

CAPÍTULO 30

ENVELHECIMENTO E MEDICAMENTOS: UM PANORAMA DE SOLICITAÇÕES JUNTO AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE SÃO PAULO²

Vania Aparecida Gurian Varoto
Pamela Cristina Cedro

RESUMO

Garantir o direito da pessoa idosa na rede de atenção pública e privada é assunto em pauta para extinguir possibilidade de negligências ou ausência do direito à saúde. No entanto, quando o direito é violado, o poder judiciário pode ser acionado para suporte. Em situações de direito do idoso e de necessidades para o tratamento farmacológico (medicamentos), verifica-se que o poder judiciário tem recebido inúmeras solicitações. Assim, esta pesquisa visou caracterizar as solicitações de suporte ao tratamento farmacológico por pessoas idosas junto ao poder judiciário de um município do interior paulista. Este estudo é do tipo descritivo, exploratório, retrospectivo, baseado nos fundamentos de estudos documentais. Foram analisados, 153 processos, no período de junho de 2015 a abril de 2016. A idade mediana das pessoas idosas solicitantes foi de 72 anos, sendo a maioria composta por mulheres casadas e viúvas, com renda até 3 salários-mínimos e residentes na região central da cidade. As doenças com maior prevalência, em ordem decrescente foram: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Neoplasias, Degeneração Macular, Artrose, Alzheimer, Acidente Vascular Cerebral, Depressão, Insuficiência Cardíaca e Dislipidemia. Os medicamentos mais solicitados foram: Lucentis Ranibizumabe, Rivaroxibana (Xarelto), Eylea, Insulina, Carvedilol, Clopidogrel e Galvus Met. O movimento e discussão em atuações frente as políticas de promoção de saúde e prevenção de doenças, com investimento na atenção primária a longo prazo, poderia resultar na redução dos gastos com a velhice e evitar os processos junto ao poder judiciário, estabelecendo garantia ao direito à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gerontologia. Direito à Saúde. Judicialização da Saúde. Ministério Público.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno de abrangência mundial, caracterizado por novos padrões demográficos e aumento significativo da expectativa de vida da população. No Brasil a expectativa de vida era de 76 anos em 2019 e as projeções para o ano de 2060 indicam que será em torno de 81 anos (IBGE, 2022). A estimativa para 2025 da população idosa é de 32 milhões de pessoas, com um perfil mais feminino, vivendo em áreas urbanas, níveis socioeconômico e de escolaridade baixos, e com alto risco de desenvolver patologias (BRASIL, 2003; BRASIL, 2014; ARAÚJO, 2012; CARVALHO *et al.*, 2012; RAMOS *et al.*, 2016).

Na atualidade, as doenças crônico-degenerativas transformaram-se na principal causa

² Estudo desenvolvido junto ao Departamento de Gerontologia-DGero da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar. São Carlos, SP. Estudo financiado pela FAPESP.

de morte no Brasil. Ramos *et al.* (2016) relatam que, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, pelo menos 60 milhões de brasileiros possuíam doenças crônicas e que a frequência do uso de múltiplos medicamentos por idosos é maior em comparação a outras faixas etárias. Estudos demonstram que a idade avançada se constitui como um dos principais fatores de risco para o uso crônico de medicamentos.

Para as pessoas idosas, o risco para doenças crônicas é mais prevalente nas mulheres, uma vez que estas vivem mais devido à: maior procura a serviços de saúde ao longo da vida e adesão de métodos preventivos junto aos serviços de saúde; maior flexibilidade e adaptabilidade nas relações sociais, dentre outros fatores, o que acarretou outro fenômeno: o da feminização da velhice (CARVALHO *et al.*, 2012). Por outro lado, nas fases da velhice e da infância, nota-se maior utilização de serviços de saúde e são as fases consideradas de maior vulnerabilidade biológica (LEITE-CAVALCANTI *et al.*, 2009).

O envelhecimento traz consigo uma série de mudanças. Na perspectiva biológica, ocorre uma grande variedade de danos moleculares e celulares. No decorrer do tempo, esses danos acarretam a perda gradual das reservas fisiológicas e em alterações funcionais, e estruturais, as quais conduzem ao aumento do risco de se adquirir doenças, ao declínio das capacidades intrínsecas e extrínsecas da pessoa, e pode desencadear necessidades de cuidados à saúde em diferentes dimensões da vida (OMS, 2015; PAPALÉO NETTO, 2017).

