTAS DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1- Variação de gastos com ações judiciais de medicamentos do Município de Diadema..... | 55 |
|--|----|

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------|--|
| AB | Atenção Básica |
| AF | Assistência Farmacêutica |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CEAF | Componente Especializado da Assistência Farmacêutica |
| CF | Constituição Federal |
| CIT | Comissão Intergestora Tripartite |
| DCN | Diretrizes Curriculares Nacionais |
| ESF | Estratégia de Saúde Família |
| IDEC | Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor |
| LOS | Lei Orgânica da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PCDT | Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas |
| PNAF | Política Nacional de Assistência Farmacêutica |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PNM | Política Nacional de Medicamentos |
| QDD | Quadro de detalhamento da Despesa |
| REMUME | Relação Municipal de Medicamentos |
| RENAME | Relação Nacional de Medicamentos |
| RESME | Relação Estadual de Medicamentos |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TBL | <i>Team-Based Learning</i> |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| URM | Uso Racional de Medicamentos |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 APRESENTAÇÃO | 27 |
| 1.1 Breve Histórico..... | 27 |
| 1.2 Surgimento das Primeiras Ações Judiciais | 29 |
| 1.3 Da Responsabilidade dos Entes Federativos | 30 |
| 1.4 Justificativa | 32 |
| 1.5 Surgimento do Tema | 35 |
| 1.6 Problemas de Pesquisa | 37 |
| 1.7 Hipóteses..... | 38 |
| 1.8 Objetivo geral..... | 39 |
| 1.8.1 Objetivos específicos..... | 39 |
| 2 METODOLOGIA DA PESQUISA | 40 |
| 2.1 Materiais e Métodos..... | 40 |
| 2.2 Análise e descrição dos resultados da Parte I | 41 |
| 2.3 Parte II – Pesquisa de campo descrição passo a passo do instrumento | 43 |
| 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES | 45 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 60 |
| REFERÊNCIAS | 62 |
| APÊNDICE I | 68 |
| APÊNDICE II | 71 |
| ANEXO I | 76 |

RESUMO

O presente estudo foi realizado a partir da experiência da pesquisadora como Assessora Jurídica da Secretaria de Saúde do Município de Diadema, São Paulo, mais especificamente no setor de ações judiciais que, sob a ótica do prescritor da Atenção Básica (AB), buscou traçar um perfil das principais dificuldades que vêm acarretando o aumento das ações judiciais ao longo dos anos, principalmente de 2017 até a atualidade, causando desequilíbrio tanto financeiro quanto assistencial ao sistema de saúde. A análise metodológica utilizada consiste inicialmente de um estudo do tipo exploratório com imersão na literatura científica, tendo como base estudos acadêmicos publicados na forma de: artigos científicos, livros, dissertações e teses sobre o tema delimitado sobre o problema no que diz respeito ao processo da judicialização na saúde e sua relação com a prescrição de medicamentos realizado pelos médicos da Atenção Básica. Num segundo momento, numa abordagem exploratória, se aplicou questionário sociodemográfico aos prescritores para conhecer a percepção quanto suas práticas no intuito de identificar os principais motivos que acarretam a prescrição de medicamentos via ações judiciais. A análise do custeio dessas ações judiciais em comparativo à assistência farmacêutica no município de Diadema, permite mensurar os investimentos na área da saúde com relação a distribuição de medicamentos; inclusão, exclusão ou substituição de alguns nas listas oficiais do SUS, quando necessário. Para identificar os problemas dessa área, foram analisados inicialmente o número de ações judiciais recebidas com prescrições advindas da própria Atenção Básica, atendidas mensalmente e a quantidade de ações judiciais com prescrições atribuídas a profissionais da rede privada. Em paralelo, verificou-se ações judiciais cujos medicamentos constam das listas oficiais do SUS, outras com medicamentos que fazem parte do componente especializado do Estado, medicamentos similares aos do SUS e até mesmo medicamentos usados no SUS de pedidos nas ações de maneira off label. O montante desses processos impacta diretamente o planejamento financeiro da pasta da Secretária da Saúde do Município, em função da limitação de recursos destinados a saúde. Nos últimos quatro anos, o município teve um aumento de ações judiciais acima de trinta por cento, sendo que atualmente cerca de vinte e cinco por cento dessas ações iniciam-se na Atenção Básica, o que em valores significa que em menos de quatro anos dobrou o custeio dessas ações. Esse estudo aponta que o prescritor é peça importantíssima do sistema de saúde, não só exercendo sua função primordial de assistência, mas também no tocante ao financiamento do sistema de saúde por ser diretamente responsável pelos tratamentos aplicados. A conscientização dos prescritores de que fazem parte dessa engrenagem deve iniciar na formação acadêmica. Importante que tenham a percepção de que fazem parte, do coletivo, do multidisciplinar e de que apesar de não estarem diretamente relacionados com o financeiro, todos seus atos refletem diretamente na condução do sistema e melhorias na condição do tratamento dos usuários e por isso a importância da construção do conhecimento ainda na academia (Universidade), para que se consolide a ideia de que está inserido num sistema com mecanismos interligados e com a mesma importância, bem como o entendimento de todo seu funcionamento.

Palavras- chaves: Judicialização da Saúde. Política Pública de Saúde. Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT

This research was carried out based on the researcher's experience as Legal Advisor to the Health Department of the Municipality of Diadema, São Paulo, more specifically in the legal action sector, which, under the perspective of the Primary Health Care (AB) prescriber, sought to trace a profile of the main difficulties that have led to an increase in lawsuits over the years, causing both financial and assistance imbalances in the health system. The methodological analysis used initially consists of an exploratory study with immersion in the scientific literature, based on academic studies published in the form of: scientific articles, books, dissertations and theses on the topic delimited on the problem with regard to the process of judicialization in health and its relationship with the prescription of medicine carried out by primary care physicians. In a second step, in an exploratory approach, a sociodemographic questionnaire with 28 questions was applied to the prescribing physicians to learn about the perception of their practices in order to identify the main reasons that cause the prescription of drugs via lawsuits. The analysis of the cost of these lawsuits in comparison to pharmaceutical assistance in the municipality of Diadema, allows to measure investments in the health area in relation to the distribution of medicine; inclusion, exclusion or substitution of some in the official SUS lists, when necessary. In order to identify the problems in this area, the number of lawsuits received with prescriptions arising from Primary Care, which are attended monthly and the number of lawsuits with prescriptions attributed to professionals in the private network were analyzed. In parallel, there were lawsuits whose medications are on the official lists of SUS, others with medications that are part of the specialized component of the State, medications similar to those of SUS and even medications used in SUS for claims in actions in an off-label manner. The amount of these processes directly impacts the financial planning of the municipality's Secretary of Health portfolio, due to the limitation of resources destined to health, arising from transfers of taxes received by the municipality and distributed by the State. In the last four years, the municipality has seen an increase in lawsuits of more than thirty percent, and currently around twenty-five percent of these lawsuits are initiated in Primary Care, which in values means that in less than four years it has doubled the cost of these actions. The awareness of the prescribers that they are part of this gear should start in academic training. The perception of being part, of the collective, of the multidisciplinary and that although they are not directly related to the financial, all their actions directly reflect on the system's conduct and improvements in the condition of the treatment of users and therefore the importance of knowledge construction still in the academy (University), to consolidate the idea that it is inserted in a system with interconnected mechanisms and with the same importance, as well as the understanding of all its functioning.

Keywords: Judicialization of Health. Public Health Policy. Pharmaceutical care.

1 APRESENTAÇÃO

1.1 Breve Histórico

A Constituição Federal de 1988 (CF) determinou um marco para a saúde modificando o acesso, prevenção e significado do que efetivamente é ter saúde. Antes de 1988 cuidava-se da saúde com base no binômio saúde-doença aplicando-se assistência médico-hospitalar, ou seja, a saúde era compreendida como a cura da doença, com sistema centralizado e de responsabilidade Federal, sem a participação dos usuários ou entes federativos (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

Após o marco de 1988, a saúde passa a ser vista com mais abrangência. O usuário conquista tratamento integral, desde a fase pré-natal, estendendo-se por toda a vida, transferindo, assim, a responsabilidade da saúde às três esferas de poder. A saúde torna-se um direito do cidadão e um dever do Estado, com sistema de saúde totalmente gratuito, de qualidade e universal, isto é, acessível a todos os brasileiros e/ou residentes no Brasil, definido como Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema foi regulado posteriormente pela Lei 8.080 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS) em que estão elencadas todas as suas atribuições e funções, repartindo competências (arts.15 a 19), como um sistema público, e pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade, gestão e financiamento do SUS , estabelecendo critério legal de rateio de recursos (BARBOSA *et al.*, 2012).

Na Constituição Federal art.196 consta: "[...] saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante... o acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (SENADO, 2020).

Na Emenda Constitucional nº 96 de 06 de junho de 2017 no artigo 197, estabelece que o Poder Público é responsável pela saúde no tocante a sua "[...] regulamentação, fiscalização e controle [...]" (SENADO, 2020).

Enquanto o artigo 198 define que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (SENADO, 2020).

Em contraponto ao antigo sistema centralizado e de responsabilidade Federal, o novo paradigma constitucional se mostra como um conjunto de ações de serviços públicos de saúde federais, estaduais e municipais, devendo ser articulado para integrar uma rede regionalizada e hierarquizada garantindo a universalidade e a igualdade de acesso e tratamento, impedindo-se distorções e privilégios (art.196 CF) (MAPELLI JUNIOR, 2015).

Isso significa dizer que, as responsabilidades com a gestão e o financiamento do SUS “[...] são compartilhadas entre os seus gestores dos três âmbitos [...]” a União, os Estados e os Municípios, caracterizando-se pela gestão compartilhada, com participação popular (BRASIL, 2003).

Ademais, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), deixa claro que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, explicitando a importância do acesso aos medicamentos (SANT’ANA, 2011).

Embora o arcabouço legal proteja os direitos dos usuários configurando uma importante garantia do direito à saúde, os recursos são finitos e o principal problema enfrentado pelo sistema tem sido quem e o que financiar, sendo certo que a princípio o SUS conseguia atender os usuários, entretanto, com passar do tempo a demanda tornou-se maior que a capacidade de atendimento (SANTOS, 2010).

Sendo o Estado ineficiente na realização dos direitos sociais, apresentando inúmeras justificativas, principalmente o alto custo das prestações materiais com a saúde, traz como consequência a ampliação do acesso à justiça (judicialização), a despeito de todo o respaldo legal.

Por consequência,

[...] o fenômeno da judicialização provoca efeitos indesejáveis, quais sejam: (1) a intervenção judicial dificulta o planejamento do SUS, pois as decisões direcionam relevante parte do orçamento para despesas não previstas, (2) o Judiciário é dotado de falhas estruturais graves, como a morosidade e a falta de apoio técnico na tomada de decisões, que lhe impede de assegurar eficazmente a saúde); (3) as decisões judiciais, indiretamente, interferem em políticas públicas, embora esta não seja a função do Judiciário e também porque os magistrados não são qualificados para tanto; (4) o entendimento jurisprudencial, que determina a responsabilidade solidária dos entes federativos para conceder um bem de saúde, desestrutura o SUS, onerando os Municípios que são, em regra, as entidades com menor

capacidade financeira; (5) elites econômicas, como a farmacêutica, valem-se das deficiências da via judicial para lançar no mercado os seus produtos e, por fim, (6) a judicialização desconsidera a escassez e os limites econômicos do Estado na realização da saúde (PAULA; BITTAR, 2017, p.1-2).

