

Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS  
Departamento de Gerontologia - DGERO

PAMELA CRISTINA CEDRO

**Envelhecimento e medicamentos: um panorama de  
solicitações junto ao Ministério Público de um  
município do estado de São Paulo**

São Carlos,  
2020

PAMELA CRISTINA CEDRO

Envelhecimento e medicamentos: um panorama de  
solicitações junto ao Ministério Público de um município  
do estado de São Paulo

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
ao Departamento de Gerontologia da  
Universidade Federal de São Carlos, para  
obtenção do título de Bacharel em  
Gerontologia.

Orientador: Profa. Dra. Vania Aparecida  
Gurian Varoto



**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO BACHARELADO EM GERONTOLOGIA**

NOME DO ALUNO: PAMELA CRISTINA CEDRO

NOME DO ORIENTADOR: VANIA APARECIDA GURIAN VAROTO

NOME DO CO-ORIENTADOR: -----

TÍTULO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO: Envelhecimento e medicamentos: um panorama de solicitações junto ao Ministério Público de um município do estado de São Paulo

DATA: 01/12/2020

Nome do avaliador	Avaliação (aprovado/reprovado)	Assinatura
Dra Vania Ap. Gurian Varoto (Presidente; DGero)	APROVADO	<i>Vania Ap. G. Varoto</i>
Ms. Lucas Pelegrini N. de Carvalho (Titular; DGero)	APROVADO	<i>Lucas Pelegrini N. de Carvalho</i>

Sugestão de alteração? Sim, as sugestões foram adicionadas em forma de comentário no arquivo enviado.

Nome do avaliador: Dra Vania Ap. Gurian Varoto (  ) Não (  ) Sim

Nome do avaliador: Ms. Lucas Pelegrini N. de Carvalho (  ) Não (  ) Sim

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus.

Dedico à minha família que lutou para que eu pudesse entrar e permanecer numa universidade pública (Norma, Paulo, Daniela, Josué, Rose, Norberto, Luciana, Edilson e Neide).

Dedico aos meus amigos fiéis de longa data, Gabriella, Laryssa, Nathalia e Murilo, que sempre me apoiaram.

E a todas as pessoas que estiveram comigo em algum momento na jornada da vida e que me fizeram crescer e evoluir.

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço à Profa. Dra. Vania Varoto por me orientar brilhantemente neste trabalho e me conduzir na pesquisa e escrita acadêmica ao longo dos anos, me acolhendo desde que eu entrei na universidade.

E agradeço a todos os meus professores e mentores que se empenharam na construção das aulas, acompanhamentos e avaliações para que eu pudesse me tornar a profissional que sou hoje.

“As pessoas esquecerão o que você disse, as pessoas esquecerão o que você fez.  
Mas elas nunca esquecerão de como você as fez sentir”.

Carl W. Buehner

## RESUMO

**Introdução:** O número de pessoas idosas brasileiras vem aumentando nas últimas décadas. Entretanto, também se observa um aumento significativo nos gastos com a saúde e maior consumo de medicamentos. Garantir o direito da pessoa idosa na rede de atenção pública e privada se amplia enormemente atualmente para extinguir possibilidade de negligências ou ausência do direito à saúde. Por outro lado, quando o direito é violado um dos órgãos que dão suporte é o Ministério Público (MP), e especialmente em relação à interface à pessoa idosa e necessidades de tratamento farmacológico (medicamentos), o MP tem recebido inúmeras solicitações. Assim, esta pesquisa caracterizou as solicitações de suporte ao tratamento farmacológico junto à Promotoria de Justiça do Idoso de um município do interior paulista.

**Metodologia:** Estudo do tipo descritivo, exploratório, retrospectivo, com base em fundamentos de estudo documentais. A coleta de dados foi efetuada no sistema @e-SAJ (Sistema de Automação da Justiça). E a análise foi fundamentada nos pressupostos de estatística simples e de conteúdo temático.

**Resultados:** Foram analisados, ao todo, 153 processos referentes à solicitação de medicamentos por pessoas idosas junto ao MP de Araraquara, interior de São Paulo, no período de junho de 2015 a abril de 2016. A idade mediana das pessoas idosas solicitantes foi de 72 anos, a maioria composta por mulheres, pessoas casadas e viúvas, com renda até 3 salários-mínimos e residentes na região central da cidade. As solicitações foram referentes ao suporte de tratamentos farmacológico para doenças, com prevalência decrescente: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, 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.

**Discussão e Conclusão:** As discussões e atuações frente as políticas de promoção de saúde e prevenção de doenças estão ampliando, e investir na atenção primária a longo prazo pode resultar na redução dos gastos com a velhice, e evitar os processos junto ao MP, estabelecendo garantia ao direito à saúde. O MP tem papel fundamental na fiscalização e auxílio na construção de políticas públicas que sejam eficazes e eficientes para estruturar o Sistema Único de Saúde e a rede de apoio às pessoas idosas, no sentido de melhorar o suporte social e buscar a erradicação de formas discriminatórias e de violência.

**Palavras-chaves:** Judicialização da Saúde; Tratamento Farmacológico; Saúde do Idoso; Ministério Público.

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Imagem 1 - Perfil demográfico da população brasileira e projeção .....	11
Figura 1 - Ilustração sobre o sexo das pessoas idosas deste estudo .....	23
Figura 2 - Disposição geográfica dos bairros mais prevalentes .....	25



**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Distribuição da quantidade de pessoas solicitantes conforme a faixa etária.....	22
Tabela 2 - Representação do número total das pessoas solicitantes e estado civil.....	23
Tabela 3 - Mês e número de processos de entrada junto ao MP para solicitações de medicamentos para a pessoa idosa .....	24
Tabela 4 - Relação da quantidade de pessoas solicitantes conforme os bairros mais prevalentes .....	24
Tabela 5 - Doenças mais prevalentes encontradas no detalhamento dos processos em relação ao número de vezes que são citadas .....	25
Tabela 6 - Medicamentos mais prevalentes encontrados no detalhamento dos processos.....	26
Tabela 7 - Parecer /Ciência do Ministério Público quanto aos processos .....	26
Tabela 8 - Relação dos medicamentos mais prevalentes e a lista RENAME.....	27

**LISTA DE SIGLAS**

**ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**CNJ** – Conselho Nacional de Justiça

**DP** – Defensoria Pública

**EAM** – Eventos Adversos a Medicamentos

**e@SAJ** - Sistema de Automação da Justiça

**IA** – Interações Medicamentosas

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**ILPI** – Instituição de Longa Permanência para Idosos

**MDS** - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

**MP** – Ministério Público

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PJ** - Promotoria de Justiça

**RAM** – Reações Adversas a Medicamentos

**RENAME** - Relação Nacional de Medicamentos

**SDH** - Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TACs** – Termos de Ajustamento de Conduta (TACs)

**UFSCar** – Universidade Federal de São Carlos

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	12
1.1 DIREITO, SAÚDE E ENVELHECIMENTO.....	15
1.2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO .....	19
2. OBJETIVOS .....	22
2.1 GERAL .....	22
2.2 ESPECÍFICOS .....	22
3. METODOLOGIA .....	22
4. RESULTADOS .....	23
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	28
6. REFERÊNCIAS .....	31
7. APÊNDICE 1.1 .....	32

## 1. INTRODUÇÃO

Na sociedade atual, pode-se observar uma diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, uma vez que a urbanização e industrialização, características dos tempos modernos, proporcionaram ao longo do tempo: mudanças de hábitos de vida da população, maior inserção da mulher no mercado de trabalho, mais acesso ao saneamento básico e à alimentos saudáveis (BRASIL, 2017).