Frente as demandas de saúde integral à população idosa, verifica-se aumento significativo nos gastos de cuidado, de assistência de longa duração, monitoramentos mais precisos e prolongados, utilização de procedimentos terapêuticos de alto custo e maior consumo de medicamentos. Conseqüentemente o aumento progressivo de procedimentos à saúde e dos cuidados aos tratamentos de longo prazo poderá ser insustentável frente ao aumento da população idosa (LEITE-CAVALCANTI *et al.*, 2009; OMS, 2015; CHIEFFI, 2017).

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015), apresenta que países desenvolvidos tem as despesas em saúde reduzidas após os 75 anos de idade e que, em contrapartida, os investimentos de cuidados de longo prazo sofrem um aumento, e esses estão associados com diferentes dimensões à vida. Assim, pode-se concluir que atuar na promoção de saúde ao longo do ciclo da vida pode resultar na redução dos gastos nos estágios finais, deste modo, a formulação de políticas e ações para atender a esta nova dinâmica exige uma extensa e profunda discussão entre acadêmicos, gestores e outros profissionais de saúde (OMS, 2015).

O enfrentamento do cuidado e apoio à pessoa idosa, tal como os desafios frente ao envelhecimento e suas demandas, ainda se mostram incipientes em muitos países em desenvolvimento. As conquistas com o aumento da expectativa de vida da população é fato, contudo o desafio de envelhecer com qualidade é real (LEITE-CAVALCANTI *et al.*, 2009; CARVALHO *et al.*, 2012; OMS, 2015; SAMPAIO; VENTURA, 2016).

A discussão acerca do que se entende como saúde e dela ser um direito, foi fundamentada no decorrer do tempo. No Brasil, o direito à saúde é descrito na Constituição Federal de 1998, em que se considera que a oferta de saúde deve ser efetuada de maneira universal, integral e equânime. Porém, a reflexão sobre o princípio da universalidade tem sido ampliada em virtude de que em muitos momentos a prática não foi aplicada, demonstrando-se a necessidade de se recorrer à justiça para garantia de direitos, por exemplo, ao da assistência farmacológica (PINHEIRO, 2005; ALVES, 2015).

Segundo Souza (2014), ao mesmo tempo em que a universalidade se constitui em um dos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), impõe-se com um dos maiores desafios por ele enfrentado na questão da efetivação dos direitos. Neste contexto, o fenômeno reconhecido como “judicialização” da saúde se faz presente, que transferiu as decisões sobre situações e políticas de saúde para o Poder Judiciário, o que acarretou a alta demanda da necessidade de atuação e intervenção do Ministério Público. Nesses casos para garantia da saúde, da vida e da dignidade da pessoa humana (FERRAZ, 2009; RAMOS; DINIZ; MADUREIRA, 2015; BRASIL, 2019).

Para Binenbojm (2008), os direitos fundamentais e a democracia representam duas grandes conquistas da moralidade política. É a expressão jurídica-política dos valores base de uma sociedade, configurando-se em elementos estruturantes do Estado democrático e de Direito. Dentre os direitos fundamentais do ser humano está o direito à saúde.

O termo saúde sofreu grandes variações ao longo dos anos e da história. Contudo, somente após as grandes guerras, a saúde foi reconhecida como direito humano pela Organização Mundial das Nações Unidas (OMS) *apud* Sclair (2007), em sua Constituição de 1946 e, assim, conceituou-a como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (DALLARI, 1995; SCLAIR, 2007, p. 37).

A Constituição Moderna Brasileira nasceu intrinsecamente ligada à ideia de que os homens têm direitos inalienáveis decorrentes de sua condição humana incluso nestes a nova

concepção de saúde. E ainda, buscou fundamentar o Estado igualitário na delimitação do poder, cujo qual deveria ser destinado à gestão dos interesses coletivos (DALLARI, 1995; BRASIL, 2003).