1.2 Surgimento das Primeiras Ações Judiciais

As primeiras ações judiciais objetivando o acesso a medicamentos, produtos e serviços de saúde, alegando descumprimento do direito à saúde por parte do Estado, começaram a surgir depois de transcorrida uma década da promulgação da Constituição Federal de 1988. Tal fenômeno tem tomado grande vulto, bem mais diversificado, abrangendo medicamentos para as mais variadas indicações terapêuticas causando impactos significativos na estruturação, no financiamento e na organização do SUS. O tema é complexo, pois abrange questões legais, éticas, políticas, econômicas, sociais e bioéticas, envolvendo o papel do Estado, a distribuição dos recursos, e as relações entre direitos individuais e direitos coletivos (SANT'ANA, 2011).

A Constituição Federal de 1988 assegura amplo acesso ao judiciário para garantir direitos consagrados no Art. 5^a, inciso XXXV, na esfera de liberdade pública personalíssima dentre outros, porém no que tange aos direitos sociais, revelou-se uma lacuna, tendo em vista seu caráter prestacional, dependente de políticas públicas implementadas pela Administração Pública (BRASIL, 1988).

Sobre a origem do Sistema Único de Saúde, se constata a crise do modelo anterior, denominado como binômio saúde-doença, combinada com a 8^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujo relatório final consta:

TEMA 1- SAÚDE COMO DIREITO

1- Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar desigualdades nos níveis de vida.

2- (...) Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (CONSELHO SAUDE, 1986, p.4).

Esse relatório serviu de referência na discussão da Assembléia Nacional Constituinte em 1987/1988, sendo reconhecido como um documento de expressão social que desembocou na Constituição de 1988 que, em seu bojo, vincula as situações de saúde com políticas econômicas e sociais e define princípios do sistema servindo de alicerce para toda a organização em que participam instituições públicas, jurídicas ou privadas.

1.3 Da Responsabilidade dos Entes Federativos

Em que pese a importância dos princípios que norteiam o sistema, mister destacar o da regionalização, ou seja, a descentralização do Estado na prestação de serviços, vinculando as atribuições específicas de prestação do serviço a cada um.

Para Santos e Andrade (2009, p. 104-105):

[...] a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema- responde a essa pergunta e confere uma demarcação precisa e, diga-se coerente com o dispositivo da Constituição, artigo 198 que define o SUS como uma rede regionalizada e hierarquizada de saúde.

As obrigações distribuídas a cada ente da Federação, bem como para a região, devem ser conhecidas por todos os profissionais atuantes no serviço, caso contrário, toda a engrenagem sistêmica tende a sucumbir. No universo da saúde, todos os envolvidos são responsáveis por uma parte do serviço; havendo falhas existe uma tendência de se descobrir novas perspectivas de solução, dentre elas a judicialização, que ao longo do tempo foi tomando corpo e, com isso, sendo considerada arma de celeridade e solução (NUNES, 2014).

Como consequência da judicialização, há a prioridade judicial no atendimento quanto à liberação de medicamentos, muitas vezes com valores vultosos. Se observa o impacto no sistema de saúde, tendo em vista que as políticas de saúde possuem uma limitação de recurso, com verbas carimbadas, orçamentos participativos e planejados com antecedência conforme determinado pelo arcabouço legal.

Fato é que a prescrição médica é considerada muitas vezes prova suficiente para a concessão dos pedidos das ações judiciais, se pressupondo que os juízes

consideram que médico solicitante é quem entende as necessidades dos pacientes (FREITAS *et al.*, 2020).

É certo que o Judiciário tem efetivado o direito a saúde sem a devida observância às políticas públicas nem tampouco à identificação de efeitos negativos dessa judicialização, porém, muito se poderia evitar caso os profissionais adequassem os tratamentos ao uso de medicamentos similares ou que possuam princípios ativos que provoquem o mesmo efeito constantes da RENAME, RESME ou REMUME (Relação Nacional, Estadual ou Municipal de Medicamentos), preconizadas pelo SUS que, por meio do Decreto nº 7.508/2011 é regulamentado no tocante a organização, planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação Inter federativa (BRASIL, 2011).

Na instância federal, uma importante lista elaborada por meio da seleção de medicamentos é a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), lista norteadora da Política Nacional de Medicamentos. A RENAME, que contém medicamentos até a segunda opção terapêutica das doenças mais prevalentes no país, serve de orientação para a elaboração de listas nos níveis estadual e municipal. (PEPE *et al.*, 2010).

Ademais, existem programas como o de Medicamentos de Dispensação Excepcional/Alto Custo, destinados ao tratamento de doenças tanto raras quanto de alta prevalência, desde que com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário, ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado (SOUZA *et al.*, 2010).

Neste sentido, a aquisição de medicamentos específicos para doenças raras é:

[...] programada pelas Secretarias de Estado de Saúde (SES), por meio da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC), instrumento do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) para a coleta de informações gerenciais e cobrança de procedimentos de alta complexidade, assim como o cadastramento do usuário no banco de dados nacional (BRASIL, 2007 *apud* ACURCIO *et al.*, 2009 p.264).

Com base na RENAME – elaborada conforme diretrizes pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), conforme artigo 26 do Decreto nº 7.508/2011 e perfil epidemiológico – são formadas as relações de medicamentos essenciais estaduais (RESME) e municipais (REMUME), são também adotadas relações específicas e complementares de medicamentos pelos entes federativos, respeitando

as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011).

Dessa forma, segundo Borges (2010), os medicamentos no SUS são classificados como padronizados e não padronizados e, mesmo que estejam enumerados nessas listas há necessariamente a obrigatoriedade de seu fornecimento, visto que para acessar o tratamento, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas devem ser observados, de acordo com o que está previsto na Lei n. 8.080/1990 e do Decreto n. 7.508/2011, como mencionado (WANG, 2014).

Entretanto, a assistência farmacêutica depara-se com inúmeros obstáculos desde a assistência básica, até o desequilíbrio causado pela indisponibilidade financeira.

Nesse sentido, segundo Naffah *et al.* (2010), parte relevante do impacto sofrido no orçamento público tem como origem a judicialização da saúde.

Ao analisar os tipos de demandas da saúde e possíveis impactos nos sistemas de saúde brasileiros, observa-se que a maioria das demandas judiciais de saúde no SUS busca acesso a medicamentos (FREITAS *et al.*, 2020).

Dessa forma, os gestores de saúde acusam o poder judiciário, justificando que este exige a movimentação dos recursos destinados para todos os cidadãos, em favor daqueles que recorrem à justiça, o que gera como consequência um impacto negativo ao orçamento destinado à Saúde Pública (MARQUES, 2008).

1.4 Justificativa

Entende-se que a Atenção Básica é considerada a porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde que é fisicamente representada pela Unidades Básicas de Saúde (UBSs) (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, cabe evidenciar que a Política Nacional de Medicamentos (PNM) constitui um conjunto de programas governamentais de atividades articuladas para o acesso a medicamentos estando inserida na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que abrange outros produtos de interesse à saúde correlato aos remédios, além de garantir a farmacovigilância acompanhando o tratamento avaliando a segurança.

Ademais, cabe ao SUS, em complementação ao rol de atribuições previsto no Art. 200 da Constituição Federal, a execução de ações de assistência terapêutica

integral, inclusive a farmacêutica (art. 6º, I, d), que incluem a formulação da política de medicamentos (MAPELLI JUNIOR, 2015).

Ainda nesse sentido, SANT'ANNA (2011, p. 141) evidencia que: “É fato que, no Brasil, os gastos públicos com saúde têm sido crescentes nos últimos anos, sendo os medicamentos o componente que mais tem contribuído para esse incremento” .

Os médicos e equipes multiprofissionais da AB iniciam os tratamentos e prevenções nas UBSs, sendo os prescritores dos tratamentos objeto desse estudo.

Ademais, a prescrição de medicamentos que não fazem parte da REMUME, RESME ou RENAME pelos prescritores da Atenção Básica, por não seguirem protocolos da assistência farmacêutica, geram um custeio de cerca de 18% a mais do montante total do custeio da Assistência Farmacêutica (AF) alterando a capacidade orçamentária na compra dos medicamentos da REMUME (DIADEMA, 2020).

Estudos conduzidos por Massau e Bairy (2014) e Biehl *et al.* (2012) *apud* Freitas (2020, p.10):

[...] também apontaram que muitos dos medicamentos solicitados estavam presentes em listas do SUS e em muitos casos tratava-se de medicamentos de baixo custo. Nesse sentido, apontam-se deficiências de acesso, falhas de informação e na assistência farmacêutica do SUS.

PANIZ *et al.* (2008), se refere que a falta de acesso a medicamentos para o tratamento de enfermidades pode levar ao agravamento do quadro e aumento dos gastos com atenção secundária e terciária, em função de medicamentos estarem e não estarem incorporados na relação do SUS e pelo crescimento exponencial por demanda judicial e dos gastos com medicamentos.

A Portaria 3.916, de 30 de outubro de 1988, do Ministério da Saúde, marco legal da assistência farmacêutica no Brasil, tem como ideia-diretriz, para utilizarmos a expressão de Maurice Hauriou, o propósito de “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”. As atividades para assistência farmacêutica, que pode ser ambulatorial, quando o usuário retira os medicamentos em farmácias públicas, ou hospitalar, quando o medicamento lhe é fornecido em regime de internação, compreendem as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação -, o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos (1. Introdução) (MAPELI JUNIOR, 2015, p.148).

Borges e Ugá (2010, *apud* FREITAS, 2020, p.11) observaram duas situações distintas:

[...] (1) falta de adoção de critérios pelo Poder Judiciário na questão do fornecimento de medicamentos; e (2) falha do competente órgão do Poder Executivo Estadual na efetivação da AF, especialmente na dispensação de medicamentos, situação na qual 52% dos medicamentos solicitados se referiam a produtos incluídos na AF do SUS e 48% se referiam a medicamentos que não pertenciam a nenhuma lista oficial.

Além disso, a falta de informação ou dificuldades sobre a via de acesso a medicamentos também influenciam a busca judicial.

Ademais, medicamentos que fazem parte do componente especializado do Estado e que são devidos em ações judiciais solidárias, tornam-se obrigação do Município, gerando custos desnecessários.

Quanto à escolha do Município de Diadema – cuja população estimada em 2019 de 424.386 mil habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ocupando uma área de 30,796 km² – se deu ao fato de esta fazer parte da DRS-1 onde estão 7 cidades, quais sejam: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra, sendo a média populacional da região equivalente à sua própria população (CIDADES IBGE, 2020).

A proposta dessa pesquisa nasceu ao observar as ações judiciais que partem da própria Atenção Básica, porta de entrada para a Rede Pública de Saúde do Município, e discutir se os medicamentos poderiam ter sido substituídos por genéricos ou similares constantes na REMUME ou até mesmo serem enviados ao Estado, que é o responsável pelo componente especializado:

Uma abordagem importante para fundamentar as decisões judiciais tem sido considerar a saúde baseada em evidências e os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Tais ferramentas, com *status* legal (Lei nº 12.401/2011), servem como auxílio para se encontrar o equilíbrio entre o que existe no mercado e o que deve ser incorporado no SUS, oferecendo subsídios técnicos para as decisões judiciais (FREITAS *et al.*, 2020, p.12).

Portanto, o que se pretende nesse estudo é analisar o quanto desse desequilíbrio está afetando a AF do município de Diadema principalmente o aumento do custeio por conta das prescrições advindas da própria Atenção Básica.

1.5 Surgimento do Tema

Essa pesquisa surge a partir do trabalho da autora como assessora jurídica na gestão da saúde, no qual se pode notar ações judiciais de medicamentos provenientes de prescrições na atenção básica.