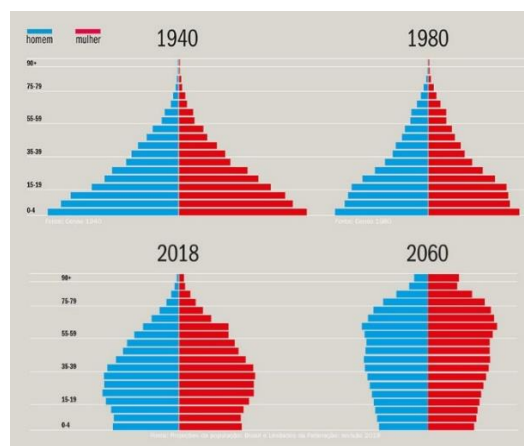
Novos medicamentos no mercado e avanços na área da saúde, como a criação de antibióticos e vacinas, também contribuíram para melhor a qualidade de vida da população, controle de epidemias, prevenção de doenças e seus agravos, e conseqüentemente, para maior expectativa de vida (ARAÚJO, 2012).

O Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico, caracterizado por um aumento significativo no contingencial de idosos (entendidos como pessoas de idade igual ou superior a 60 anos), em decorrência das transições demográficas e epidemiológicas (BRASIL, 2003; BRASIL, 2017; RAMOS et al, 2016).

A transição demográfica, em questão, diz respeito à alteração na proporção dos diversos grupos etários totais de uma população, que foi proporcionada por um processo gradual, causado por uma diminuição nas taxas de fecundidade e mortalidade, que acarretaram o envelhecimento populacional (KUCHEMANN, 2012; NERI, 2005).

Esse fenômeno pode ser demonstrado por mudanças ocorridas na pirâmide etária, que aponta para o aumento da população idosa se comparada às demais faixas etárias (KUCHEMANN, 2012; NERI, 2005). A **Imagem 1** a seguir apresenta as estatísticas e projeções do IBGE sobre o perfil demográfico da população brasileira.

**Imagem 1** – Perfil demográfico da população brasileira e projeção.



Fonte: IBGE (2019)

Em 1950, o Brasil tinha 2 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Em 1965, o número saltou para 6,2 milhões. Em 2016, contabilizou-se 16 milhões de idosos e até 2025 a estimativa aproximada é de que serão 32 milhões de idosos no país (BRASIL, 2003; BRASIL, 2017; RAMOS et al, 2016).

Ainda, verifica-se o crescimento do número de pessoas acima de 80 anos dentre as pessoas idosas que, conseqüentemente, eleva o número de centenários no cenário mundial. Em 2011, esses correspondiam a 316.00 e já a estimativa para 2050 é de 3,2 milhões centenários no mundo (MAIO, 2016).

Contudo, o envelhecimento traz consigo uma série de mudanças biofisiológicas que compreendem a uma grande variedade de danos moleculares e celulares. No decorrer do tempo, esses danos acarretam maior vulnerabilidade, na perda gradual das reservas fisiológicas e em alterações funcionais e estruturais que, por consequência, conduzem ao aumento do risco de se adquirir doenças e ao declínio das capacidades intrínsecas e extrínsecas da pessoa de adaptação ao ambiente (MAIO, 2016; PAPALÉO NETTO, 2013; OMS, 2015).

O comprometimento corporal descrito acima, pode resultar na perda da visão, audição e movimentos, de mesmo modo, pode contribuir para o desencadeamento de doenças crônico-degenerativas, tais como doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, câncer e demência (OMS, 2015).

Desta forma, o envelhecimento populacional também contribuiu para que houvesse alteração nos padrões de morbimortalidade. Se antes as doenças que mais ocasionaram mortes eram de cunho infectocontagioso, com o combate às grandes epidemias, diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, houve o maior predomínio das doenças crônico-degenerativas, no processo caracterizado como transição epidemiológica (CARVALHO et al, 2012).

Na atualidade, as doenças crônico-degenerativas transformaram-se na principal causa de morte no Brasil. Ramos et al. (2016) relatam que pelo menos 60 milhões de brasileiros possuíam doenças crônicas e que a frequência do uso de múltiplos medicamentos por idosos é maior se em comparação a outras faixas etárias.

A idade avançada também se constitui como um dos principais fatores de risco para o uso crônico de medicamentos, ainda vale salientar que a presença de multimorbidades causam maiores impactos que os efeitos isolados das doenças (CAVALCANTI et al, 2009; OMS, 2015). E dentre 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 e socioculturais; maior flexibilidade

e adaptabilidade nas relações sociais, dentre outros fatores, que acarretaram no fenômeno da feminização da velhice (CARVALHO et al, 2012).

Neste cenário, junto à fase da velhice, verifica-se uma maior utilização de serviços de saúde e geralmente essas fases são consideradas de maior vulnerabilidade biológica. Também se observa um aumento significativo nos gastos com a saúde, devido à necessidade de intervenções de longa duração, monitoramentos mais precisos, utilização de procedimentos terapêuticos de alto custo e de maior consumo de medicamentos (CAVALCANTI et al, 2009).

Entretanto, a afirmação de que o aumento progressivo de idosos no país levará a "aumentos insustentáveis nos custos de saúde" ainda se apresenta contestável, uma vez que "esse cenário não está muito claro" (OMS, 2015, p.9).

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde - OMS (2015) apresenta o dado de que países desenvolvidos têm as despesas em saúde reduzidas após os 75 anos de idade e que, em contrapartida, os investimentos em longo prazo sofrem um aumento.

Segundo Papaléo Netto (2013), o envelhecimento pode ser categorizado em: usual ou comum, e bem-sucedido ou saudável. A OMS (2015) estabelece que o Envelhecimento Saudável se constitui pela preservação das capacidades intrínsecas e da capacidade funcional.