Ao observar a experiência brasileira na construção do direito à saúde, assim como da própria política de saúde, as diretrizes do SUS amplia e fortalece o conceito saúde enquanto direito de todos e dever do Estado com condições de cuidado integral a todos (DALLARI, 1995; BRASIL, 2003; PINHEIRO, 2005).

De acordo com a Política Nacional do Idoso, no Cap. IV, Art. 10º, item II diz:

Na área de saúde: a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; ... g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação [...] (BRASIL, 1994, p. 10).

O Estatuto do Idoso no Art. 3º, diz que: “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei” (BRASIL, 2003). No Art. 8º, diz: "O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente".

Todas as indicações acima abordam sobre a garantia do direito à saúde, assim como são entendidas como elementos integrantes aos mecanismos pelos quais será provida. Dentre essas e, por conseguinte garantir o direito à saúde junto às pessoas acometidas por doenças, o direito à medicação se faz importante ao complemento ao tratamento, manutenção ou exclusão de sinais e sintomas decorrentes de patologias.

O fornecimento e uso adequado de medicamentos contribuem para a melhoria do estado clínico da pessoa em seu processo de tratamento, cura e/ou reabilitação. E, considerando o perfil epidemiológico de um país em que a população é envelhecida e com perspectivas de aumento das pessoas idosas, o predomínio de múltiplas comorbidades é real e a polifarmácia é um fato presente (SECOLI, 2010).

A polifarmácia se refere ao uso de cinco ou mais medicamentos simultaneamente por qualquer pessoa. Sua prescrição aumentou expressivamente nos últimos anos devido ao aumento da incidência dos casos de doenças crônicas, cujo, um dos fatores de risco é a idade. Além de seu uso ser comum em pessoas que possuem mais de uma comorbidade (SECOLI, 2010). Considera-se que a polifarmácia em idosos tornou-se significativo aspecto no cuidado e

a observância desse uso, e, as formas de controle são necessárias tanto em ambientes de cuidado coletivo quanto individual (LUCCHETTI *et al.*, 2010).

A introdução de novos fármacos cada vez mais contribui, em graus variáveis, para o prolongamento da vida, o alívio da dor, a redução de risco de adoecimento e a melhoria ou manutenção das condições de vida das populações (LUCCHETTI *et al.*, 2010). De acordo com o Decreto nº1948 (BRASIL, 1996), no art. 9º, §5, “o Ministério da Saúde deve: fornecer medicamentos, órteses e próteses, necessários à recuperação e reabilitação da saúde do idoso”, e conforme a Lei Orgânica do SUS (Lei nº8.080/1990), no Art. 6º, diz que estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS: assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Em 1998, foi criada a Política Nacional de Medicamentos com o intuito a promoção da elaboração ou a readequação de planos, programas, projetos e atividades dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, com propósito de “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998).

No entanto, a efetividade referente às indicações acima nem sempre é real. No Brasil, a garantia do acesso é intrinsecamente ligada a questões socioculturais, políticas, econômicas, distribuição de renda, capacidade de financiamento dos sistemas de saúde, uso racional dos medicamentos e eficiência na gestão dos recursos. Estatísticas apontam que cerca de 10% da população mundial consome 90% da produção de medicamentos (CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016).

Muitos idosos não conseguem acesso aos medicamentos que lhe são necessários, por diversos motivos: pela falta de medicamentos na unidade de saúde, irregularidades no abastecimento de medicamentos da rede, novas drogas no mercado que ainda não constam na lista de dispensação pelo setor público e até mesmo por motivos relacionados à falta de recurso financeiro por parte do idoso e/ou familiares (PORTELA *et al.*, 2010).

Os fatores acima reforçam mecanismos de limitações da garantia de direitos do setor público, produzindo junto à justiça a solicitação de suporte e auxílio por meio de ações judiciais para garantia de seus direitos: judicialização da saúde (PEPE *et al.*, 2010; PORTELA *et al.*, 2010).

A judicialização da saúde é um fenômeno multifatorial, estabelecida a partir das alternativas legais que permitem a ação judicial para a efetivação do direito à saúde.

Relacionado a esta demanda, verifica-se o grande número de processos judiciais individuais de cidadãos reivindicando fornecimento de medicamentos (PEPE *et al.*, 2010).