Ao longo dos anos no Município, principalmente de 2017 até o momento, houve crescente ingresso de ações judiciais via Atenção Básica, sendo quem relação a 2017, houve um aumento de 25% em 2018 e em 2019 até outubro, 40%, isto é, os usuários buscam resolução das suas necessidades em saúde.

Segundo Guerin, Rossoni e Bueno (2012, p. 3003-3010) evidencia que:

[...] as implicações dos sistemas de saúde em seus itinerários, aquilo que esses sistemas possibilitam de resolutividade, ou seja, o que dão conta e tudo aquilo que "escapa" aos mesmos, bem como os efeitos que produzem sobre a experiência de usuários e famílias.

Com base no exposto, verificou-se que os estudos com itinerários terapêuticos são úteis para a qualificação da assistência, planejamento, gestão, pois promovem reflexões acerca da relação do usuário com o profissional de saúde e com o sistema de saúde. Sendo assim, centrar as ações no usuário e na sua cultura, promove humanização do cuidado e integralidade na atenção à saúde.

Com um maior conhecimento de seus direitos, pressupõe-se que esse usuário chega aos locais de atendimento do SUS com pensamento de que deve receber todos os medicamentos que antes teria acesso, exigindo então judicialmente essa conquista.

Não se pode afastar a existência de uma maior propensão à busca de medidas judiciais por quem não se está satisfeito com os serviços oferecidos. E, quanto maior o grau de conhecimento de seus direitos, maior tende a ser o nível de exigência e, em consequência, a busca do Judiciário para suprir as falhas dos serviços de saúde (SILVA JUNIOR; DIAS, 2015).

Entretanto, como constataram Chieffi e Barata (2009), a interferência do poder judiciário em questões que são primariamente da competência dos poderes executivos ou legislativos torna-se cada vez mais frequente. As ações judiciais passaram a ocupar lugar de destaque na assistência farmacêutica, e desrespeitam, muitas vezes, os princípios que deveriam reger a utilização de medicamentos.

A respeito da judicialização, Machado *et al.* (2011) nos ensinam que mesmo que esta indique, em certas circunstâncias, falhas a serem sanadas no sistema de saúde, ela tende a se constituir predominantemente em um estímulo à medicalização e em um obstáculo para o uso racional de medicamentos (URM).

Essa prática prejudica a consolidação das premissas da PNM e leva a uma desarticulação nas ações e serviços de Assistência Farmacêutica.

Segundo Wang *et al.* (2014, p. 1193),

O Judiciário brasileiro também tende a desconsiderar o impacto orçamentário de uma decisão judicial que obriga o sistema de saúde a fornecer um determinado tratamento. Para os juizes, em geral, questões relativas ao orçamento público, como a escassez de recursos e a não previsão de gasto, bem como o não pertencimento do medicamento pedido às listas de medicamentos do SUS, não são razões suficientes para se denegar o pedido de um tratamento médico, dado que este encontra respaldo no direito à saúde assegurado pela Constituição Federal.

Outrossim, o viés que se pretende está relacionado com as prescrições das ações judiciais, cuja porta de entrada é a Atenção Básica e seus reais motivos. Ao longo dos anos, pela percepção da autora se intui que muitas das ações poderiam ter sido evitadas por total desnecessidade das mesmas.

Pepe *et al.* (2010, p. 2408), em seus estudos elucidam que:

Nem todos os medicamentos que possuem registro sanitário são automaticamente incorporados ao SUS. É na etapa da seleção de medicamentos que as instâncias gestoras do SUS decidem quais os medicamentos que devem compor o elenco de suas listas oficiais e serem adquiridos e utilizados nas unidades do SUS. O produto da seleção é uma lista constituída por medicamentos considerados necessários para atender às necessidades sanitárias de cada local. A seleção de medicamentos deve se fundamentar nas melhores evidências disponíveis e considerar morbidades prevalentes, eficácia, efetividade, segurança e qualidade do fármaco, apresentações farmacêuticas que atendam as necessidades, comodidade posológica, custo e disponibilidade no mercado. A recente aprovação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é um exemplo de lista pactuada nas três esferas de governo, que estabelece os grupos de medicamentos a serem fornecidos pelo SUS para as linhas de cuidado a que se refere.

Ao observar as prescrições advindas da atenção básica do município de Diadema, pode-se supor que a movimentação da máquina estatal e do judiciário não é algo que desperte interesse dos prescritores em sua plenitude, gerando consequências, sendo certo que esse desinteresse pode estar relacionado a um perfil

de competências que não condiz com suas atividades laborais e, neste caso, precisando ser apresentado para que possa ser desenvolvido.

1.6 Problemas de Pesquisa

As prescrições adotadas pelos médicos da atenção básica de saúde para solução e tratamento dos usuários do SUS, nem sempre seguem protocolos pré-determinados causando ao sistema descontrolado na compra, distribuição e estocagem de medicamentos, tendo como consequência a falta dele, levando o usuário às portas do judiciário.

Nesse sentido, Campos Neto *et al.* (2012, p.789) evidenciam que:

As ações representam desvio de volume substancial de recursos para o cumprimento das liminares judiciais, em detrimento de outras ações e serviços de saúde que o Estado disponibiliza. Informações divulgadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) mostram inusitado aumento de mais de 28.333,0% nos gastos com demandas judiciais por medicamentos de 2002 (R\$ 164.325,00) a junho de 2011 (R\$ 46.362.563,00). Para readequar o orçamento frente a essa nova situação, outros projetos direcionados à saúde pública são postergados.

Além disso, os autores ainda mencionam a respeito dos altos custos dos novos medicamentos, considerando que

Os altos custos dos novos medicamentos impactam a Assistência Farmacêutica (AF) no Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que os processos judiciais movidos pelos pacientes obrigam o fornecimento gratuito sob a reivindicação do direito constitucional à saúde. O Poder Judiciário contribui para introduzir no mercado medicamentos não padronizados pelo SUS ou pertencentes ao Componente Especializado da AF (medicamentos de alto custo) para condições de saúde não regidas por diretrizes ou protocolos. Por outro lado, pedidos de medicamentos pertencentes a outros programas de AF do SUS são motivados por falhas no abastecimento, como aquisições em quantidade inadequada ou com programação de entrega não respeitada (CAMPOS NETO *et al.*, 2012, p. 787).

Por outro lado, a gestão central da saúde cuja responsabilidade passa não só pelo controle orçamentário, incluindo aí não só compras de medicamentos, mas também a tomada de decisões, não possui um canal suficientemente aberto com seus colaboradores. Esse canal deve estabelecer contato direto de informações em ambos os polos, tanto nas demandas como nas soluções, resolvidas de forma parceira e

democrática, com total envolvimento das partes interessadas o que facilitaria de sobremaneira a construção do sistema e diminuição das ações judiciais.

Tal situação, por vezes judicializada, leva a gestão central a resoluções paliativas na tentativa de minimizar os custos e prejuízos, com contestações processuais justificando os protocolos do SUS, ou até mesmo discussões com o Estado na tentativa de que o mesmo passe a fornecer tal demanda. Entretanto, os prescritores que sem saber iniciaram o processo, desconhecem as consequências de seu ato, além de não acompanharem o desfecho de tal ação judicial.

De acordo com o apresentado, a questão problema dessa pesquisa está direcionada na utilização pelos prescritores dos protocolos de tratamento pré-estabelecidos pelo SUS e o grau de credibilidade e confiança que possuem nos mesmos em relação aos medicamentos.

1.7 Hipóteses

A Atenção Básica é o equipamento da Saúde Pública responsável pela entrada dos pacientes aos serviços de saúde, assim como ocorre no Município de Diadema. Os pacientes são recepcionados em Unidades Básicas de Saúde onde devem ser conhecidos e reconhecidos em sua integralidade.

Ao iniciar um tratamento, o usuário receberá, caso necessário, prescrição de medicamentos objetivando sua cura, que são entregues na farmácia da própria unidade quando fazem parte da REMUME.

No entanto, não é incomum que recebam prescrições de medicamentos alheios à REMUME, fato este de que são inúmeras as dificuldades para um atendimento de excelência na Saúde Pública, passando de problemas de escassez financeira e de profissionais à gestão deles.

Nesse sentido, Magarinos-Torres *et al.* (2014, p. 3859-3868) sinalizam que:

A promoção do acesso a um bem ou serviço em saúde relaciona-se, dentre outros fatores, ao aporte de recursos financeiros alocados para esse fim. É fato que, no Brasil, os gastos públicos com saúde têm sido crescentes nos últimos anos (21), sendo os medicamentos o componente que mais tem contribuído para esse incremento.

O processo de capacitação profissional deve contemplar conhecimento sobre todos os setores e equipamentos dos serviços de saúde, facilitando uma visão ampla e contextualizada dos problemas. Ademais, é de mister importância proporcionar rodas de conversa em que os prescritores possam apresentar seus problemas e aflições e tenham espaços para discussões e oferecimento de soluções. Isso fará com que se fortaleçam vínculos entre gestão e colaboradores.

1.8 Objetivo geral

Entender os motivos que levam à judicialização sob a ótica de um dos atores dessa engrenagem que movimenta o sistema: o médico prescritor.

1.8.1 Objetivos específicos

1. Analisar o perfil sociodemográfico dos prescritores de acordo com as dimensões pessoais e profissionais verificando a percepção quanto suas prescrições de acordo com a sua prática profissional.
2. Realização de um produto centralizado no prescritor que objetive reduzir os danos causados pelos custos das ações judiciais em todo o sistema de saúde.

2 METODOLOGIA DA PESQUISA

2.1 Materiais e Métodos

Parte I – Revisão da literatura

Trata-se de um estudo do tipo exploratório com imersão na literatura científica, tendo como base estudos acadêmicos publicados na forma de: artigos científicos, livros, dissertações e teses sobre o tema delimitado sobre o problema no que diz respeito ao processo da judicialização na saúde e sua relação com a prescrição de medicamentos realizado pelos médicos da Atenção Básica.

Na primeira etapa, desta imersão, procurou-se desenvolver o projeto de pesquisa, que foi enviado para sua aprovação, pela Plataforma Brasil, de acordo com o Comitê de Ética do Programa de Pós Graduação da USCS, uma vez que o mesmo envolvia médicos neste processo, ou seja, como eles percebem esse processo, bem como prescrevem os medicamentos (USCS, 2020).

Numa segunda etapa procurou-se identificar de forma aprofundada como a literatura científica tem apresentado os possíveis caminhos para a sua solução dos problemas, ou ainda, quais poderiam ser os desafios enfrentados e apontados na literatura.

Para tanto, buscou-se as fontes acadêmicas realizando uma busca no Portal da CAPES de forma sistemática sobre o assunto, seguindo os passos da busca e dos seus respectivos resultados da seguinte forma:

1. Utilizou-se as seguintes palavras chaves no campo de busca: “judicialização”; “saúde”; “médico prescritor”; “medicação”;
2. Foram utilizados os organizadores *Booleanos*: *AND*, *OR* ou *NOT*;
3. Combinação de palavras-chaves que foram efetivas na busca: judicialização *AND* saúde; judicialização *AND* médico prescrito;
4. A data de publicação foi realizada tendo como critério os últimos 10 anos;
5. O tipo de material no Portal da CAPES foi apenas dos materiais publicados sobre a temática sendo publicados em revistas científicas. E ainda, não houve restrição no que diz respeito ao idioma;
6. Do total de artigos encontrados foram cerca de 686, porém quando a busca foi realizada apenas com a palavra-chave “judicialização”. Quando ela fora combinada

com o termo “saúde” pode-se verificar cerca de 442. E ainda, quando combinamos as palavras-chaves “judicialização” AND médico prescritor” foram encontrados 8 artigos relacionados ao tema.

