

# DEMANDAS JUDICIAIS E ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FABIOLA SULPINO VIEIRA<sup>1\*</sup>, PAOLA ZUCCHI<sup>2</sup>

Trabalho realizado no Ministério da Saúde – Secretaria Executiva – Departamento de Economia de Saúde e Desenvolvimento, Brasília, DF.

## RESUMO

**OBJETIVO.** Analisar a cobertura qualitativa das políticas terapêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito federal, para doenças referidas em ações judiciais.

**MÉTODOS.** Realizou-se pesquisa exploratória com base em uma amostra de doenças referidas em ações judiciais impetradas contra a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo em 2005. Efetuou-se uma busca das normas que estabelecem políticas terapêuticas nas páginas eletrônicas do Ministério da Saúde e sobre os recursos terapêuticos recomendados (medicamentos e procedimentos cirúrgicos) na base de dados Diseasedex, integrante do sistema Micromedex. Elaborou-se quadro-resumo, analisando-se para cada doença a cobertura por política terapêutica federal vigente, em função da inclusão de medicamentos ou procedimentos recomendados nesta política como primeira linha de tratamento.

**RESULTADOS.** O atendimento terapêutico está contemplado para a maioria das doenças (n = 26), seja por meio de política da atenção básica, seja por meio de política para doenças raras e/ou de alto custo, o que representa 96% das doenças da amostra estudada (n = 27). Observou-se que das 27 doenças, três delas estão contempladas por política terapêutica limitada, ou seja, a política não oferece as abordagens de primeira escolha em sua totalidade, o que corresponde a 11% da amostra. A única doença que não está contemplada por política terapêutica é o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.

**CONCLUSÃO.** Existem limitações em termos de cobertura qualitativa para o tratamento de algumas doenças da amostra estudada, em âmbito federal, o que compromete a integralidade da assistência terapêutica e da atenção à saúde em alguns casos.

**UNITERMOS:** Políticas públicas de saúde. Decisões judiciais. Cobertura de serviços públicos de saúde. Direito à saúde.

## \*Correspondência:

Ministério da Saúde  
Esplanada dos Ministérios,  
Bloco G, Anexo B, sala 454B  
Brasília - DF  
CEP 70058-900

## INTRODUÇÃO

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990)<sup>1</sup> estabelece que a assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser integral e ainda incluir a assistência farmacêutica. O termo “assistência terapêutica integral” não possui definição legal. Está associado à idéia de cuidado por meio da oferta de tratamentos aos doentes. Cabe aqui fazer algumas observações sobre o sentido da palavra “integral” a qual qualifica esta assistência. No SUS, “integral” diz respeito à atuação articulada das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, considerando três níveis de complexidade para essas ações e serviços. Implica em analisar e suprir as necessidades de cuidados de saúde aos indivíduos desde aquelas mais básicas até as mais complexas.<sup>2,3</sup>

Dado que o mercado de medicamentos e produtos para a saúde é bastante expressivo, é possível imaginar as consequências ao SUS se a interpretação do conceito de integralidade for diferente

do ora apresentado. Para tanto basta apenas pensar no tamanho desses mercados, que segundo dados de uma revista de preços para o comércio varejista, são constituídos, respectivamente, por 14.286 medicamentos e 48.720 materiais hospitalares (já em suas diferentes apresentações).<sup>4</sup>

Se a palavra integral, como qualificação da assistência terapêutica, assumir o significado de “tudo o que há no mercado”, então é evidente o que tal interpretação pode trazer para o SUS. As consequências já são observadas com o aumento de ações judiciais movidas contra Secretários de Saúde, nas quais cidadãos requerem medicamentos e outros produtos.<sup>5-7</sup>

Em princípio, tais demandas poderiam ser separadas em dois grupos: a) as justificadas; e b) as injustificadas. Trabalhos recentes têm demonstrado que parte das ações judiciais possuem por objeto o fornecimento de medicamentos que constam nas listas de fornecimento público.<sup>5-7</sup> Parece razoável e, portanto, justificado que tal demanda se dê por via judicial, caso a falta

1. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental - Ministério da Saúde, Brasília, DF

2. Vice-coordenadora do Centro Paulista de Economia da Saúde, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo, SP

de acesso aos medicamentos tenha se dado por má gestão da assistência farmacêutica por parte da Secretaria de Saúde, pois o tratamento com o produto farmacêutico demandado está previsto em uma política pública. Assim como também parece razoável pensar que a ausência de cobertura de determinada doença por uma política de tratamento consista em motivo para considerar essa demanda justificada, desde que exista uma alternativa terapêutica eficaz e/ou efetiva, segura, disponível nacionalmente e que o sistema de saúde possa financiá-la.