É consenso que o uso da via judicial para o fornecimento de medicamentos presentes nas listas oficiais públicas é uma forma legítima de garantir o pleno exercício do direito à assistência individual terapêutica que integra o direito à saúde na lei brasileira (PEPE *et al.*, 2010, p. 2406).

Ao mesmo tempo em que pode assegurar a assistência terapêutica, esta ação apresenta aspectos negativos, tais quais, favorecer aqueles que têm maior possibilidade de vincular sua demanda judicialmente. Também, quanto ao planejamento de distribuição dos medicamentos nos serviços de saúde, não está incluso as demandas judiciais (PEPE *et al.*, 2010).

O acesso à justiça, ao mesmo tempo em que é um direito de todo cidadão brasileiro, é também um fato gerador de diversos obstáculos que derivou o que se chama a “crise de justiça”, saturando os tribunais de conflitos sem que tivessem sido procurados outras medidas cabíveis, ou outros caminhos para resolução de problemas e de respostas mais adequadas (ROQUE, 2021). As ações judiciais são gerenciadas pelo Ministério Público-MP, e este é o órgão público incumbido de fazer valer a garantia de direitos que foram violados (BRASIL, 2019).

O MP surgiu (em sua configuração atual) com a Constituição de 1988. Esse não pertence aos três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e possui autonomia e independência funcional assegurada pela Constituição (BRASIL, 2019). De acordo com o Art.1 da Lei Complementar nº 75/93, o MP é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático, dos interesses sociais e dos interesses individuais indisponíveis (BRASIL, 1993).

O MP atua em prol das pessoas, visando que os direitos constitucionais e fundamentais a elas sejam protegidos e mantidos. De mesmo modo, estabelece medidas judiciais de proteção às pessoas, dentre elas, à pessoa idosa. Nesta garantia ao idoso, encaminha os procedimentos que devem ser realizados para tal, sob responsabilidade do Promotor de Justiça agir para atender as leis definidas no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003; BRASIL, 2019; SÃO PAULO, 2019).

Assim, ao se tratar da saúde do idoso, como muitos necessitam do tratamento farmacológico para que seu estado clínico se mantenha estabilizado ou para efeitos de melhoria do tratamento, e quando não é garantido, há a possibilidade de se recorrer à justiça. Fato em muitos municípios (PEPE *et al.*, 2010; PORTELA *et al.*, 2010). Todavia, por mais que a estrutura do sistema de saúde seja debilitada, há a necessidade de investigação do porquê há um número significativo de idosos entrando em ações judiciais para conseguirem ter acesso aos medicamentos de seus respectivos tratamentos.

Assim, este estudo objetiva caracterizar as solicitações de suporte ao tratamento farmacológico junto à Promotoria de Justiça do Idoso de um município do interior paulista.

2. OBJETIVO

Caracterizar as solicitações de suporte ao tratamento farmacológico por pessoas idosas junto ao poder judiciário de um município do interior paulista.

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa é do tipo descritiva, exploratória, retrospectiva, com base em fundamentos de estudo documental. O estudo documental caracteriza-se por ser uma das fontes em que a coleta de dados é efetuada e restrita a documentos escritos ou não, denominados de fontes primárias (MINAYO, 2014). Esta pesquisa foi apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-FAPESP.

A coleta de dados foi realizada por meio da utilização do sistema e@SAJ (Sistema de Automação da Justiça), utilizado pelo tribunal de justiça e pela Promotoria de Justiça do Idoso da Comarca de Araraquara, SP, e organizado em planilhas que registraram os dados sobre a solicitação efetuada, caracterização geral da pessoa idosa solicitante, e, as decisões efetuadas pelo MP. Esta etapa do estudo ocorreu no ano de 2017, após aplicação do termo fiel depositário e cumprimento ético em pesquisas.