Importante observar que a palavra-chave médico prescritor foi substituída por médico ou por prescritor na mesma medida e as combinações foram as mesmas (CAPES, 2020).

2.2 Análise e descrição dos resultados da Parte I

Após definido a forma como foi realizada a busca das referências bibliográficas procurou-se analisa-las por meio da técnica denominada de Bibliometria.

Para Araújo (2006, p. 12) está técnica é uma forma “[...] quantitativa e estatística de medição dos índices de produção e disseminação do conhecimento científico”.

Portanto, e tendo como base o que foi exposto, é possível verificar estes índices e apontar como a literatura tem se apropriado do tema em questão; em nosso caso sobre o problema da judicialização e a prescrição de medicamentos.

Não obstante, tendo auxílio da tecnologia, foi possível identificar estes índices por meio do *software* gratuito *VOSviewer*, versão 1.6.9. Para melhor entendimento desta técnica bibliométrica devemos ter claro que ela está pautada em três leis básicas (Ibid), as quais descrevemos de forma sintética:

1. Lei de *Bradford*: De forma resumida ela retorna à produtividade de periódicos, portanto mostrando a força que uma revista científica tem no campo da pesquisa de uma determinada área do conhecimento.

2. Lei de *Lotka*: Como a anterior mede a produtividade de periódicos está tenta retornar à produtividade de cada autor, portanto pode permitir a identificação dos principais autores e ou co-autores envolvidos no campo da pesquisa de um determinado tema.

3. Lei de *Zipf*: A mesma retorna a maior frequência de ocorrências das palavras citadas na literatura, portanto auxiliando nos temas e de suas relações.

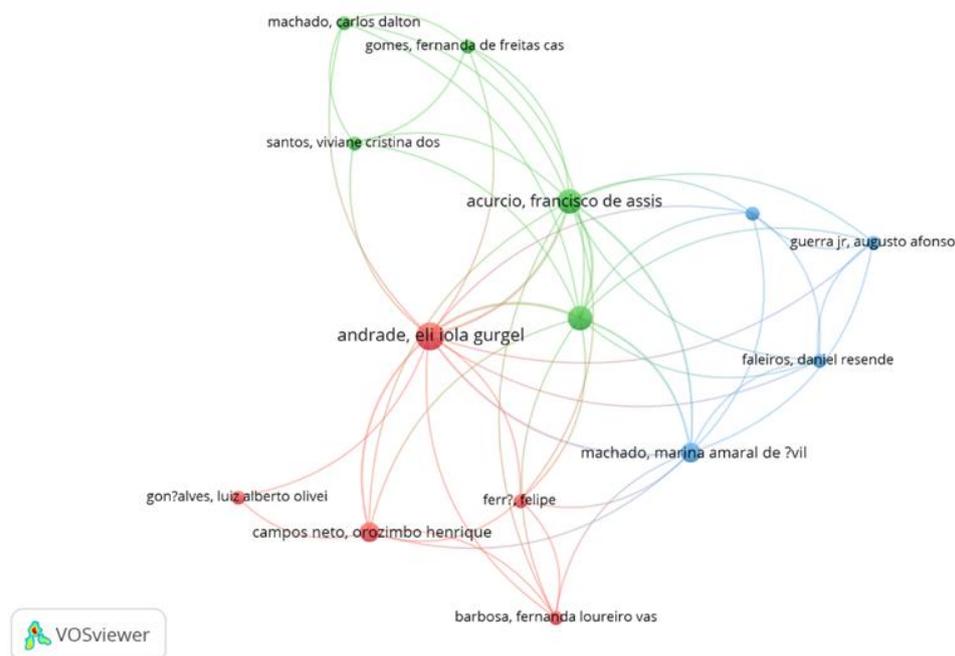
Em nosso estudo optamos a seguir por apresentar quais poderiam ser os principais autores e ou co-autores envolvidos na temática, bem como verificar quais são os temas mais relacionados. Após a preparação do material bibliográfico (n=686; cerca de 20% do material total), para ser inserido no *software VOSviewer*, foi possível verificar os seguintes índices relevantes, no que diz respeito aos pesquisadores e as

palavras chaves, respectivamente. Estes indicadores são apontados por meio da formação de *Cluster* (aglomerados).

No tocante aos principais pesquisadores foi possível observar na Figura 1 cerca de três *Cluster* (Cores vermelho, azul e verde). Pode-se notar que quanto maior a esfera maior será a densidade, o que, por consequência, o faz ter maior relevância no meio acadêmico, ou seja, maior força.

Assim, podemos indicar que os pesquisadores com maior destaque são Andrade (*Cluster* na cor vermelha); Acurcio (*Cluster* na cor verde) e Machado (*Cluster* em azul), respectivamente. Embora estes autores tenham maiores destaques, eles estão inter-relacionados numa rede de produção com outros autores, possível verificar do centro para a periferia neste mapa.

Figura 1 - Mapa de relações entre os autores pesquisados (*Cluster*) tendo como base de dados o Portal da CAPES. Quanto maior a esfera maior a densidade dos autores pesquisados



Fonte: Preparado pela própria autora, ZYGMUNT, (2019)

Uma segunda análise do material bibliográfico indicou quais seriam as principais palavras/temas a serem pesquisados sobre a “judicialização” e é possível identificar, na Figura 2, a ocorrência destas palavras. Foi possível verificar cerca de cinco *Clusters*, portanto sendo descritas e apresentadas por cores diferentes (azul,

No primeiro momento da pesquisa, os prescritores foram questionados, no que diz respeito às informações pessoais, ou seja, suas características, tal que estas se constituirão na definição de gênero; idade; ano de formatura; cidade onde se formou; local onde atende; área em que atua; se possui especialização, pós-graduação ou residência; e se sim, qual a principal especialidade em que atua no momento.

Em seguida foi aplicado um questionário sociodemográfico com 28 questões que objetivam caracterizar o perfil do participante em suas dimensões pessoal e profissional, em escala tipo *Likert* de 5 pontos (CT =Concordo Totalmente; CP = Concordo Parcialmente; I = Indiferente; DP = Discordo Parcialmente DT =Discordo Totalmente).E ainda, foi aplicado um questionário composto por 15 questões em escala tipo *Likert* de 5 pontos (CT =Concordo Totalmente; CP = Concordo Parcialmente; I = Indiferente; DP = Discordo Parcialmente DT =Discordo Totalmente), que melhor representaria a percepção dos médicos prescritores a respeito da prática da prescrição médica. As questões estavam dispostas aleatoriamente no questionário e fundamentadas em uma escala de 1 a 5 (CT = 5; CP = 4; I = 3; DP = 2; DT = 1).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A aplicação do primeiro Instrumento, Apêndice I, objetivou descobrir se existem forças externas que possam influenciar o trabalho dos prescritores das Unidades Básicas de Saúde, em relação às prescrições não constantes nas relações de medicamentos do Sistema Único de Saúde que acabam por ocasionar as ações judiciais.

No segundo momento, o instrumento, Anexo I, teve como objetivo aprofundar a pesquisa no tema inserindo-se questionamentos sobre o tipo de prescrições propriamente ditas, direcionado à toda rede, remetido a todos os diretores de unidades para que multiplicassem eletronicamente aos prescritores de suas equipes, sendo eles, clínicos gerais, ginecologistas obstetras, estratégia saúde da família, pediatra e psiquiatra, a fim de que participassem da pesquisa sem ônus algum.

Atualmente, o Município conta com 158 médicos na AB, entretanto à época dispunha de 140 prescritores que, após uma semana de aplicação do instrumento (questionário) disponibilizado por meio de acesso *online* (*Google Docs*) se observou apenas 5 respostas ao questionário, ou seja 3,5%, o que desencadeou a necessidade de realização de rodas de conversa nas UBSs com os prescritores com o objetivo de sensibilizá-los a participarem da pesquisa.

A Tabela 1 mostra o total de médicos alocados nas UBS do município.

Tabela 1- Total de Médicos da ESF da Rede Municipal de Atenção Básica em abril de 2020.
Diadema, SP, 2020

| Unidades Básicas de Saúde de Diadema | Número de Médicos* |
|---|---------------------------|
| UBS Casa Grande | 8 |
| UBS Centro | 12 |
| UBS Conceição | 7 |
| UBS Eldorado | 10 |
| UBS Che Guevara | 10 |
| UBS Jardim ABC | 5 |
| UBS Jardim Canhema | 7 |
| UBS Jardim das Nações | 8 |
| UBS jardim Inamar | 10 |
| UBS Jardim Paineiras | 15 |
| UBS Jardim Ruyce | 7 |
| UBS Maria Tereza | 5 |
| UBS Parque Reid | 8 |
| UBS Piraporinha | 6 |
| UBS Promissão | 12 |
| UBS Serraria | 11 |
| UBS Vila Nogueira | 5 |
| UBS Vila Nova Conquista | 5 |
| UBS Vila Paulina | 5 |
| UBS Vila São José | 2 |
| Total | 158 |

*médicos especialistas: generalistas, ginecologistas obstetras, estratégia de saúde da família, pediatras e psiquiatras.

Fonte: Preparada pela autora (ZYGMUNT, 2020), SMS/Diadema, SCNES

As rodas de conversa foram efetivadas com cuidado de os prescritores não se sentirem coagidos ou influenciados a responderem o instrumento. Após explicações sobre objetivos da pesquisa e a importância de suas opiniões, se pôde observar prescritores interessados no tema e outros nem tanto; a maioria inserido no ambiente de trabalho e no SUS; uns resistentes a novas ideias ou mudanças, porém a maioria sempre com observações, críticas ou comentários construtivos.

Nas alegações, todos se mostraram interessados em responder ao instrumento e assim participar de um movimento que traria soluções positivas nos cuidados aos usuários. Em geral, as narrativas foram em relação a escassez de medicamentos, tempo de atendimento exíguo, e descontinuidade no acompanhamento no tratamento. Não há dados estatísticos já que as conversas foram apenas para orientação quanto ao instrumento.

Entretanto, após 2 meses de reiteradas solicitações para que respondessem ao instrumento, de novembro de 2019 a janeiro de 2020, apenas 20 prescritores efetivamente o fizeram, representando 14,28% do total dos prescritores, conforme Tabela 2.

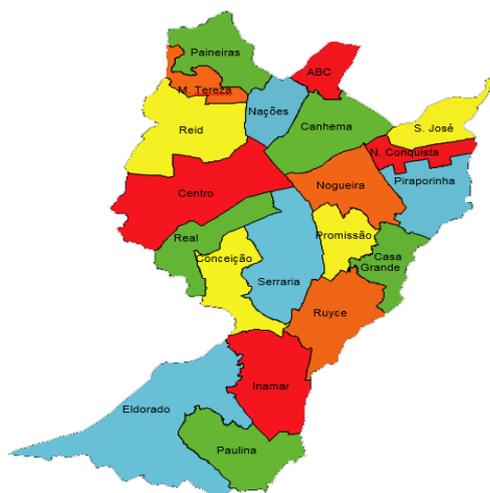
Tabela 2- Total de Médicos da ESF da Rede Municipal de Atenção Básica que responderam ao instrumento (questionário) delimitado por região.

| UBSs DE DIADEMA POR REGIÃO | NORTE | SUL | LESTE | OESTE | CENTRO | TOTAL DE RESPOSTAS |
|-----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------------|
| UBS Promissão | | | | | 5 | |
| UBS Jardim Das Nações | 4 | | | | | |
| UBS Piraporinha | 1 | | | | | |
| UBS Che Guevara | | | | 1 | | |
| UBS Conceição | | | | 1 | | |
| UBS Maria Tereza | | | | 1 | | |
| UBS Jardim Inamar | | 1 | | | | |
| UBS Eldorado | | 2 | | | | |
| UBS Jardim Inamar | | 1 | | | | |
| UBS Jardim Casa Grande | | | 1 | | | |
| UBS Jardim Ruyce | | | 2 | | | |
| Respostas por Região | 5 | 4 | 3 | 3 | 5 | 20 |

Fonte: Preparada pela autora (ZYGMUNT,2020), com dados do instrumento aplicado

Todavia, mesmo com a baixa adesão, foi possível obter repostas de prescritores abrangendo todas as regiões do Município, dividido entre norte, sul, leste, oeste e centro, o que possibilita fazer uma análise de todo o território, sendo, oeste e leste com 15% das respostas cada, norte e centro com 25% cada e sul com 20% conforme ilustra a Figura 3.