A capacidade intrínseca refere-se à capacidade mental e física da pessoa e, por consequente, o baixo risco de doenças e de incapacidades relacionadas a elas. Já a capacidade funcional, refere-se aos "atributos que permitem que as pessoas sejam ou façam aquilo que valorizam, e está associada à independência e autonomia da pessoa e de seu envolvimento ativo com a sociedade" (OMS, 2015, p.13).

Tempos atrás, a responsabilização sobre a gestão da velhice recaía sob exclusividade da própria pessoa e da família, sendo vista unicamente como resultado de comportamentos e hábitos saudáveis durante toda vida. Todavia, com a disseminação do fenômeno do envelhecimento populacional, a velhice transformou-se em uma questão pública: "a velhice se tornou objeto de uma política" (MAIO, 2016, p.29).

A formulação de políticas e ações para atender a esta nova dinâmica exige uma extensa e profunda discussão entre acadêmicos, gestores e profissionais de saúde. Porém, o enfrentamento do cuidado e apoio a 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 da população é fato, contudo o desafio de envelhecer com qualidade e dignidade também é real (KALACHE, 1987; CAVALCANTI et al., 2009; CARVALHO et al., 2012; OMS, 2015; SAMPAIO; VENTURA, 2016).

Ofertar essas garantias é um desafio brasileiro a ser enfrentado perante o envelhecimento da população porque o país deve alocar grandes investimentos em ampliação e criação de infraestruturas e, ainda, atuar de modo assíduo na formulação e implementação de políticas públicas. (CAVALCANTI et al., 2009; CARVALHO et al., 2012; OMS, 2015).

Dentre as demandas para o envelhecimento com qualidade, o suporte, o acesso e manutenção dos sistemas de serviços especializados e integrados se fazem necessário. A qualificação de profissionais na área da gerontologia também é elemento essencial para compor e ampliar um sistema mais fortalecido ao cuidado integral à pessoa idosa (CAVALCANTI et al., 2009; CARVALHO et al., 2012).

Garantir o direito da pessoa idosa na rede de atenção pública e privada se amplia enormemente nos dias atuais para extinguir possibilidade de negligências ou ausência do direito à saúde. Assim, surge mais um novo fenômeno, reconhecido como “judicialização” da saúde. Este fenômeno diz a respeito da transferência das decisões sobre situações e políticas de saúde para o Poder Judiciário, o que gerou uma alta demanda da necessidade de atuação e intervenção do Ministério Público nesses casos, para garantir o direito à saúde, à vida e dignidade da pessoa (RAMOS; DINIZ; MADUREIRA, 2015).

Diante do apresentado, o estudo aponta dados e discussões sobre os direitos dos idosos quanto ao acesso à saúde e, especificamente, sobre o acesso à aquisição de medicação por intermédio da Justiça, enquanto equipamento legal de suporte a tratamentos farmacológicos.

## **1.1 DIREITO, SAÚDE E ENVELHECIMENTO**

O termo *saúde* sofreu grandes variações ao longo dos anos e da história. Na transformação da sociedade para o modelo industrial, a explicação sobre a doença esteve integrada a defeitos na linha de montagem que exigiria reparo especializado. (DALLARI, 1995).

Diante deste contexto, correntes revolucionárias acirraram as discussões e contribuíram para ampliar os conceitos de saúde. Dallari (1995, p.85) relata que:

De um lado, grupos marginais ao processo de produção, que viviam em condições miseráveis, enfatizavam a compreensão da saúde como diretamente dependente de variáveis relacionadas ao meio ambiente, ao trabalho, à alimentação e à moradia. Por outro lado, a descoberta dos germes causadores de doenças e seu subsequente isolamento, que possibilitou o desenvolvimento de remédios específicos, falava a favor da conceituação da saúde como ausência de doenças. E fatores políticos aparentemente finalizaram o debate.

Contudo, somente após as grandes guerras, a saúde foi reconhecida como direito

humano pela Organização Mundial da Saúde (OMS), 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”.

A OMS ampliou o conceito acerca da saúde na complexidade e relação com as várias dimensões da vida das pessoas. O equilíbrio entre essas dimensões deve se fazer presente e o direito fundamental de cada pessoa deve ser “respeitado e assegurado, sem distinção de quem, condição socioeconômica e ideologias” (DALLARI, 1995; SCLAIR, 2007, p.37).

No Brasil, o direito à saúde foi descrito na Constituição Federal de 1988, em que se considera que a oferta de saúde deve ser efetuada de maneira universal, integral e equânime (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 nasceu intrinsecamente ligada à concepção do Estado Democrático de Direito e à ideia de que os homens têm direitos inalienáveis decorrentes de sua condição humana, incluso nestes, a nova concepção de saúde. Também buscou fundamentar o Estado igualitário na delimitação do poder, cujo qual deveria ser destinado à gestão dos interesses coletivos (BRASIL, 2003; DALLARI, 1995; MAIO, 2016).

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.

Ao observar a experiência brasileira na construção do direito à saúde, assim como da própria política de saúde, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) amplia e fortalece o conceito de saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, além de fornecer subsídios para a oferta de condições de cuidado integral a todos e proteção social da velhice. (BRASIL, 2003; DALLARI, 1995; MAIO, 2016).

Ainda, a Constituição Federal (1988, art. 194), instaurou o tripé da Seguridade Social, os quais são: *Previdência, Assistência Social e Saúde*. Desta forma, a garantia de direitos passou a ser mais efetivada e reafirmada por meio de benefícios, programas, projetos e políticas sociais. (BRASIL, 1988; MAIO, 2016).

Ligado à estas concepções foi criado e respaldado o Estatuto do Idoso (Lei Federal 10.741), que segundo o art. 3º, afirma: “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). E ainda, no art. 15º diz:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a



atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

E, de acordo com a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), no art. 3º, § 1º: “a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida”.

No Cap. IV, art. 10º, diz que:

Na implementação da Política Nacional do Idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos, na área de saúde: garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação.

A Política Nacional do Idoso, antes era coordenada e supervisionada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), mas, após o ano de 2009, passou a ser responsabilidade da Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República (SDH) (MAIO, 2016). Desta forma, foi evidenciada uma maior necessidade de ações governamentais integralistas para gestão do envelhecimento por meio das políticas públicas e não se tratando prioritariamente de uma questão assistencialista (MAIO, 2016).

E o Decreto de n.9.921 (2019), no art. 9º, §1º, estabelece que o Ministério da Saúde é quem deve “garantir ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS” (BRASIL, 1996).