Foram analisados, no período de junho de 2015 a abril de 2016, todos os 153 processos identificados referentes à solicitação de medicamentos por pessoas idosas junto ao Ministério Público-MP de Araraquara, interior de São Paulo. Este município tem aproximadamente 250 mil habitantes, sendo 18% idosos (SEADE, 2021). Os dados apresentados neste artigo referem-se a análise das solicitações de suporte ao tratamento farmacológico junto à Promotoria de Justiça do Idoso de um município do interior paulista. A análise dos dados foi baseada nos pressupostos do método quanti-qualitativo de investigação, sendo que a análise de conteúdo temático foi aplicada (BARDIN, 2016).

4. RESULTADOS

Ao todo, 153 processos foram registrados junto ao MP no período indicado, relacionados à solicitação de medicamentos cujos requerentes foram pessoas idosas. Identificou-se que a idade mediana dos solicitantes corresponde a 72 anos, sendo a idade mínima de 60 anos e a máxima de 94 anos. A distribuição das pessoas conforme a faixa etária é demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1: Faixa etária e número de pessoas idosas solicitantes de medicamentos junto ao MP.

Faixa Etária	n (%)
60-69	59 (39%)
70-79	60 (39%)
80-89	28 (18%)
90-99	5 (3%)
Não consta	1 (1%)
TOTAL	153 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Em relação ao sexo dos solicitantes foi constatado: 80 do sexo feminino e 73 pessoas do sexo masculino, denotando aproximadamente 52% e 48%, respectivamente. Quanto ao estado civil dos solicitantes foi identificado que a maioria era casada e viúva (Tabela 2).

Tabela 2: Representação do número total e porcentagem aproximada das pessoas solicitantes conforme o estado civil.

Estado civil	n (%)
Casado(a)	81 (53%)
Viúvo(a)	41 (27%)
Solteiro(a)	16 (10%)
Divorciado(a)	10 (7%)
Não informado	5 (3%)
TOTAL	153 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Em relação a renda média dos solicitantes, a maioria (106; 69,3%) indicou de 1 a 3 salários-mínimos (salário-mínimo correspondente: em 2015 de R\$788,00 e em 2016 de R\$ 880,00), e outros solicitantes (10; 6,5%) indicaram mais de 3 salários-mínimos. Houve a identificação de informação ausente sobre a renda (37; 24,2%).

Foi possível identificar alguns bairros de destaque em que as moradias dos solicitantes estão localizadas e chama a atenção na localização central do município e bairros próximos a esta região, totalizando próximo dos 45% dos processos. Em relação à procedência dos processos, 129 (em torno de 84% do total) são oriundos da Defensoria Pública (DP) e 24 (em torno de 16%) do sistema jurídico particular por meio de contratação de profissional do setor privado da área jurídica.

Outro dado observado nos processos, referem-se a identificação sobre contratação de operadoras de saúde do setor privado (planos de saúde) cuja representação foi de 26 (17%) com anexação de comprovantes, e sobre a indicação diagnóstica apresentadas nos processos tiveram destaque a Diabetes Mellitus (33 citações) e Hipertensão Arterial Sistêmica (26 citações), além de outros diagnósticos representados na **Tabela 3** e respectivamente o número de citações identificadas nos processos.

Tabela 3: Diagnósticos de doenças identificadas nos processos e as respectivas citações.

Doenças	Nº de citação
Diabetes Mellitus	33
Hipertensão Arterial Sistêmica	26
Neoplasias	16
Degeneração Macular	14
Artrose	13
Alzheimer	12
Acidente Vascular Cerebral	11
Depressão	8
Insuficiência Cardíaca	8
Dislipidemia	5

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Referente aos medicamentos solicitados, foi destacado aqueles que apresentaram seis ou mais citações identificadas nos processos referentes (Tabela 4).

Tabela 4: Medicamentos solicitados nos processos e o número de vezes citados.

Medicamentos	Nº de citação
Lucentis	
Ranibizumabe	14
Rivaroxabana (Xarelto)	9
Eylea	9
Insulina	8
Carvedilol	7
Clopidogrel	7
Galvus Met	6

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Sobre o parecer do MP, foi indicado saneamento de processo para a maioria deles, representado na Tabela 5.

Tabela 5: Parecer do MP e respectivas quantidades e porcentagem aproximada.