Figura 3- Representação esquemática das áreas de abrangências das Unidades de Atenção Básica da Rede Municipal de Saúde. Diadema, SP, 2020



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Diadema (2020).

Quando da análise dos instrumentos observa-se que no tocante aos dados pessoais, a maioria dos profissionais são do sexo feminino (77,8%), com 38,2 anos em média e 18,3 anos de formados, sendo que apenas 2 (22,2%) dos 9 não possuem especialização, pós-graduação ou residência.

No âmbito do atendimento em geral, questionou-se quanto ao grau de satisfação em relação ao próprio trabalho, tendo como respostas, 100% estão relativamente satisfeitos.

Não obstante, ao tecerem comentários, notam-se respostas negativas, ou seja, falta de infraestrutura, material e medicamentos, além de excesso de demanda impedindo o bom atendimento, quais sejam: “faltam recursos para diagnóstico e terapêutica”, “falta de recursos”, “muito acolhimento no geral”, “falta infraestrutura e medicamentos básicos”, “gosto muito do que faço, mas existem dificuldades no serviço público, com falta de medicamentos, aparelhagem, especialidades etc.”, “o atendimento realizado como médico de família nos proporciona uma diferenciação nos resultados, pois nos permite conhecer o ambiente no qual o paciente está inserido e os fatores sociais pertinentes ao processo do adoecer”, “muita demanda impedindo o bom atendimento”, “falta material para trabalhar desde papel até medicação”.

Em seguida, a intenção foi saber qual é a imagem dos profissionais da saúde da UBS em relação ao bom atendimento ao usuário SUS e, de acordo com as respostas, verificamos que 66,7% entenderam que com algumas exceções, os profissionais da saúde realizam um bom atendimento, “muitos estão sobrecarregados”, “devido à demanda sobrecarregando a agenda” e 33,3% percebem um bom atendimento com certeza, “equipe comprometida, com amor ao próximo”.

Porém, nos relatos, 55,5% concluem que “falta atualização em vários temas recorrentes”, “falta comprometimento de alguns”, “alguns profissionais não atendem bem aos usuários”.

Perguntados sobre o grau de satisfação dos profissionais de saúde em sua UBS constatou-se que 55,6% estão relativamente satisfeitos quando comparado aos 44,4% relativamente insatisfeitos. No entanto, todos apontaram os mesmos problemas como faltas de infraestrutura, material e medicamentos, além de excesso de demanda impedindo o bom atendimento. Logo, percebe-se que quando o grau de relativização é positivo ou negativo não há como mensurar o quanto influencia na satisfação.

A pergunta quanto ao sentimento do usuário, no atendimento recebido, resultou em 77,8% que ficam relativamente satisfeitos e 22,2% relativamente insatisfeitos. A despeito de responderem positivamente, nos comentários foram feitas críticas negativas por entenderem que faltam medicamentos e exames especializados,

encaminhamentos demorados, além de não conseguirem suprir todas as necessidades dos usuários.

Quando o assunto foi segurança pessoal e patrimonial da UBS, os questionamentos objetivaram entender qual é a visão do prescritor, de tal forma que ao ser perguntado sobre sua sensação em relação à segurança da UBS, 66,7% consideram-na relativamente segura contra 33,3% relativamente insegura.

Em contrapartida, ao comentarem, apontam que não há uma segurança em tempo integral, faltam viaturas, o território considerado periferia e, por isso, com população violenta.

Ao serem perguntados sobre sua segurança em relação à vizinhança de sua UBS, 66,7% a consideram insegura contra 33,3% relativamente segura, confirmando em seus comentários a vulnerabilidade quanto a assaltos e assassinatos, “Falta pessoal em tempo integral e mais armamento”, “Não tem segurança em tempo integral”, “Apesar de ter o guarda ficamos muito vulneráveis”, “Falta segurança em alguns períodos”, “acho que o profissional escolhido comprometido com seu trabalho”, “Não há segurança em todos os horários de funcionamento da UBS”, “a guarda não é em período integral”, “o guarda trabalha bem”.

O que se percebe até aqui é que quando respondem negativamente os comentários tendem a corroborar, porém, quando positivamente, os comentários são antagônicos.

Indagou-se sobre a acolhida dos usuários para com os profissionais da saúde, 77,8% entendem que os usuários são acolhedores, sendo que apenas 11,1% entendem que os usuários não são acolhedores e 11,1% responderam que não tinha opinião formada a respeito. Entretanto, nos comentários foi externalizado que “falta informação a população sobre os procedimentos e protocolos que seguimos, também falta educação na população”, “algumas pessoas da recepção são bem ríspidas”, “profissionais pouco dispostos”, indicando que muito da falta da acolhida também depende dos próprios profissionais da saúde, ou seja, reciprocidade de tratamento. Se a recepção os trata mal, são menos acolhedores, se os profissionais não os orientam quanto aos protocolos, são menos acolhedores.

Questionados sobre estrutura física da UBS e conforto na realização do atendimento, 2/3 entenderam que se sentem confortáveis atendendo na UBS, contudo nos comentários demonstram insatisfação pela falta de recursos. Sobre a percepção quanto ao acolhimento dos usuários nos ambientes da UBS, 44,4% entenderam que

não são acolhidos totalmente contra 33,3% que sentem que o usuário é totalmente acolhido. O restante entendeu que são acolhidos, mas com ressalvas, visto que nos comentários classificaram as instalações e os próprios profissionais de forma negativa.

Quanto ao grau de admiração para com os profissionais, 44,4% admiram, 44,4% admiram alguns e 11,2% não opinaram, porém 100% entende que os outros profissionais são importantes no tratamento para o cuidado integral. Da mesma maneira, quando perguntados sobre o grau de satisfação dos profissionais de saúde em sua UBS, 46,7% deram nota 3, 33,3% nota 4, 13,3% nota 5 e apenas 6,7% nota 2 e ao comentarem contrapõem com “a falta de condições de trabalho deixa insatisfeito”, “processo de trabalho mal organizado visando apenas o atendimento pontual e gerar produção, falta de profissionais”, “falta de estrutura: insumos, referência , contra referência dificultam o trabalho”.

Sobre o sentimento dos usuários em relação ao prescritor, 100% entenderam que a população tem um sentimento positivo em relação à pessoa do médico, entendem que não conseguem satisfazer a todos e que alguns usuários gostariam de ter seus anseios realizados e não necessariamente o que o quadro de saúde deles exige.

Esse sentimento vai ao encontro de estudos que demonstram de uma forma geral uma avaliação positiva dos serviços de saúde municipais pelos usuários da rede pública, embora tenham queixas quanto ao atendimento, falta de humanização e acolhimento, longo tempo de espera e filas para o atendimento, deficiência de recursos físicos e materiais (MOIMAZ *et al.*, 2010).

Ao serem perguntados sobre o grau de satisfação em relação ao seu próprio trabalho, 53,3% deram nota 4, 20% nota 5, 20% nota 3 e apenas 6,7% notas 2. Entretanto, nos comentários o grau de satisfação não se mostra evidente, “protocolos desatualizados e baseados na opinião do gestor ou do especialista, sem considerar os níveis de evidencia científica” ou “estaria mais satisfeito se tivéssemos melhores condições de trabalho”, o que mostra que o olhar crítico do prescritor refere-se aos meios para que realize um bom trabalho sendo que 93,3% estão satisfeitos com os trabalhos executados.

Em seguida, a ideia foi conhecer a relação dos prescritores com a gestão da saúde (MOIMAZ *et al.*, 2010). Para tanto foram questionados sobre o acesso a seus superiores (gestores), bem como se entendem que os problemas são resolvidos, e

com qual frequência e se gostariam de dar opinião nos novos projetos. Nesse aspecto, 88,9% entenderam que tem acesso aos gestores. Entretanto, esse acesso limita-se ao gestor local, diretora da UBS. Como consequência, os problemas são resolvidos quando da competência do gestor local. Explicam que há problemas que fogem da alçada da diretora da UBS. Ademais, a maioria gostaria de participar com opiniões aos novos projetos.

Tais projetos fazem parte da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS que deve estar presente incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Ademais, devem promover a comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (SAÚDE, 2020).

Desta forma, o instrumento abordou o relacionamento para com a gestão da saúde, principalmente quanto à agilidade nas resoluções, e 60% atribuíram nota 5, 20% nota 4, 6,7% nota 3, 13,3% nota 2.

Todavia, nos comentários contrapõem com ressalvas como: “eles têm muitas ocupações”, “não, difícil acesso e não costumam ouvir sugestões”, ou seja, justificam a falta de acesso a excessos de atribuições e ocupações dos gestores.

Assim, se pode concluir que ao ser perguntado sobre gestão, a maioria apenas considerou o diretor da UBS como o representante da gestão, não mencionando cargos da gestão central que têm maior poder de decisão. O resultado é a desmotivação e o descompromisso de muitos trabalhadores para com o SUS.

Corroboram com estudos que indicam que a força de trabalho em saúde representa um nó crítico para a gestão do SUS, bem como não há uma política de pessoal articulada com as políticas de saúde (SOUZA, 2009a).

No Município de Diadema, o diretor de Unidade Básica de Saúde, considerado o gestor local (gestor da ponta), se reporta a um apoiador da Atenção Básica (AB) que tem como função ser a ligação da ponta (AB) com a gestão central representada pela coordenação da AB. A coordenação da AB leva ao gestor principal (Secretário de Saúde) demandas colhidas na ponta (AB).

É da gestão central que saem as decisões balizam as políticas públicas de saúde do município, incluindo os projetos inovadores, de humanização, questões de fluxos e processos de trabalhos que, por estarem distante da realidade da AB, não

vão ao encontro dos anseios dos colaboradores, formando um hiato muitas vezes simples mas que se torna profundo pela falta da oitiva dos atores desse estudo.

No Quadro 3 observa-se o organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema na Atenção Básica.

Quadro 3- Distribuição de competências a partir da Gestão Central da SMS de Diadema, 2020.



Fonte: Preparada pela autora (ZYGMUNT, 2020), seguindo organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema.

Adentrando ao objetivo específico cujo propósito foi entender o motivo pelo qual os médicos prescrevem medicamentos que se transformam em ações judiciais, questionou-se a frequência da utilização dos medicamentos preconizados pelo SUS, no que se obteve como respostas 33,3% nota 4, 26,7% nota 5 e nota 3, e 13,3% nota 2.