Todas as indicações acima abordam sobre as garantias do direito à saúde do idoso, assim como são entendidas como elementos integrantes aos mecanismos pelos quais esta será provida. Considerando o perfil epidemiológico de um país em que a população é envelhecida e tende a aumentar este segmento, 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 determinada pessoa. As prescrições de múltiplos medicamentos, muitas vezes, integram o tratamento de saúde dos idosos, uma vez que, esses têm maior tendência a possuírem doenças crônicas e multicomorbidades (BRASIL, 2003; LUCCHETTI et al., 2010).

O consumo de múltiplos medicamentos por pessoa aumentou expressivamente nos últimos anos. Estatísticas apontam que cerca de 10% da população mundial consome 90% da produção de medicamentos (CATANHEIDE, LISBOA, SOUZA; 2016; SECOLI, 2010).

A polifarmácia também “está associada ao aumento do risco e da gravidade das Reações

Adversas a Medicamentos (RAM) e das Interações Medicamentosas (IM), ocasionando uma toxicidade cumulativa” (SECOLI, 2010, p.137). Assim, a utilização da polifarmácia por pessoas idosas pode agravar aspectos de fragilidade, como, por exemplo, induzir quedas recorrentes. Carvalho et al (2012, p.819) salienta que:

O número de medicamentos, a complexidade dos regimes terapêuticos, especialmente na vigência de co-morbidades, e as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerente ao processo de envelhecimento são elementos que aumentam a vulnerabilidade desse grupo etário aos eventos adversos a medicamentos (EAM), seja por reações diversas, seja por interações medicamentosas. É fato que EAM podem comprometer a capacidade funcional dos idosos.

A prescrição de múltiplos medicamentos também é evidenciada em moradores de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). O perfil geral das pessoas idosas que frequentam esses espaços está relacionado com a presença de doenças incapacitantes, baixa funcionalidade e graus elevados de fragilidade (LUCCHETTI et al., 2010).

Considera-se que a polifarmácia em idosos tornou-se significativo aspecto no cuidado dos mesmos e a observância desse uso e formas de controle são necessários tanto em ambientes de cuidado coletivo, quanto individual (LUCCHETTI et al., 2010).

Desta forma, para garantia da saúde de pessoas acometidas por doenças, o direito à medicação é essencial, pois se faz importante na complementação do tratamento, manutenção ou exclusão de sinais e sintomas decorrentes das patologias. O fornecimento e uso adequado de medicamentos contribuem para a melhoria do estado clínico da pessoa e para o processo de tratamento, cura e/ou reabilitação (SECOLI, 2010).

A introdução de novos fármacos cada vez mais amparam, em graus variáveis, o prolongamento da vida, alívio da dor, 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 nº9.921 (2019), 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 Sistema Único de Saúde (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, p.9).

A interface entre tratamentos farmacológicos e não farmacológicos são preconizados. Ambos integram a garantia como direito fundamental à vida e à saúde das pessoas (BRASIL, 2003; LUCCHETTI et al., 2010).

No entanto, a efetividade referente às indicações acima nem sempre é real. No Brasil, a garantia do acesso é intrinsicamente ligada às questões socioculturais, políticas, econômicas, distribuição de renda, capacidade de financiamento dos sistemas de saúde, uso racional dos medicamentos e eficiência na gestão dos recursos (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 foram colocadas 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 descritos 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 e acentuando o fenômeno da judicialização da saúde (PEPE et al., 2010; PORTELA et al., 2010).

## **1.2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO**

A judicialização da saúde é um fenômeno multifatorial, estabelecida a partir das alternativas legais que permitem a ação judicial para a efetivação do direito, em que o Poder Judiciário assume o protagonismo dos casos e torna-se agente ativo no monitoramento das políticas públicas e de controle social (MAIO, 2016; PEPE et al., 2010). Porém, ao mesmo tempo em que pode assegurar a assistência terapêutica, esta ação apresenta aspectos negativos, tal qual a intervenção no planejamento de distribuição dos medicamentos nos serviços de saúde, que não inclui as demandas judiciais (PEPE et al., 2010).

As ações judiciais são gerenciadas pelo Ministério Público (MP) e este é o órgão público incumbido por fazer valer a garantia de direitos que foram violados, fiscalizar e auxiliar na construção de políticas públicas buscando erradicar formas de discriminação e violências. (BRASIL, 2017; MAIO, 2016).

A origem do MP está nas Ordenações Manuelinas (1521), que tratava do Direito Lusitano. Em 1609, foi positivado o papel do promotor de justiça na composição do Tribunal de Relação da Bahia. E em 1832, surge a Instituição Ministerial no Código de Processo Criminal (MAIO, 2016).

Campos Salles, Ministro da Justiça do Governo Provisório, logo após a Proclamação da República, no Decreto nº 848, de 11 de outubro de 1890, que dispunha sobre a Lei Orgânica da Justiça Federal, caracterizou a atuação institucional do Ministério Público no Brasil, como sendo um órgão essencial para o exercício da democracia (PORTO, 2013, p.4).

Na última transição de regime político no Brasil (1974-1988), a Lei Complementar 40, de 1981, dispôs do estatuto do MP. E nos anos de redemocratização do Estado emergiu a ideia do Estado de direito, que “trouxe a necessidade de juízes e árbitros legítimos para decidir eventuais conflitos entre sociedade e governo e entre os poderes do próprio Estado” (ARANTES, 1999, p. 83, MAIO, 2016).

Assim, o Ministério Público surgiu (em sua configuração atual) com a Constituição de 1988. Esse não pertence aos três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e possui autonomia funcional-administrativa e independência funcional, assegurada pela Constituição (BRASIL, 2017; MAIO, 2016).

De acordo com o Art.1 da Lei Complementar nº 75/93, o Ministério Público é a 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).

Contudo, o acesso à justiça ao mesmo tempo em que é um direito de todo cidadão brasileiro, também é um fato gerador de diversos problemas porque a partir dele se originou uma *crise de justiça*, saturando os tribunais de conflitos sem que tivessem sido procurados outras medidas cabíveis e outros caminhos para resolução de problemas e de respostas mais adequadas (SILVA, 2011).

No Brasil, foram adotados dois modelos de atuação ao acesso à justiça. Em primeira instância foram desenvolvidos: ação civil pública, ação popular, mandado de segurança coletivo e outras ações coletivas previstas na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 7.347/85, nos Códigos de Defesa, Estatutos, dentre outros (SILVA, 2011).

E um segundo momento, os procedimentos tradicionais foram abreviados, buscando-se eliminar fases desnecessárias para evitarem-se retardamentos processuais. Assim, foram criados: ouvidorias, tribunais de pequenas causas, PROCON, conselhos (como o Conselho do Idoso) dentre outros órgãos que fazem com que não se necessite chegar até os tribunais para resolução dos casos (BRASIL, 2003; SILVA, 2011).