Parecer do MP	n (%)
Saneamento de Processo	97 (63%)
Procedente	25 (16%)
Improcedente	16 (10%)
Improcedente/Saneamento de Processo	10 (7%)
Parcialmente Procedente	3 (2%)
Extinção de Processo	1 (1%)
Não informado	1 (1%)
TOTAL	153 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Os pareceres sobre improcedentes estiveram relacionados a: ilegitimidade passiva; não comprovação da hipossuficiência; não comprovação de imprescindibilidade; medicamento incompatível com a doença; existência de terapias alternativas; autor possui plano de saúde; não apresentação dos documentos necessários; não comprovação de necessidade médica; não esclarecimento sobre possuir plano de saúde; ilegitimidade com a fazenda estadual; substância não registrada na ANVISA e mudança de município.

Nos processos que o parecer do MP foi saneamento de processo, as provas solicitadas estiveram relacionadas a comprovação: da eficácia do fármaco; da imprescindibilidade do medicamento e de hipossuficiência. Também acerca de maiores esclarecimentos do plano de saúde; de laudo técnico por parte do médico complementar; esclarecimento sobre a prescrição e declaração de imposto de renda.

5. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES

Os índices de doenças crônicas degenerativas aumentaram com o fenômeno do envelhecimento populacional e verifica-se o uso contínuo de medicamentos para a manutenção da vida. O uso contínuo, prolongado e associado às comorbidades que podem gerar complicações ao longo do tempo, gerar um elevado custo para manter este tipo de tratamento, assim como, indicar o uso de medicamentos de alto custo.

A oferta de medicamentos pela rede pública indica insuficiência para sanar as demandas, o que podem explicar o aumento no número de pessoas buscando a via judicial para garantia do tratamento farmacológico.

Os resultados obtidos neste estudo evidenciaram que a idade mediana dos idosos solicitantes correspondeu a 72 anos, houve predominância do gênero feminino (embora a proporção seja aproximada aos homens), pessoas casadas e viúvas, que residiam próximo ao centro da cidade e possuíam com renda de até três salários-mínimos.

As solicitações foram referentes ao suporte para tratamentos farmacológico relacionados as doenças, com prevalência decrescente: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Neoplasias, Degeneração Macular, Artrose, Alzheimer, Acidente Vascular Cerebral, Depressão, Insuficiência Cardíaca e Dislipidemia. Todas elas indicam como um dos fatores principais de risco a idade, exceto a Depressão.

Os medicamentos mais solicitados foram: Lucentis Ranibizumabe, Rivaroxibana (Xarelto), Eylea, Insulina, Carvedilol, Clopidogrel e Galvus Met. Quando se observa a indicação de medicamentos na lista da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)-2018, verifica-se que alguns não estão indicados (Tabela 8).

Tabela 8: Relação dos medicamentos solicitados no estudo e indicação deles na lista RENAME-2018.

Medicamento	Consta na RENAME?
Lucentis Ranibizumabe	Não
Rivaroxabana (Xarelto)	Não
Eylea	Não
Insulina	Sim
Carvedilol	Sim

Clopidogrel	Sim
Galvus Met	Não

Fonte: Autoria própria a partir de dados da pesquisa e do RENAME-2018 (2018).

Um dos medicamentos mais solicitados Lucentis Ranibizumabe que não consta na lista RENAME tem alto custo (superior a quatro mil reais). O Carvedilol foi incluído na lista oficial de dezembro de 2018. A judicialização da saúde no Estado de São Paulo é marcada por uma predominância de casos individuais, ajuizados por advogados privados, como aponta Wang (2009) e Ferraz (2009), assim como, envolve medicamentos fora de listas oficiais e protocolos (CHIEFFI, 2017). Medidas que evitem esses procedimentos devem ser adotadas o mais cedo possível na rede de atenção a pessoa idosa (BRASIL, 2019).

O parecer do MP mais prevalente foi para saneamento de processo devido à ausência de provas para comprovar imprescindibilidade do medicamento e hipossuficiência da pessoa solicitante. Também foi indicado esclarecimentos quanto ao autor possuir plano de saúde, prescrição e laudo médico.

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos a desarticulação da assistência farmacêutica agrava os problemas enfrentados na distribuição e garantia dos medicamentos (BRASIL, 1998). Neste sentido, observa-se a não prescrição médica de medicamentos que constam na lista RENAME, que junto à irregularidade no abastecimento de medicamentos, afetam a eficácia das ações do governo (BRASIL, 2001).