Entretanto nos comentários consideram que a “grade é muito desfasada”, “falta muita medicação”, “quando são os melhores para o paciente sim, alguns fazem mal e aumentam a mortalidade”, “nem deveriam estar na lista”, “faltam muitos medicamentos”. Ou seja, apesar de responderem positivamente quanto a utilização dos medicamentos não acreditam na efetividade dos mesmos na maioria das vezes.

Posteriormente, perguntados quanto à frequência do uso de medicamentos do SUS de maneira “*off label*”, termo para “[...] se referir ao uso diferente do aprovado em bula ou ao uso de produto não registrado no órgão regulatório de vigilância sanitária no País, que, no Brasil, é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)” (CONITEC 2020, p.388), 55,5% apontou que frequentemente utiliza dessa manobra quando necessário, 11,1% raramente e 33,3% nunca utiliza, sendo que em uma resposta o prescritor declarou a utilização “quando o paciente solicita”. Ou seja, mais da metade dos prescritores utilizam medicamentos SUS de maneira não protocolar em alguma situação.

Perguntados sobre a confiança nos medicamentos indicados na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), 66,7% totalmente, 11,1% às vezes e 22,2% depende. Nos comentários houve justificativas como “limitação de medicamentos”, e entendem que às vezes “não correspondem às especificidades do tratamento”. O instrumento também arguiu o grau de confiança nos medicamentos da REMUME e foram atribuídas nota 5 em 46,7% dos casos, nota 4 em 20 % e nota 3 em 33,3% dos casos e ainda comentários solicitando acréscimos dessa lista.

Na sequência, arguiu-se quanto ao conhecimento dos protocolos para uso de medicamento responsável do SUS, 100% disseram que conhecem a maioria deles.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), entende-se:

[...] que há uso racional de medicamento quando pacientes recebem medicamentos para suas condições clínicas em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (SAUDE, 2020).

Apesar desse entendimento parecer o óbvio, não é o que se apresenta no município de Diadema no que diz respeito ao menor custo para si e para a comunidade.

Abordados quanto alguma observação relevante em relação às prescrições em geral, externaram necessidade de aumento de oferta de medicamentos básicos.

Em seguida a aplicação do instrumento foi quanto a prescrição e preocupação com custos dos medicamentos genéricos, que:

[...] contém o(s) mesmo(s) princípio(s) ativo(s), na mesma dose e forma farmacêutica, é administrado pela mesma via e com a mesma posologia e indicação terapêutica do medicamento de referência, apresentando eficácia e segurança equivalentes à do medicamento de referência e podendo, com este, ser intercambiável [...] (PORTAL ANVISA, 2020).

Sendo as repostas em média atribuídas com a nota 5 em 90% dos casos, significando que apesar dos medicamentos não pertencerem à REMUME em 90% dos casos o valor do medicamento é um item a ser considerado quando da prescrição

Entretanto, a pergunta mais importante relativa ao tema foi “eu oriento meus pacientes sobre a possibilidade de adquirir os novos medicamentos via judicial quando o SUS ainda não oferece”, pela qual se obtiveram 40% de nota 1, 20% de nota 2, 6,7% de nota 3, 20% de nota 4 e 13,3% de nota 5, ou seja, 40 % na média orienta o paciente com a possibilidade de adquirir medicamentos via judicial.

Estudos de Pepe *et al.* (2010) demonstram que a divergência entre os atores se refere ao acesso aos medicamentos que não constam de listas públicas integrantes da política da assistência farmacêutica. Entretanto, muitas vezes determinados medicamentos pleiteados não são incorporados por uma série de fatores dentre eles não possuírem indicação terapêutica e/ou protocolo estabelecido pelo SUS.

Tal divergência quando analisada em números no município de Diadema nos leva a um aumento de custeio da Assistência Farmacêutica que pela experiência desta pesquisadora na Secretaria de Saúde e como jurista, traça um paralelo com os dados referente ao número de ações iniciadas na Atenção Básica.

Atualmente são contabilizadas 380 ações judiciais ativas sendo 194 delas de medicamentos. Das 380 ações, 112 advém da Atenção Básica, ou seja, 28,64% delas. Das 189 ações de medicamentos, 38 partem da Atenção Básica, sendo, portanto, 20,1%. A maioria das ações de medicamento é referente a algum tipo de insulina, num total de 53, ou seja, 28% conforme Tabela 4.

Ademais 29 ações, 7,63%, são ingressadas no Município com medicamentos que fazem parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado (CEAF), que dentro do escopo da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, é uma estratégia de acesso aos medicamentos voltados à atenção de média e alta complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde, que busca garantir

a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, concentra incorporação de medicamentos novos e por vezes caros, o que pressupõe sua adequada utilização na prática assistencial para obtenção dos resultados pretendidos (LIMA-DELLAMORA *et al.*, 2012).

Nesse sentido, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) foram elaborados e publicados pelo Ministério da Saúde.

Tabela 3- Número de Ações Judiciais no Município de Diadema em Março de 2020

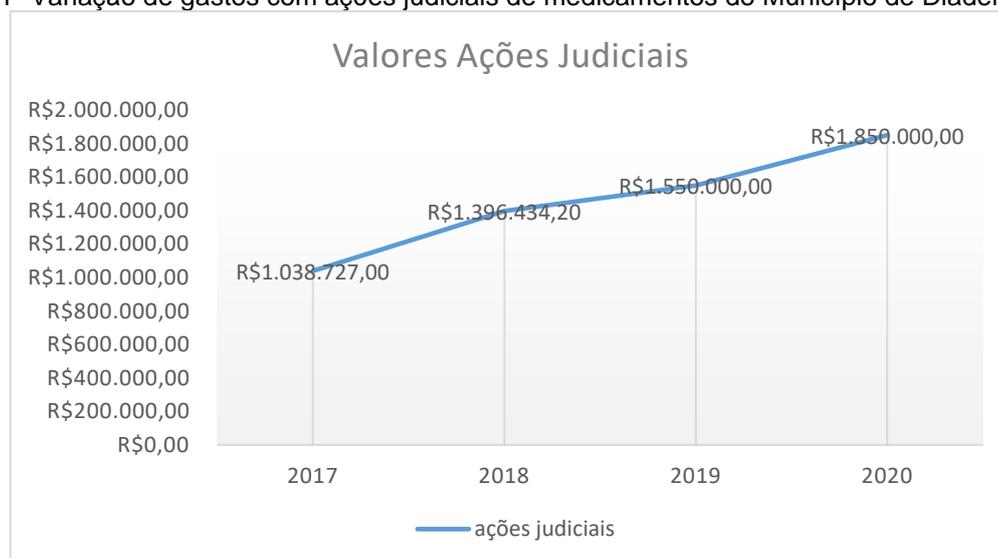
| | Quantidade | Porcentagem |
|-------------------------------------|------------|---------------|
| Ações Judiciais Totais | 380 | 100% |
| Ações Judiciais Medicamentos | 194 | 51,05% |
| Ações advindas da AB | 112 | 29,47% |
| Ações de Alto Custo (CEAF) | 29 | 7,63% |

Fonte: Diadema (2020).

Tais ações vêm em ritmo crescente anualmente no Município de Diadema e não há como mensurar nem tampouco imaginar quais medicamentos serão solicitados. Há, porém, estudos internos que mostram tendências, dentre elas quais medicamentos mais solicitados, sendo que insulina atinge até abril/2020 o primeiro lugar no *ranking* com 28% das solicitações (DIADEMA, 2020).

O Gráfico 1 indica a variação de custos judiciais de medicamento no município.

Gráfico 1- Variação de gastos com ações judiciais de medicamentos do Município de Diadema



Fonte: Diadema (2020).

Estudos confirmam que os mandados judiciais podem interferir tanto nas questões orçamentárias como administrativas, ao determinarem a entrega de medicamentos que não são de responsabilidade do ente federativo, mas não programados pelos serviços (PEPE *et al.*, 2010).

Em Diadema, desde 2017 não só em valores, mas também em números as ações judiciais subiram de maneira preocupante. Naquele ano se contabilizou 290 ações judiciais ativas de medicamentos. Hoje, já há 380 ativas, um aumento de 31% em menos de 4 anos do exercício fiscal (DIADEMA, 2020).

Com o intuito de atingir com maior fidelidade a estimativa de custeio anual, com correta alocação ou contingenciamento de recursos, tais estudos são realizados por uma comissão composta pelos setores das ações judiciais, assistência farmacêutica, suprimentos e orçamento. E, de posse dessas informações, o setor de orçamento anualmente empenhará o valor de custeio das ações (DIADEMA, 2020).

A Tabela 5 demonstra o Quadro de Detalhamento da Despesa (QDD) da Prefeitura do Município de Diadema, a execução orçamentária do período de 01/2020 a 12/2020 (exercício de 2020), que apresenta o valor destinado às ações judiciais de R\$ 1.850.000,00, sendo que já executados R\$413.616,16 até o mês de abril. A destinação em 2019 foi de R\$ 1.550.000,00/ano, ou seja, a estimativa para este ano é de um acréscimo de 19,35%, sendo então R\$25.000,00/mês, estimativa essa que vem sendo cumprida.

Tabela 4- Execução Orçamentária 2020 referente às ações judiciais da saúde- Diadema

| Sentenças Judiciais | 2019 | 2020 | Acréscimo 19 para 20 |
|----------------------------|------------------|------------------|-----------------------------|
| Valor orçamentário | R\$ 1.550.000,00 | R\$ 1.850.000,00 | 19,35% |
| Valor executado | R\$ 1.550.000,00 | *R\$ 413.616,16 | |

Fonte: Diadema (2020).

A Tabela 6 apresenta um comparativo do QDD da Prefeitura do Município de Diadema no exercício de 2019 referente a assistência farmacêutica com recursos próprios e vinculados no valor empenhado de R\$ 8. 577.911,78. Tomando-se como exemplo o ano de 2019 temos que o valor dispendido para as ações judiciais giraram em torno de 18% do valor investido na assistência farmacêutica do município.

Entretanto, esse valor referente às ações judiciais é extraído não só de contingenciamento da assistência farmacêutica, mas também de outras fontes de custeio da secretaria de saúde, causando principalmente comprometimento com

projetos da AB ou mesmo na aquisição de insumos e os próprios medicamentos da REMUME (DIADEMA, 2020).

Portanto, quando 40% dos prescritores respondem que orientam os usuários do SUS a adquirirem medicamentos via ação judicial, podemos concluir que não levam em consideração o orçamento dispendido para a compra pela administração pública conforme demonstrado, não detém conhecimento sobre os valores gastos com a assistência farmacêutica. Certo é que os recursos são finitos e o que se pode colocar em discussão é o quanto de usuários seriam beneficiados em detrimento a um único que ingressou com ação judicial.

Entretanto, problemas de gestão na Assistência Farmacêutica (AF) relacionados à judicialização da saúde não se restringem à entrega de medicamentos incorporados ou não nas listas oficiais públicas. Há características específicas desta demanda que vêm exigindo um tipo de atuação do gestor, administrativa e judicial, diferenciada para responder às ordens judiciais, evitar o crescimento de novas demandas e preservar os princípios e as diretrizes do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ao se dividir o valor do custeio da assistência farmacêutica pelo número de habitantes, 424.386, temos R\$ 20,21 gastos por habitante. Entretanto, ao dividirmos o custeio das ações judiciais pelo número de ações, teremos um valor de R\$ 4.078,94 por ação em média, o que neste diapasão atenderia exatos 201,82 habitantes.