Assim, um novo cenário tem sido evidenciado quanto a atuação do Ministério Público, este é caracterizado pelo processo de *juridicização*, que visa a discussão e intermediação dos conflitos dentro do ramo jurídico, ao invés de levá-los ao poder Judiciário (judicialização)

(ASENSI, 2010). Neste contexto, ferramentas estratégicas passam a ser mais utilizadas, tais como a negociação e o diálogo consensual entre as partes; conciliação; mediação; termos de ajustamento de conduta (TACs); e os acordos extrajudiciais, significando uma nova tendência na resolução dos conflitos (MAIO, 2016).

A respeito da negociação, essa se trata de uma comunicação direta entre as partes na busca de um acordo, sem intervenções de terceiros. Já a conciliação, tem por finalidade a realização de acordos em conflitos pontuais entre as partes que, em geral, não possuem vínculo, enquanto, a mediação representa a abordagem de controvérsias por um profissional que facilita tecnicamente a comunicação entre as partes (MARTINS, 2017).

O termo de ajustamento de conduta é “um acordo que o MP celebra com o violador de determinado direito coletivo. Este instrumento tem a finalidade de impedir a continuidade da situação de ilegalidade, reparar o dano ao direito coletivo e evitar a ação judicial” (MPF, 2020). E os acordos extrajudiciais são medidas administrativas que, além de incluir os TACs, podem utilizar de inquéritos civis públicos, recomendações e audiências públicas (MPF, 2020).

Desta forma, o Ministério Público atua em prol das pessoas, negociando com os gestores públicos e visando que os direitos constitucionais e fundamentais a elas sejam protegidos e mantidos. De mesmo modo, estabelece medidas judiciais de proteção às pessoas, em evidência nesse estudo, às pessoas idosas (BRASIL, 2003; MAIO, 2016; SÃO PAULO, 2017). Assim, o MP deve encaminhar 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; SÃO PAULO, 2017).

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, quando não é garantido há a possibilidade de se recorrer à justiça. Fato muitas vezes real em muitos municípios. E, junto a esse cenário, verifica-se o grande número de processos judiciais individuais de cidadãos reivindicando fornecimento de medicamentos (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.

De tal forma é necessário investigar se as ações acima indicadas estão vinculadas à má distribuição dos medicamentos da rede? Existe a insuficiência de medicamentos para o abastecimento das farmácias populares e das unidades em saúde? As pessoas que procuram a justiça são aquelas que possuem maior poder aquisitivo? Ou a procura pelo MP está relacionada

a que motivos? Mas, para isso, primeiramente se faz necessário identificar as características desses tipos de solicitações.

Desta forma, este estudo verificou com maior propriedade as ações judiciais de pessoas idosas que solicitaram apoio ao tratamento farmacológico junto ao MP de uma cidade do interior paulista. A investigação buscou identificar quais medicações foram solicitadas e a relação dessas com as patologias indicadas nos processos, assim como verificar com a literatura se prevalece à correlação com doenças crônicas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Identificar as solicitações de suporte ao tratamento farmacológico junto à Promotoria de Justiça do Idoso de um município do interior paulista (Araraquara, SP).

### **2.2 ESPECÍFICOS**

Caracterizar o perfil da pessoa idosa que fez a solicitação junto à Promotoria de Justiça do Idoso.

Identificar quais são os itens solicitados para o suporte ao tratamento farmacológico, verificando interfaces patológicas e evidenciando a violação aos direitos da pessoa idosa.

Destacar outras solicitações identificadas nos processos averiguados.

## **3. METODOLOGIA**

Este trabalho de conclusão de curso caracteriza-se como uma pesquisa do tipo descritiva, exploratória, retrospectiva, com base em fundamentos de estudo documental. O estudo documental considera que a fonte da coleta de dados deve ser efetuada e restrita a documentos escritos ou não, os quais são denominados de fontes primárias (MINAYO, 2014).

Este estudo esteve vinculado à pesquisa intitulada de “Políticas Públicas de Atenção ao Idoso: A atuação do Ministério Público na Proteção das Garantias Legais para Pessoas Idosas”, a qual foi autorizada pelo Ministério Público da Comarca de Araraquara e tem parecer positivo do CEP/UFSCar número 735.602; CAAE 32621814.9.0000.5504, em 8 de julho de 2014. O parecer positivo do CEP condiz com um estudo de dimensão ampliada em que foram analisados

e verificados procedimentos de violência contra o idoso, de âmbitos criminal e civil.

A coleta de dados deste estudo 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, compondo parte dos dados do estudo acima citado.

Os dados coletados da pesquisa encontram-se em posse e responsabilidade do Grupo de Pesquisa Direito, Cidade e Envelhecimento em que a orientadora deste estudo é uma das líderes. Os dados estão armazenados em um banco de dados no Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

A análise de dados foi baseada nos pressupostos do método qualiquantitativo de investigação, sendo que a análise de conteúdo temático foi aplicada (BARDIN, 2016). Foram analisados, ao todo, 153 processos dos dados primários, referentes à solicitação de medicamentos por pessoas idosas junto ao MP de Araraquara, interior de São Paulo, no período de junho de 2015 a abril de 2016.

Os dados foram organizados em uma planilha no Excel, que foi construída a partir de um roteiro norteador primário (**APÊNDICE**). Após esse procedimento, foram elaborados gráficos e planilhas para categorização das informações e dados mais prevalentes. Posteriormente, as informações e os dados mais prevalentes foram transcritos para a expressão em porcentagem e distribuídos conforme conteúdos temáticos.

#### 4. RESULTADOS

Foram analisados ao todo 153 processos relacionados à solicitação de medicamentos junto ao MP de Araraquara cujas solicitações foram referidas à pessoa idosa.

Identificou-se que a idade mediana das pessoas idosas solicitantes corresponde a 72 anos, sendo a idade mínima verificada de 60 anos e a idade máxima de 94 anos. A distribuição das pessoas conforme a faixa etária é demonstrada na **Tabela 1**:

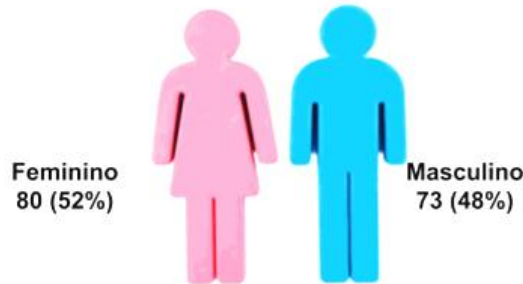
**Tabela 1 – Distribuição da quantidade de pessoas solicitantes conforme a faixa etária**

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

Fonte: (Elaboração Própria, 2020).