Também, verifica-se uma fragilidade na prescrição médica em relação as necessidades da pessoa em relação à prescrição medicamentosa utilizando-se os critérios estabelecidos pelo SUS, como indicado, e omissão de prescrição dos princípios ativos. Todavia, a Política Nacional de Medicamentos estabelece algumas diretrizes para orientar o sistema judiciário no país, dentre esses estão: adoção de relação de medicamentos essenciais (aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população); regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica fundamentada na descentralização da gestão e promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2001).

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2015, publicou o documento intitulado "Judicialização da Saúde no Brasil: dados e experiências" no qual estimula a cooperação técnica entre os tribunais e órgãos ou entidades públicas ou privadas para o cumprimento de suas atribuições, com apoio técnico de profissionais de saúde (ASSENSI; PINHEIRO, 2015). Também no CNJ consta a orientação para as ações dos juízes estarem convenientes com os

relatórios médicos, que devem possuir a descrição da doença (inclusive CID), prescrição do medicamento, com denominação genérica ou princípio ativo e posologia exata. Existe também, forte recomendação para se evitar autorização acerca de medicamentos não registrados pela ANVISA (ASSENSI; PINHEIRO, 2015).

O CNJ também visou estimular a participação nos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como visitas às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS (ASSENSI; PINHEIRO, 2015). Outra forte recomendação indicada pela OMS é ampliar o conhecimento a respeito das causas das solicitações e dos serviços disponíveis que garantem aos idosos o direito à saúde, correspondendo à uma das quatro áreas centrais de ação para promoção do envelhecimento saudável: melhorar a medição, o monitoramento e a compreensão sobre necessidades em saúde (OMS, 2015).

Diante do contexto, o movimento e discussão em atuações frente as políticas de promoção de saúde e prevenção de doenças deve ser fortalecida. Investir na atenção primária a longo prazo poderia resultar na redução dos gastos com a velhice, e evitar os processos junto ao MP, como identificado neste estudo, estabelecendo garantia ao direito à saúde. E por fim, maiores investimentos para prevenção e tratamento precoce das doenças afim de proporcionar um envelhecimento digno à população se faz necessário.

É fato que o acesso aos cuidados de saúde melhora a qualidade de vida ao longo do ciclo de vida da pessoa. E para tal, o MP tem papel fundamental na fiscalização e auxílio na construção de políticas públicas que sejam eficazes e eficientes para fortalecer as diretrizes do SUS e a rede de apoio a pessoa idosa. Neste caminho, poderá haver transformação social e caminhar para erradicar formas de discriminação e violência.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. V. A. Breves considerações sobre a obrigação jurídica de fornecer medicamentos de marcas específicas por parte da Administração Pública. *In*: SANTOS, R. **Para entender a gestão do SUS – 2015: Direito à Saúde**. 1.ed. Brasília-DF: Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), 2015, p. 3-7. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_25.pdf>. Acessado em: Fev. 2023.

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012. Disponível em:

<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: Fev. 2023.

ASSENSI, F. D.; PINHEIRO, R. (Org.). **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acessado em: Fev. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BINENBOJM, G. Direitos fundamentais e democracia como fundamentos estruturantes do Estado Democrático de Direito. O Neoconstitucionalismo e a constitucionalização do direito administrativo. In: BINENBOJM, G. **Uma teoria do direito administrativo: Direitos fundamentais, democracia e constitucionalização**. 2ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008, p. 49-78.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça-CNJ. **Relatório Analítico Propositivo-Justiça-Pesquisa: Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das Demandas, Causas e Propostas de Solução**. Brasília, 2019.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei N° 10.741, de 1° de outubro 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília -DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 3916, de 30 de outubro de 1998**. Brasília, 1998. Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acessado em: Jul. 2020.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996**. Brasília, 1996. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Brasília, 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Complementar n° 75, de 20 de março de 1993**. Brasília, 1993. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União.

CARVALHO, M. F. C. *et al.* Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 817-827, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/vZ69rqXVQpLB9ZZN9xzfK7g/?lang=pt>>. Acessado em: Fev. 2023.