Tabela 5- Quadro mostrando a proporção de custeio de ações judiciais pelo valor dispendido por habitantes pela assistência farmacêutica

| | 2019 | 2020 | Habitantes | Valor 19/Hab. | Valor 20/Hab. |
|--------------------------|------------------|------------------|------------|---------------|----------------|
| Valor Executado | | | | | |
| Assistência Farmacêutica | R\$ 8.577.911,78 | R\$ 9.353.822,10 | 424.386 | R\$ 20,21 | R\$ 22,04 |
| Ações Judiciais | R\$ 1.550.000,00 | R\$ 1.850.000,00 | 380 | R\$ 4.078,94 | R\$ 4.636,59 * |

Fonte: Diadema (2020)

A projeção de 2019 para 2020 indica um acréscimo de 16,21% do valor dispendido para as ações judiciais, mostrando tendência caso não haja nenhuma atitude é da situação se tornar insustentável nos próximos anos. O desafio é conseguir que a área financeiro-administrativa e a área técnica trabalhem de maneira coordenada. Alcançar um nível ótimo de coordenação não é simples, pois as lógicas de trabalho das duas áreas são distintas (SOUZA, 2009).

Conclui-se que problemas na engrenagem do sistema criado por lacunas de relacionamento interpessoal, interprofissional e de conhecimento estão favorecendo o aumento das ações judiciais.

Como tática, vale aproximar os técnicos para que entendam os trabalhos uns dos outros. Uma programação feita de forma participativa e a existência de mecanismos coletivos de acompanhamento das ações também ajudam (SOUZA, 2009).

Entretanto, a conscientização dos prescritores de que fazem parte dessa engrenagem deve iniciar na formação acadêmica. A percepção do fazer parte, do coletivo, do multidisciplinar e de que apesar de não estarem diretamente relacionados com financeiro, todos seus atos refletem diretamente na condução do sistema e melhorias na condição do tratamento dos usuários.

A intenção é oportunizar uma maior conscientização dos futuros prescritores quanto aos processos e protocolos de gestão do sistema de saúde, responsabilidade compartilhada, com criação de vínculos e conseqüente produção de saúde. A universidade precisa dar o exemplo, ousar construir o futuro. Inovar é mais importante do que reproduzir com qualidade o que existe. A matéria-prima da escola é sua visão do futuro (LEITE *et al.*, 2012).

As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 (DCN-2014) do curso de medicina, em seu artigo 4º, inciso II, determina que a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á na área de gestão em saúde, o que desperta a iniciativa de elaboração de uma aula em formato de *Team-based Learning* (TBL) para o aprendizado do tema das ações judiciais;

Art. 4º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas: I - Atenção à Saúde; II - Gestão em Saúde; e III - Educação em Saúde (PORTAL DO MEC, 2014).

Ademais, o artigo 29, inciso X, da DCN-2014 contempla formação flexível e interprofissional, com as instâncias governamentais e serviços do SUS coadunando problemas reais de saúde da população, que vem ao encontro do problema levantado nessa pesquisa, pois caso não haja solução para tais ações, o sistema entrará em colapso financeiro (PORTAL DO MEC, 2014).

A aula no formato TBL deve ser promovida na fase pré-internato, isto é, oitavo semestre, na disciplina de Habilidades Terapêuticas, na qual o discente aprende entre outros, a prescrever medicamentos, onde o egresso já tem conhecimento dos tratamentos e protocolos do SUS e em breve irá iniciar efetivamente a prática da profissão, conviver com a realidade, com as dificuldades, dentre elas as faltas de medicamentos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Município de Diadema conta com 20 Unidades Básicas de Saúde das quais 100% são contempladas com Equipes de Saúde da Família (ESF), contando com 158 profissionais médicos na Atenção Básica, entre Generalistas, Ginecologistas, Obstetras, Pediatras, Clínicos e Psiquiatras sendo, portanto, consideradas Unidades de Saúde da Família (USFs).

O fenômeno da judicialização que vem atingindo os Municípios de maneira crescente ao longo dos anos, causa danos ao Sistema de Saúde como um todo, pois a necessidade do financiamento das demandas judiciais faz com que os gestores recorram a recursos próprios os quais poderiam ser destinados a um número maior de usuários em detrimento ao individual.

Essa pesquisa se concentrou na ótica do prescritor da atenção básica sob a judicialização, pois, por sua experiência como jurista e nas ações judiciais do município, verificou que muitas das ações judiciais utilizam como porta de entrada a atenção básica, focando como objetivo geral os motivos que levam à judicialização sob a ótica do prescritor da Atenção Básica no Município de Diadema e tendo como objetivos específicos analisar o perfil sociodemográfico dos prescritores de acordo com suas dimensões pessoais e profissionais, verificando a percepção dos médicos prescritores de acordo com a sua prática profissional.

Importante destacar que essa pesquisa teve a intenção de envolver o maior número possível de prescritores sendo que em tempo hábil a adesão de apenas 14,28% não tornou o estudo menos fiel já que atingiu todas as regiões do Município.

A despeito da adesão, pôde-se notar que existem elementos subjetivos e objetivos que distanciam a ponta (Atenção Básica), onde estão os prescritores, da Gestão Central e que tal situação já está consolidada, sendo mais dificultosa a modificação de ideias.

Entretanto, é importante que a gestão faça uma reflexão no sentido de transformar a lacuna imposta entre as partes e, assim, tentar solucionar ou pelo menos amenizar o problema crescente da judicialização da saúde.

Notou-se que o meio influencia o trabalho dos prescritores de maneira que, se necessário, ignoram protocolos para amenizar ou melhorar o convívio na comunidade.

Pôde-se perceber que prescritores com mais tempo de formados tendem a ser

mais resistentes a mudanças, o que os tornam mais desinteressados ou descomprometidos com protocolos.

Conclui-se que a melhor e mais eficaz alternativa será a construção do conhecimento ainda na academia (Universidade), para que se consolide a ideia de que está inserido num sistema com mecanismos interligados e com a mesma importância, bem como o entendimento de todo seu funcionamento.

O aumento das ações judiciais indica a necessidade de que os gestores modifiquem a maneira de tratar as relações com seus subordinados, a fim de surgir um novo modelo de gestão participativa de fato, em que os prescritores sintam-se incluídos e, portanto também responsáveis não só pelo seu próprio atendimento ao usuário, mas também por todo sistema único de saúde, incluindo aí seu custeio e conseqüentemente diminuição das ações judiciais.

Por outro lado, falta ao prescritor um maior interesse em modificar o que está posto, e muitas vezes desconhece como poderia alterar ou até mesmo por influências externas e subjetividade se descompromete com o sistema, não com sua clínica.

Portanto, quando se diz respeito ao prescritor esse estudo mostrou que com maior celeridade se consegue atingir os novos médicos, os recém-formados, daí a necessidade do direcionamento do produto dessa pesquisa para a universidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Carlos Alberto. **Bibliometria: evolução histórica e questões atuais**. Em questão, v. 12, n. 1, p. 11-32, 2006. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/EmQuestao/article/view/16/5>. Acesso em: 01 jun. 2020.

BARBOSA, Antonio Pires; TARDIVO, Carla Rúbia Florêncio; BARBOSA, Estela Capelas. Mecanismos de controle da gestão do SUS à Luz da Lei Complementar Nº 141, de 2012. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 8, n. 1, p. 66-74, 2016. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/39575/mecanismos-de-controle-da-gestao-do-sus-a-luz-da-lei-complementar-n---141--de-2012/i/pt-br>. Acesso em: 27 jan. 2020.

BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. **Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005**. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, p. 59-69, 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 maio 2020.

_____. **Lei. 8080/90 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. Presidência da República, Casa Civil, subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 01 jun. 2020.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso 01 jun. 2020.

CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques; *et al.* Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 784-790, 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rsp/2012.v46n5/784-790/pt>. Acesso em: 30 maio 2020.

CIDADES.IBEGE. **Diadema.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/diadema/panorama>. Acesso em: 07 maio 2020.

CONITEC. Uso off label: erro ou necessidade? Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. **Rev. Saúde Pública** 2012;46(2):398-9. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/CONITEC_artigo_HelaineClarice.pdf. Acesso em: 20 maio 2020.

CONSELHO SAUDE. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde.** Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso 01 jun. 2020.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Caderno Saúde Pública**, v.25, n. 8, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800020. Acesso em: 25 abr. 2020.

FREITAS, Beatriz Cristina de; FONSECA, Emílio Prado da; QUELUZ, Dagmar de Paula. **A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 24, e 190345, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100303&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 maio 2020.

LEITE, Maisa Tavares de Souza *et al.* O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na formação profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 111-118, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a15.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

LIMA-DELLAMORA, Elisangela da Costa; CAETANO, Rosangela; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2387-2396, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a19v17n9.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 590-598, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102011000300018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 01 jun. 2020.

MAGARINOS-TORRES, Rachel *et al.* Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3859-3868, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3859.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2020.

MAPELLI JUNIOR, Reynaldo. **Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS**. 2015. Tese (Doutorado em Radiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. doi:10.11606/T.5.2016.tde-23022016-162923.

MARQUES, Silvia Badim. Judicialização do direito à saúde. **Revista de direito sanitário**. v. 9, n. 2, p. 65-72, 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13117>. Acesso em: 01 jun. 2020.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1419-1440, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a19v20n4.pdf>. Acesso em: 14 maio 2020.

NAFFAH FILHO, Michel; *et al.* S-Codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. BEPA. **Boletim Epidemiológico Paulista** (Online), v. 7, n. 84, p. 18-30, 2010. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722010001200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 maio 2020.

NUNES, Carlos Francisco Oliveira. **Judicialização do direito à saúde no estado do Ceará, Brasil: cenários e desafios**. 2014. F. Dissertação (Mestrado em saúde Pública) Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. 2014. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15795/1/2014_dis_cfonunes.pdf. Acesso em: 26 nov. 2019.

PANIZ, Vera Maria Vieira *et al.* . Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 267-280, Feb. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 Jun 2020.

PAULA, Carlos Eduardo Artiaga; BITTAR, Cléria Maria Lôbo. **Judicialização da saúde: construindo soluções na perspectiva da promoção da saúde**. Acta Scientiarum. Humanand Social Sciences, v. 41, n. 2, p. e46762-e46762, 2019. Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/46762>. Acesso em: 01 jun. 2020.

PEPE Vera Lúcia Edais *et al.* . A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15(5):2405-2414, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15n5/2405-2414/pt>. Acesso em: 25 maio 2020.

PORTAL MEC. **Ministério da Educação Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior**. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014(*) Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 17 abr. 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. 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**, v. 67, p. 125-172, 2008. pag.125. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf. Acesso em: 27 jan. 2020.

RABELLO, Lúcia Emília Figueiredo de Souza. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos - aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 983, June 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300034&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 jun. 2020.

SANT'ANA, João Maurício Brambati *et al.* . Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, p. 138-144, 2011.

SAÚDE. **Política Nacional de Humanização (SUS)**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-sangue/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>. Acesso em: 28 abr. 2020.

SMS. Diadema. **Secretaria Municipal de Diadema**. Disponível em: <http://www.diadema.sp.gov.br/dmp/comunicacao/Comunicacao/Site2/PMSDiadema2018-2021.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2020.

SENADO. **Constituição Federal 1988.** Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp. Acesso em: 01 jun. 2020.

SILVA JUNIOR, Geraldo Bezerra da; DIAS, Eduardo Rocha. (2016). Avaliação da satisfação dos usuários de um serviço de saúde público-privado no nordeste do Brasil e a judicialização da saúde. **Revista De Direito Sanitário**, 17(2), 13-29. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i2p13-29>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/122303/119041>. Acesso em: 07 mar. 2020.

SOUZA, Mônica Vinhas de *et al.*. Medicamentos de alto custo para doenças raras no Brasil: o exemplo das doenças lisossômicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Supl. 3):3443-3454, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2010.v15suppl3/3443-3454/#ModalArticles>. Acesso em: 02 jun. 2020.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-918, June 2009a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 maio 2020.