Em relação ao sexo dos solicitantes foi constatado: 80 pessoas do sexo feminino, e 73 pessoas do sexo masculino, denotando aproximadamente 52% e 48% respectivamente, conforme a **Figura 1** ilustra.

**Figura 1: Ilustração sobre o sexo das pessoas idosas deste estudo**



Fonte: (Elaboração Própria, 2019).

Quanto ao estado civil das pessoas solicitantes foi identificado que a maioria era casada e viúva. A **Tabela 2** representa esses dados:

**Tabela 2 – Representação do número total das pessoas solicitantes e estado civil**

Estado civil	Quantidade de pessoas, n= 153(100%)
Casado(a)	81 (53%)
Viúvo(a)	41 (27%)
Solteiro(a)	16 (10%)
Divorciado(a)	10 (07%)
Não informado	05 (03%)

Fonte: (Elaboração Própria, 2020).

A análise dos processos indicou em relação à renda média pessoal que a maioria, 106 pessoas, possuía de 1 a 3 salários-mínimos, correspondendo próximo de 69% dos casos (salário mínimo correspondente ao ano de entrada do processo, sendo para 2015, R\$788, e para 2016, R\$ 880,00). Aquelas que possuíam mais de 3 salários mínimo, 10, representaram cerca de 7%. Ao todo 37 pessoas não informaram a renda, correspondendo à aproximadamente 24%.

A quantidade total de entradas de processos relacionada ao mês da entrada é descrita na **Tabela 3**, com destaque em três meses com maior número de entradas (setembro/2015, dezembro/2015 e abril/2016).

Os dados analisados também permitiram identificar os bairros em que as pessoas solicitantes residem. O total de bairros descritos nos processos foi de 61. Os bairros que possuíam apenas uma pessoa solicitante correspondeu à 35. Os que possuíam duas pessoas solicitantes correspondeu à 14. E os bairros que possuíam três pessoas solicitantes correspondeu



à 5.

Aqueles que apresentaram quatro ou mais processos referentes, ao todo de 74, encontram-se na **Tabela 4**. E a disposição geográfica dos bairros pode ser verificada na **Figura 2**.

**Tabela 3 – Mês e número de processos de entrada junto ao MP para solicitações de medicamentos para a pessoa idosa**

Mês	Nº de Processos (N=153)
Junho/2015	9 (6%)
Julho/2015	11 (7%)
Agosto/2015	12 (8%)
<b>Setembro/2015</b>	<b>22 (14%)</b>
Outubro/2015	8 (5%)
Novembro/2015	14 (9%)
<b>Dezembro/2015</b>	<b>18 (12%)</b>
Janeiro/2016	8 (5%)
Fevereiro/2016	15 (10%)
Março/2016	15 (10%)
<b>Abril/2016</b>	<b>21 (14%)</b>

Fonte: (Elaboração Própria, 2020).

**Tabela 4 – Relação da quantidade de pessoas solicitantes conforme os bairros mais prevalentes**

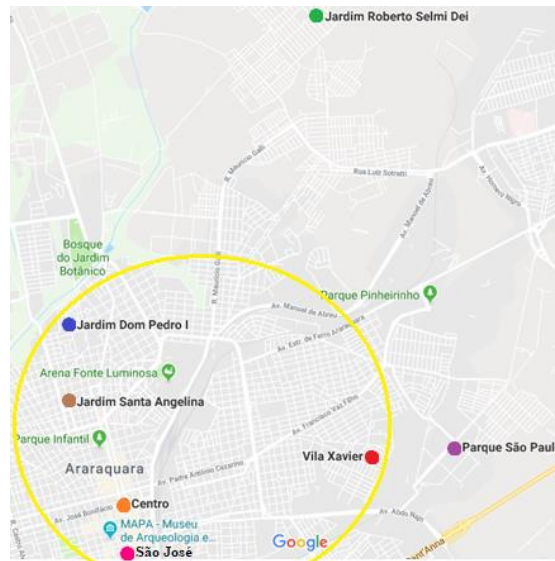
Bairro	Bairros mais citados (n=74)
Vila Xavier	35
Centro	14
Jardim Roberto Selmi Dei	6
Jardim Dom Pedro I	5
Parque São Paulo	5
São José	5
Jardim Santa Angelina	4

Fonte: (Elaboração Própria, 2020).

Em relação à procedência dos processos, 129 (em torno de 84% do total) eram oriundos da Defensoria Pública (DP) e 24 (em torno de 16%) do sistema jurídico particular por meio de contratação de profissional da área de advocacia.

Quanto às pessoas que demonstraram possuir planos de saúde conveniados ao sistema privado, ao todo 26 pessoas anexaram a cópia do cartão do convênio aos documentos do processo, representando em torno de 17% do total de pessoas.

Sobre as denominações de doenças e sintomas apresentados nos processos, aqueles que foram descritos cinco ou mais vezes encontram-se na **Tabela 5**.

**Figura 2 - Disposição geográfica dos bairros mais citados**

Fonte: Google Maps (2020)

**Tabela 5 – Doenças mais prevalentes encontradas no detalhamento dos processos em relação ao número de vezes que são citadas**

Doença	Nº de Incidência
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: (Elaboração Própria, 2020).

Referente aos medicamentos solicitados, aqueles que apresentaram seis ou mais processos referentes, encontram-se na **Tabela 6**. Sobre o parecer/ciência do Ministério Público nos processos, foi indicado Saneamento de Processo para a maioria desses. A **Tabela 7** apresenta a íntegra em relação aos pareceres.

Os motivos apresentados para os processos que foram classificados como improcedentes foram: 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; mudança de município.

**Tabela 6 – Medicamentos mais prevalentes encontrados no detalhamento dos processos**

<b>Medicamento</b>	<b>Nº de Incidência</b>
Lucentis	
Ranibizumabe	14
Rivaroxabana (Xarelto)	9
Eylea	9
Insulina	8
Carvedilol	7
Clopidogrel	7
Galvus Met	6

Fonte: (Elaboração Própria, 2020).

**Tabela 7 - Parecer /Ciência do Ministério Público quanto aos processos**

<b>Parecer /Ciência do MP</b>	<b>Nº de Processos, n=153(100%)</b>
Procedente	25 (16%)
Parcialmente Procedente	3 (2%)
Saneamento de Processo	97 (63%)
Improcedente / Saneamento de Processo	10 (7%)
Improcedente	16 (10%)
Extinção de Processo	1 (1%)
Não informado	1 (1%)

Fonte: (Elaboração Própria, 2020).