Por outro lado, não parece razoável que os indivíduos demandem medicamentos e produtos para saúde quando há política de tratamento estabelecida e com qualidade. Ou que requeiram produtos de eficácia duvidosa, cujo custo é proibitivo ao sistema de saúde, comprometendo, por restrição orçamentária, o acesso de milhares de pessoas a medicamentos.

Daí é preciso remeter à Constituição<sup>8</sup> de 1988, que estabelece que o “direito à saúde será garantido mediante políticas econômicas e sociais”. Fica claro que a própria Constituição estabelece que as políticas públicas constituem o mecanismo pelo qual esse direito deva ser garantido.

Saravia define política pública como “fluxo de decisão orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade”.<sup>9</sup> Desse modo, considerando que as políticas públicas constituem o meio de concretizar o direito à saúde, faz-se necessário analisá-las sob os pontos de vista de sua cobertura para doenças e agravos, e de sua adequação à recomendação de uso de recursos terapêuticos para essas doenças e agravos a partir de bases de dados de literatura científica.

Embora se reconheça que este é um campo do debate que precisa ser amadurecido, este trabalho aventura-se por iniciar esta discussão, tendo por objetivo analisar a cobertura qualitativa das políticas terapêuticas no SUS, no âmbito federal, a partir do universo de doenças referidas em ações judiciais impetradas contra uma Secretaria Municipal da Saúde. O entendimento de cobertura qualitativa comporta duas dimensões. A primeira diz respeito à extensão da existência de políticas de tratamento para as doenças da amostra, verificada por meio de atos normativos (por exemplo, portarias). A segunda refere-se à adequação da terapêutica recomendada nas políticas públicas de saúde nacionais em relação a uma base de dados de literatura científica, como primeira linha de tratamento para a doença, considerando grupos populacionais específicos.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, efetuada a partir da identificação das doenças referidas em ações judiciais em relação à Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo no ano de 2005<sup>7</sup>, que constituíram o universo de doenças estudado neste trabalho.

A partir das doenças elencadas, pesquisaram-se as normas que estabelecem programas de assistência farmacêutica no sítio eletrônico do Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br>) e utilizou-se a Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS<sup>10</sup> para identificar tratamentos previstos em procedimentos ambulatoriais ou hospitalares, que lista medicamentos e procedimentos terapêuticos financiados e ofertados aos usuários dos serviços de saúde do SUS. Adicionalmente, analisou-se a Relação Nacional

de Medicamentos Essenciais (2006)<sup>11</sup> sobre as recomendações preconizadas ao tratamento das doenças consideradas mais prevalentes, dado o caráter norteador dessa relação para aquisição, prescrição e dispensação de medicamentos no SUS.

AbasededadosDiseasedex<sup>a</sup>, integrado dosistemaMicromedex (disponível no Portal Capes),<sup>12</sup> foi empregada para consulta dos procedimentos terapêuticos empregados para tratamento de cada uma das doenças elencadas, elaborando-se um quadro-resumo para facilitar a visualização das recomendações e possibilitar a comparação com medicamentos ou procedimentos estabelecidos nas políticas terapêuticas em âmbito federal no SUS, o que permitiu verificar consonância da terapêutica ofertada no sistema público de saúde face às evidências científicas atuais.

Por fim, analisou-se a cobertura e a consonância qualitativa da política terapêutica federal vigente em relação à recomendação de tratamento da base de dados Diseasedex para cada doença, ou seja, a compatibilidade entre medicamentos ou procedimentos recomendados nesta última como primeira linha de tratamento<sup>b</sup> em relação às políticas terapêuticas federais.

## RESULTADOS

Os resultados das pesquisas realizadas, tanto sobre a existência de políticas terapêuticas quanto para as recomendações de tratamento, estão descritos no quadro 1.

Neste trabalho, verifica-se que o atendimento terapêutico está contemplado para a maioria das doenças (n = 26), seja por meio de política da atenção básica, seja por meio de política para doenças raras e/ou de alto custo, o que representa 96% das doenças da amostra estudada (n = 27), conforme descrito no Quadro 1. Entretanto, observou-se que das 27 doenças, três delas estão contempladas por política terapêutica limitada, ou seja, a política não oferece as abordagens de primeira escolha em sua totalidade, o que corresponde a 11% da amostra. A única doença que não está contemplada por política terapêutica é o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

## DISCUSSÃO

Uma primeira questão que deve ser apontada é que, neste trabalho, está se discutindo o quanto as políticas terapêuticas são suficientes para cobrir o perfil de doenças estudado e estão em consonância com o modelo vigente, que busca na evidência científica a base para definição das melhores alternativas para tratamento. Não se está tratando de abordagem terapêutica holística, centrada no doente e não na doença. O objetivo é o de fazer um recorte sobre a forma como atualmente a atenção à saúde está organizada, em sua maioria, segundo o modelo biomédico, e a partir daí analisar, sob os aspectos já citados, as políticas terapêuticas estabelecidas.