CATANHEIDE, I. D.; LISBOA, E. S.; SOUZA, L. E. P. F. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1335-1356, 2016. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/physis/a/WLkY6PMnhWf9gJk86BmndHf/abstract/?lang=pt>>.
Acessado em: Fev. 2023.

CHIEFFI, A. L. **Análise das demandas judiciais de medicamentos junto a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo à luz da política de assistência farmacêutica.** 2017. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

DALLARI, S. G. Direito à saúde e responsabilidade. In: DALLARI, S. G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde.** São Paulo: Editora Humanismo, Ciência e Tecnologia, 1995. p. 15-24.

FERRAZ, O. L. M. The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequalities? **Health and Human Rights: An International Journal**, v. 11, n. 2, p. 33-45, 2009. Disponível em: <<https://www.hhrjournal.org/2013/08/the-right-to-health-in-the-courts-of-brazil-worsening-health-inequities/>>. Acessado em: Fev. 2023.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Perfil dos Municípios paulistas.** Araraquara, 2021. Disponível em: <<https://perfil.seade.gov.br/>>. Acessado em: Dez. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação de São Paulo.** 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>. Acessado em: Dez. 2022.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/se/a/wvhWcGgZ6NTbXLpbmkf3ThC/?lang=pt>>. Acessado em: Fev. 2023.

LEITE-CAVALCANTI, C. *et al.* Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/rsap/2009.v11n6/865-877/pt/>>. Acessado em: Fev. 2023.

LUCCHETTI, G. *et al.* Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-58, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/DKympMdXr3Sw6qmNJGHgM5x/?lang=pt>>. Acessado em: Fev. 2023.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 14. ed. São Paulo: Editora Humanismo, Ciência e Tecnologia, 2014.

PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, p. 62-75.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de envelhecimento e saúde.** Genebra, 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acessado em: Dez. 2022.

PEPE, V. L. E. *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/L4m7NMGV397wCRGnZthwJrD/abstract/?lang=pt>>. Acessado em: Fev. 2023.

PINHEIRO, R. *et al.* Demanda em saúde e direito à saúde: Liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Constituição Social da Demanda**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - Instituto de Mecânica Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEPESC-IMS/UERJ). Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), 2005, p. 11-31. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-3550>>. Acessado em: Fev. 2023.

PORTELA, A. S. *et al.* Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 31, n. 1, p. 09-14, 2010. Disponível em: <<https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/405>>. Acessado em: Fev. 2023.

RAMOS, E. M. B.; DINIZ, I. M.; MADUREIRA, A. S. O Conselho Nacional de Justiça: o Fórum da Saúde e o excesso de judicialização. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 81-89, 2015. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/224>>. Acessado em: Fev. 2023.

RAMOS, L. R. *et al.* Polypharmacy and Polymorbidity in Older Adults in Brazil: a public health challenge. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 9s, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/JkV6Rx9qZWg3KGH6cVjS4zG/?lang=en#top>>. Acessado em: Fev. 2023.

ROQUE, N. C. O direito fundamental ao acesso à justiça: muito além da celeridade processual. **Revista Pensamento Jurídico**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 1-30, 2021. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/RPensam-Jur_v.15_n.1.01.pdf>. Acessado em: Fev. 2023.

SAMPAIO, J. R. C.; VENTURA, M. A emergência do conceito saúde global: perspectivas para o campo da saúde coletiva. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, n. 4, p. 145-155, 2015. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/319>>. Acessado em: Fev. 2023.

SÃO PAULO. Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP). **Guia prático de direitos da pessoa idosa**. Disponível em: <<http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Cartilhas/Guia%20Pratico%20de%20Direitos%20da%20Pessoa%20Idosa.pdf>>. Acessado em: Fev. 2023.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/49Hwsx38f79S8LzfjYtqYFR/?lang=pt>>. Acessado em: Fev. 2023.

SCLAIR, M. História do conceito de saúde. 2007. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: Fev. 2023.

WANG, D. W. L. Poder Judiciário e políticas públicas de saúde: participação democrática e equidade. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 14, n. 54, p. 51-87. 2009. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/44185>>. Acessado em: Fev. 2023.