Nos processos que o parecer do Ministério Público foi Saneamento de Processo, as provas solicitadas foram: comprovação da eficácia do fármaco; comprovação da imprescindibilidade do medicamento; comprovação de hipossuficiência; comprovação e esclarecimento do plano de saúde; complementação da documentação médica; declaração de imposto de renda; esclarecimento sobre a prescrição e laudo médico.

O parecer de Saneamento de Processo ocorre quando os requisitos de admissibilidade do julgamento do mérito são atingidos, porém há pendências de provas para a solução do caso. Assim, partes interessadas têm o direito de pedir esclarecimentos e devem providenciar as provas das questões processuais pendentes (BRASIL, 2015).

## 5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A argumentação deste TCC indica que no envelhecimento populacional verifica-se aumento de índices de doenças crônicas degenerativas, e uma das características associadas a elas é o uso de medicamentos de uso contínuo e de alto custo. No estudo esses elementos foram constatados.

Por outro lado, a oferta de medicamentos pela rede pública parece não ser suficiente para cobrir a demanda e verifica-se a busca dessa garantia pelo aumento do número de pessoas pela via judicial, no sentido de garantir o tratamento farmacológico.

O presente estudo buscou caracterizar as solicitações de tratamento farmacológico por pessoas idosas no Ministério Público, do município de Araraquara-SP, e identificou que a idade mediana correspondeu a 72 anos, houve predominância do gênero feminino (embora a proporção é aproximada à de homens), pessoas casadas e viúvas, que residiam próximo ao centro da cidade e possuíam até três salários mínimos.

As solicitações foram referentes ao suporte de tratamentos farmacológico para as doenças, com prevalência decrescente: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Neoplasias, Degeneração Macular, Artrose, Alzheimer, Acidente Vascular Cerebral, Depressão, Insuficiência Cardíaca e Dislipidemia. Sendo que dentro dessas dez doenças mais prevalentes, apenas uma, Depressão, não possui como um dos fatores de risco principais a idade (OPAS, 2020).

Os medicamentos mais solicitados foram: Lucentis Ranibizumabe, Rivaroxibana (Xarelto), Eylea, Insulina, Carvedilol, Clopidogrel e Galvus Met. E para discussão deste dado foi necessário fazer a correlação com a lista da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) -2018, lista de medicamentos oficial do governo. Assim, esta relação é demonstrada na **Tabela 8**, a seguir:

**Tabela 8 - Relação dos medicamentos mais prevalentes e a lista RENAME**

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

Fonte: (Elaboração Própria, 2020).

Dentre os sete medicamentos mais solicitados, três tipos, cerca de 43%, não correspondem à Lista RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais). Um desses é o Lucentis Ranibizumabe, medicamento de alto custo, que o preço pode variar entre 3.800 reais a 5.300 reais. Vale ressaltar que o medicamento, Carvedilol, não constava na lista oficial do ano 2014 e foi incluído na lista oficial de dezembro do ano de 2018.

Os achados deste estudo acerca das doenças e medicamentos corroboram com o estudo de Maduro e Pereira (2020), que caracterizaram as ações judiciais para obtenção de medicamentos na cidade de Ribeirão Preto, interior paulistano, de 1999 a 2014. Os autores evidenciaram 12 categorias prevalentes de doenças nos processos e 8 dessas foram prevalentes neste estudo, as quais são: Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica; Depressão; Acidente Vascular Cerebral; Alzheimer e Degeneração Macular. Vale destacar que, no estudo citado, a Diabetes estava separada entre tipo 1 e tipo 2.

Em relação aos medicamentos solicitados, a compatibilidade foi menor. De 18 categorias evidenciadas no estudo de Maduro e Pereira (2020), apenas 2 foram compatíveis aos achados do presente estudo, sendo essas: insulina e clopidogrel. Todavia, também vale ressaltar que, dentre as 18 categorias, havia a separação entre: insulina glargina; insulina asparte; insulina humalog; insulina detemir e insumos para insulina.

O parecer do Ministério Público 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.

O Ministério Público tem papel fundamental na fiscalização e auxílio na construção de políticas públicas que sejam eficazes e eficientes para estruturar o Sistema Único de Saúde e a rede de apoio a pessoas idosa, a fim de transformar para melhor a realidade social, buscando erradicar formas de discriminação e violência.

Contudo, em vista dos resultados apresentados, pode-se afirmar que o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde, descrito na Constituição Federal de 1998, não tem sido efetivado de modo satisfatório na prática, demonstrando-se a necessidade de a população recorrer à justiça para garantia de direitos, a exemplo ao da assistência farmacológica.

Segundo Souza (2014), ao mesmo tempo em que a universalidade se constitui em um dos fundamentos estruturantes do SUS, impõe-se com um dos maiores desafios por ele enfrentado na questão da efetivação dos direitos.

A falta de efetividade dos direitos e das políticas públicas pode estar relacionada à

insuficiência de profissionais e recursos na rede pública e precariedade das unidades de saúde e à concorrência com os setores privados. Também sobre muitas ações do SUS, muitas vezes redirecionada ao atendimento da população mais vulnerável e necessitada, e foco na atenção da cura, muitas vezes deixa a mercê ações de cuidados de saúde a longo prazo e de prevenção das doenças.

A desarticulação da assistência farmacêutica agrava os problemas de distribuição e garantia dos medicamentos que essa população também enfrenta. E a não prescrição médica de medicamentos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), junto à irregularidade no abastecimento de medicamentos, afetam a eficácia das ações do governo (BRASIL, 1998).

Neste âmbito duas reflexões são oportunas em relação aos medicamentos não incluídos na lista de distribuição federal que são exigidos nos processos judiciais, o primeiro diz a respeito do forte investimento em marketing da Indústria Farmacêutica em medicamentos que não são gratuitos para aumentar o consumo, distribuição e alcance dela. E o segundo refere-se à uma pressão ocasionada pelos médicos para introdução de novos fármacos nas listas do governo.

Para orientar a atuação do sistema judiciário na saúde, a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), estabelece algumas diretrizes, dentre essas 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.

E, em 2015, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), 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 (Coord.), 2015).

De mesmo modo, nesse documento 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. Além da recomendação de evitar autorizar medicamentos não registrados pela ANVISA. 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 (Coord.), 2015).

Além disso, ampliar o conhecimento a respeito das causas das solicitações e dos serviços disponíveis que garantem aos idosos o direito à saúde é uma atuação fundamental e está incluída dentro das áreas de ação para promoção do envelhecimento saudável, propostas pela Organização Mundial da Saúde. As áreas compreendem: (OMS (2015, p.14)

1. alinhar os sistemas de saúde a populações idosas;
2. desenvolver sistemas de cuidados de longo prazo;
3. criar ambientes favoráveis aos adultos maiores;
4. melhorar a medição, o monitoramento e a compreensão.