WANG, Daniel Wei L.; *et al.*. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rap/v48n5/06.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO

Gênero: () M () F

Idade:___ Ano de formatura:_____ Cidade onde se formou:_____

Local(is) onde atende (você pode marcar mais de uma opção):

- Unidade de Saúde da Estratégia Saúde da Família
- Unidade de Saúde Básica
- CMUM/UPA/Pronto Atendimento/Pronto Socorro
- Clínica ambulatorial, consultório particular ou por convênio
- Hospital/Enfermaria/UTI/Centro Cirúrgico

Área(s) em que atua (você pode marcar mais de uma opção, se pertinente):

- Assistência direta ao paciente
- Área acadêmica/de pesquisa

Tem especialização, pós-graduação ou residência?

- Não
- Sim, especialização ou pós-graduação, em curso
- Sim, especialização ou pós-graduação, concluída
- Sim, residência, em curso
- Sim, residência, concluída

Se sim, qual a principal especialidade em que atua no momento?

Para as afirmações a seguir, assinale a opção que melhor representa a sua opinião:

CT = Concordo totalmente, representando nota 5.

CP = Concordo parcialmente, representando nota 4.

I = Indiferente, representando nota 3.

DP = Discordo parcialmente, representando nota 2.

DT = Discordo totalmente, representando nota 1.

SEGURANÇA

| CT | CP | I | DP | DT |
|----|----|---|----|----|
|----|----|---|----|----|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. Eu acredito que a segurança patrimonial da minha UBS traz confiança para o trabalho durante todo o horário de atendimento | | | | | |
| 2. Eu tenho a sensação que a UBS é segura | | | | | |
| 3. eu percebo que a vizinhança da UBS é tranquila o que me tranquiliza ao chegar e sair do meu trabalho | | | | | |
| 4. Eu sinto que a população que frequenta a UBS é acolhedora | | | | | |
| 5. Eu me sinto seguro(a) fisicamente para realizar o atendimento dos pacientes | | | | | |
| 6. Eu confio que meus pacientes acreditem no meu domínio técnico e respeitam minha conduta. | | | | | |

ESTRUTURA FÍSICA

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 7. Eu entendo que as instalações da UBS que trabalho condizem com as normas técnicas | | | | | |
| 8. Eu me sinto bem com instalações confortáveis | | | | | |
| 9. Eu gosto das áreas de convivência | | | | | |
| 10. Eu percebo que os pacientes se sentem acolhidos nos ambientes | | | | | |
| 11. Eu noto que os outros profissionais também concordam com minha opinião | | | | | |

PRESCRIÇÃO

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 12. Eu confio nos medicamentos fornecidos pelo SUS | | | | | |
| 13. Eu costumo usar medicamentos do SUS <i>offlabel</i> | | | | | |
| 14. Eu me atualizo sempre em relação aos medicamentos aplicados em tratamentos | | | | | |
| 15. Eu entendo que a REMUME me ajuda na prescrição | | | | | |
| 16. Eu sigo o protocolo de tratamento das doenças | | | | | |

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 16. Eu admiro meus colegas de profissão por estarmos na mesma sintonia, buscando o mesmo objetivo | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 17. Eu entendo ser fundamental os profissionais outras áreas da saúde para o cuidado integral do paciente | | | | | |
| 18. Eu percebo que os pacientes gostam de ser atendidos por mim, pois dou atenção além de uma simples consulta | | | | | |

GESTÃO DA SAÚDE

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 19. Eu fico tranquilo pois tudo o que necessito sou prontamente atendido pela gestão | | | | | |
| 20. Eu acompanho as portarias do Ministério e observo que estão sendo cumpridas | | | | | |
| 21. Eu gosto de ser instado a dar minha opinião em novos projetos | | | | | |
| 22. Eu admiro a rapidez da solução de conflitos e demandas por parte da gestão | | | | | |

ATENDIMENTO EM GERAL

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 23. Eu sinto prazer no que faço pois é recompensante o resultado | | | | | |
| 24. Eu vejo que somos uma equipe que está em perfeita sintonia | | | | | |
| 25. Eu percebo que com os protocolos a engrenagem é perfeita | | | | | |
| 26. Eu entendo que todos os atores envolvidos fazem seus papéis para um ótimo atendimento | | | | | |
| 27. Eu acredito que todos os envolvidos estão satisfeitos com seus trabalhos assim como eu | | | | | |

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **COMPREENDER OS MOTIVOS DA JUDICIALIZAÇÃO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS PRESCRITORES DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE DIADEMA**

Nome do responsável: Erica MateoZygmunt

Número do CAAE: 14657619.9.0000.5510

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa e este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegura seus direitos como participante de pesquisa e foi elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e por você, sendo que uma via será sua e outra ficará com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma e, aproveite para esclarecer suas dúvidas. Se você tiver perguntas, poderá fazê-las ao pesquisador. Você NÃO sofrerá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se não aceitar em participar desta pesquisa ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e Objetivos:

A proposta dessa pesquisa teve as suas origens ao observar que ações judiciais partem da própria Atenção Básica, porta de entrada para a Rede Pública de Saúde do Município. O objetivo da pesquisa será compreender os motivos pelos quais tais ações poderiam ser evitadas sob a perspectiva do médico prescritor da Atenção Básica.

Procedimentos:

Realizar-se-á um estudo observacional com perguntas abertas e fechadas e pretende-se relacionar com o tema proposto. Como técnica será adotado e aplicado um questionário. Ele é composto de: 1) perfil sócio demográfico; 2) perguntas sobre a percepção dos médicos a respeito da prática da prescrição médica.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Participando do estudo você está sendo convidado a responder a um pré-questionário que diz respeito às informações pessoais, ou seja, suas características, tal que estas se constituirão na definição do seu gênero; idade; ano de formatura; cidade onde se formou; local onde atende; área em que atua; se possui especialização, pós-graduação ou residência; e se sim, qual a principal especialidade em que atua no momento, durante no máximo 15 minutos na unidade básica de saúde, local de seus atendimentos, durante seu expediente ou em reuniões, ambos a serem previamente agendadas. Numa segunda etapa, será aplicado um questionário no mesmo formato do anterior com a mesma utilização de tempo e espaço, ou seja, as questões serão em escala tipo Likert de 5 pontos (CT = Concordo Totalmente; CP = Concordo Parcialmente; I = Indiferente; DP = Discordo Parcialmente DT = Discordo Totalmente), que melhor representaria a percepção dos médicos prescritores a respeito da prática da prescrição médica. As questões estarão dispostas aleatoriamente no questionário e fundamentadas em uma escala de 1 a 5 (CT = 5; CP = 4; I = 3; DP = 2; DT = 1). Não haverá nenhum tipo de gravação e as respostas podem ser anônimas e serão descartadas após a finalização do trabalho.

Desconfortos e Riscos

Você não deverá participar deste estudo se não quiser participar da pesquisa. Os possíveis riscos para os voluntários são mínimos, por exemplo, o não entendimento das questões. Os mesmos poderão ter ajuda do pesquisador, caso tenha necessidade.

Benefícios:

Os participantes colaborarão por intermédio de suas informações com a possibilidade de melhorias nos tratamentos medicamentosos, subsidiando entendimento para educação continuada para toda a Rede Pública bem como protocolos a serem discutidos, além de possibilitar a confecção de cartilha para os usuários a qual facilitará seu entendimento quanto a porta de entrada do sistema melhorando a toda comunidade o acesso aos tratamentos. Melhor compreensão do fenômeno da judicialização e protocolos da assistência farmacêutica no SUS. Com efeito, se espera nesta pesquisa gerar conhecimento e conscientização para melhor atendimento e uso responsável de medicamentos e do orçamento público.

Acompanhamento e Assistência:

Sigilo e Privacidade:

Você tem garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Seu nome não será revelado na divulgação dos resultados desse estudo.

Ressarcimento e Indenização:

O estudo será realizado dentro do horário de trabalho tendo sido autorizado pelas autoridades competentes. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, sendo autorizado o tempo dedicado à pesquisa.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora: Erica Mateo Zygmunt, R. Antônio Piranga, 655, Diadema/SP, cel: 11 97051.1553, e-mail: ericazyg@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da USCS, das 8h às 12h e das 14h às 18h, através do telefone (11) 42393282.

Comitê de Ética em Pesquisa – USCS: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul, CEP: 09521-160, Tel: (11) 42393282.

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa: de Paula Silva

Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa: Prof. Dr. Arquimedes Pessoni.

Telefone do Comitê: (11) 42393282

Endereço do Comitê: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul

e-mail do Comitê de Ética em pesquisa: cep.uscs@uscs.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):

O CEP tem como função avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas.

Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das Instituições, além de ser um órgão consultor na área de ética em pesquisas. Consentimento Livre e Esclarecido: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante da pesquisa:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do participante de pesquisa:

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da Resolução 466 de 2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguo ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante de pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP. Comprometo-me utilizar os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.

Data: ____ / ____ / ____

(Assinatura do pesquisador)

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Comitê de Ética em Pesquisa – USCS: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul, CEP: 09521-160 Tel: (11) 4239-3200 ramal3282.

Para as afirmações a seguir, assinale a opção que melhor representa a sua opinião:

ANEXO

ANEXO I

CT = Concordo totalmente, representando nota 5.

CP = Concordo parcialmente, representando nota 4.

I = Indiferente, representando nota 3.

DP = Discordo parcialmente, representando nota 2.

DT = Discordo totalmente, representando nota 1

| | CT | CP | I | DP | DT |
|--|----|----|---|----|----|
| 1. Eu me certifico de que o tratamento foi seguido a cada nova consulta com o paciente. | | | | | |
| 2. Tratamentos antigos, porém bem validados por estudos, podem ser melhores do que drogas lançadas recentemente. | | | | | |
| 3. Após prescrever, eu procuro me certificar se os pacientes entenderam os objetivos do tratamento. | | | | | |
| 4. Sempre que possível, procuro prescrever medicamentos genéricos. | | | | | |
| 5. Eu sempre levo em consideração o custo da medicação para o paciente na hora de prescrever | | | | | |
| 6. Eu entendo que, após prescrever o medicamento, o paciente vai seguir a receita, independente se ele foi informado do objetivo do tratamento ou não. | | | | | |
| 7. Medicamentos genéricos costumam ser menos confiáveis do que medicamentos de marca. | | | | | |
| 8. Eu sempre assumo que, ao retornar, o paciente seguiu minha prescrição conforme o orientado na consulta anterior. | | | | | |
| 9. Sempre que possível, procuro prescrever medicamentos previstos no Rename. | | | | | |
| 10. Sempre que possível procuro prescrever medicamentos disponíveis na rede pública de saúde | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 11. Eu oriento meus pacientes sobre a possibilidade de adquirir os novos medicamentos via judicial quando o SUS ainda não oferece | | | | | |
| 12. Eu gosto de testar drogas novas no mercado sempre que possível, visando ampliar meu leque de opções terapêuticas. | | | | | |
| 13. Eu me preocupo em basear minhas prescrições em dados de periódicos, protocolos, <i>guidelines</i> , livros, texto ou informações de congressos | | | | | |
| 14. Eu confio em basear minhas prescrições na opinião de colegas ou em informações sobre novos tratamentos fornecidas por representantes farmacêuticos. | | | | | |
| 15. É importante que o paciente tente conseguir a medicação prescrita, pois a sua saúde é mais importante do que o custo que a medicação possa eventualmente ter. | | | | | |