O movimento e discussão em atuações frente as políticas de promoção de saúde e prevenção de doenças, deve investir na atenção primária a longo prazo para produzir resultados na redução dos gastos com a velhice e evitar os processos junto ao Ministério Público, como identificado neste estudo, estabelecendo a garantia ao direito a saúde.

Também, se faz essencial maiores investimentos para prevenção e tratamento precoce das doenças, afim de proporcionar um envelhecimento digno à população. É fato que o acesso aos cuidados de saúde melhora a qualidade de vida ao longo do ciclo de vida da pessoa.

Por fim, dentre as demandas para o envelhecimento com qualidade, o suporte, o acesso e manutenção dos sistemas de serviços especializados e integrados se fazem necessário. Dessa forma, a qualificação de profissionais na área da gerontologia é elemento essencial para compor e ampliar um sistema mais fortalecido ao cuidado integral à pessoa idosa.

## 6. REFERÊNCIAS

ALVES, Marcus Vinicius Armani. Breves considerações sobre a obrigação jurídica de fornecer medicamentos de marcas específicas por parte da Administração Pública. In: SANTOS, René. *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.

ARAÚJO, José Duarte. Polarização epidemiológica no Brasil. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, dez. 2012.

ASSENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Coord.). *Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência*. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 4.ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 3916*, de 30 de outubro de 1998. Brasília -DF, 1998. Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n. 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Brasília -DF, 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei Complementar nº 75*, de 20 de março de 1993. Brasília -DF, 1993. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n. 8.842*, de 4 de janeiro de 1994. Brasília, DF -1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto n. 1.948*, de 3 de julho de 1996. Brasília -DF, 1996. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Secretaria-geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto n. 9.921, de 18 de julho de 2019*. Brasília -DF, 1996. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2019.



BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei Nº 10.741*, de 1º de outubro 2003. Brasília -DF, 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores sociodemográfico e de saúde no Brasil - 2009*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Ministério Público Federal (MPF). *Sobre a instituição*. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Ministério Público da União (MPU). *Sobre o Ministério Público da União*. Disponível em: <http://www.mpu.mp.br>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Secretaria-geral. *Lei Nº 13.105*, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm). Acesso em: 08 de dez. 2020.

CARVALHO, Maristela Ferreira Catão. 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, dez. 2012.

CATANHEIDE, Izamara Damasceno; LISBOA, Erick Soares; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. 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, dez. 2016.

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

INSTITUO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Idosos indicam caminhos para uma melhor idade*. Disponível em: <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade>. Acesso em: 17 out. 2020.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.21, n. 3, p. 200-210, jun.1987.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Revista Sociedade e Estado*, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

LEITE-CAVALCANTI, Cristiane 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, nov. 2009.

LUCCHETTI, Giancarlo 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, abr. 2010.

MADURO, Lauro César da Silva; PEREIRA, Leonardo Régis Leira. *Processos judiciais para obter medicamentos em Ribeirão Preto*. *Revista Bioética*, Brasília, v. 28, n. 1, p. 166-172, mar. 2020.

MAIO, Iadya Gama. *Pessoa idosa dependente: políticas públicas de cuidados intermediários ao idoso no Brasil e a atuação do Ministério Público*. Curitiba: Juruá, 2016.

MARTINS, Alessandra Negrão Elias. *Mediação familiar para idosos em situação de risco*. São Paulo: Edgar Blücher Ltda., 2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF). *Termos de Ajustamento de Conduta (TACs)*. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/atuacao/ajustamento-de-conduta>. Acesso em: 08 dez. 2020.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF). *Atuação Extrajudicial*. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/conheca-o-mpf/atuacao/atuacao-extrajudicial>. Acesso em: 08 dez. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 14. ed. São Paulo: Editora Humanismo, Ciência e Tecnologia, 2014.

NERI, Anita Liberalesso. *Palavras-Chave em Gerontologia*. 4.ed. Campinas: Alínea, 2014.

PAPALÉO NETTO, Matheus. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018, p.62-75.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (Resumo)*. Genebra: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE -OMS, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Depressão*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: dez. 2020.

PEPE, Vera Lúcia Edais 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, ago. 2010.

PINHEIRO, Roseni et al. Demanda em saúde e direito à saúde: Liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; -MATTOS, Ruben Araújo (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.

PORTELA, Alyne da Silva. et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, Araraquara, v.31, n.1, p. 09-14, abr. 2010.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; DINIZ, Isadora Moraes; MADUREIRA, Amanda Silva. 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, out./dez. 2015.

RAMOS, Luiz Roberto 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.

SAMPAIO, João Roberto Cavalcante; VENTURA, Miriam. 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, out./dez. 2015.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, dez. 2014.

SÃO PAULO. Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP). *Guia prático de direitos da pessoa idosa*. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br>. Acesso em: 20 jul. 2019.

SECOLI, Silvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, fev. 2010.

SCLAIR, Moacyr. História do conceito de saúde. 2007. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, abr. 2007.

SILVA, Ismael Guimarães. O direito fundamental de acesso à Justiça. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, ed. 14, n. 86, mar. 2011.

## 7. APÊNDICE

### APÊNDICE 7.1

#### Roteiro de Campo

**Este roteiro foi utilizado para construção de uma planilha com todos os dados coletados em detalhamento.**

**A planilha foi construída a partir da pesquisa anterior que fundamentou as diretrizes do estudo aqui proposto. Abaixo estão indicados os itens principais dessa planilha e os subitens.**

**Para esta proposta de IC a aluna irá coletar diretamente deste banco de dados: planilha.**

#### **1. Caracterização geral do solicitante (pessoa idosa):**

(Itens relacionados ao perfil do idoso solicitante: gênero, idade, bairro em que mora, estado civil, rendimento mensal; se possui plano de saúde privado ou usa o público; listar a cada procedimento: gênero/idade/características sociais da pessoa idosa: renda, moradia, estrutura familiar, plano de saúde ou não etc.).

#### **2. Identificação sobre a solicitação de suporte ao tratamento farmacológico:**

(Itens relacionados a solicitação e a classificação de tratamentos farmacológicos: o que solicitou, porque e justificativas legais da solicitação). Também identificar neste item aspectos relacionados a respeito do direito violado: direito à saúde e/ou outros)

#### **3. Observações gerais:**

(Itens relacionados ao parecer da solicitação e indicações dos procedimentos que o MP, por exemplo: situação e característica da sentença, parecer/ciência do MP)