Essa análise se justifica por duas razões. Primeiro porque pode ocorrer do gestor responsável pela definição da política não acompanhar o desenvolvimento e o conhecimento científico, além de não garantir a celeridade necessária à incorporação de novas tecnologias. Nesse caso, o SUS continuaria oferecendo tecnologias à população que já não se constituem a melhor escolha terapêutica, pois já há evidências, ou seja, provas, de que há alternativas mais seguras, eficazes, efetivas e com razão de custo-efetividade mais favorável.

**Quadro 1. Comparação entre a política terapêutica federal vigente e a recomendação de tratamento na base de dados Diseasedex para as doenças selecionadas**

Doenças referidas nas ações	Política terapêutica com financiamento federal vigente (parcial ou completo)			Rename 2006 <sup>11</sup>	DISEASEDEX General Medicine Summary <sup>12</sup>
	Nome do programa	Norma	Medicamento e/ou procedimento	Medicamentos essenciais (diretriz)	
<b>Artrite reumatoide</b>	Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional	Portaria SCTIE/MS nº 66 de 06 de novembro de 2006 <sup>13</sup> e Portaria GM/MS nº 2.577 de 27 de outubro de 2006 <sup>14</sup>	Cloroquina 150 mg comp; hidroxicloroquina 400 mg comp; metotrexato 25 mg/mL injetável; ciclosporina 100 mg/mL sol oral e 10, 25, 50 e 100 mg caps; leflunomida 20 mg comp; infliximabe 10 mg/mL injetável; adalimumabe 40 mg injetável; etanercepte 25 mg injetável	<b>Medicamentos modificadores de doença em distúrbios reumáticos e adjuvantes:</b> azatioprina 50 mg comp; folinato de cálcio 15 mg comp e pó para sol injetável 50 mg; metotrexato de sódio 2,5 mg comp e 25 mg/mL sol injetável; sulfassalazina 500 mg comp; hidroxicloroquina 400 mg comp. <b>Antiinflamatórios esteroides:</b> dexametasona 4 mg comp e 0,1 mg/mL elixir; fosfato dissódico de dexametasona 4 mg/mL sol injetável; fosfato sódico de prednisolona 1,34 mg/mL sol oral; succinato sódico de prednisolona 500 mg pó para sol injetável; prednisona 5 mg e 20 mg comp; succinato sódico de hidrocortisona 100 e 500 mg pó para sol injetável; <b>Antiinflamatório não-esteróide:</b> ibuprofeno 200 mg e 600 mg comp, suspensão oral 20 mg/mL	Omeprazol, sulfato de hidroxicloroquina, sulfassalazina, prednisona, metotrexato, misoprostol, minociclina, ácido acetilsalicílico (comp revestido), ibuprofeno, celecoxibe, naproxeno
<b>Câncer</b>	Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (Atenção especializada em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - Unacon e Centros de Alta Complexidade em Oncologia - Cacon)	Portaria GM/MS nº 2.439 de 8 de dezembro de 2005 <sup>15</sup> , Portaria GM/MS nº 3536 de 2 de setembro de 1998 <sup>16</sup> e Portaria SAS/MS nº 741 de 19 de dezembro de 2005 <sup>17</sup>	Atenção integral ao paciente: consultas, internação, exames e medicamentos fornecidos nos Cacon e Unacon	<b>Antineoplásicos:</b> ciclofosfamida 1 g pó para sol injetável e 50 mg comp; clorambucila 2 mg comp; dacarbazina 200 mg pó para sol injetável; ifosfamida 1 g pó para sol injetável; melfalana 2 mg comp; citarabina 100 mg, 500 mg e 1 g pó para sol injetável; cladribina 1mg/mL sol injetável; fluoruracila 50 mg/g creme e 25 mg/mL solução injetável; mercaptopurina 50 mg comp; metotrexato de sódio 2,5 mg comp e 25 mg/mL sol injetável; tioguanina 40 mg comp; docetaxel 20 e 80 mg sol injetável; etoposídeo 50 mg caps e 20 mg/mL sol injetável; paclitaxel 6 mg/mL sol injetável; sulf vimblastina 10 mg pó para sol injetável; sulf vincristina 1 mg pó para sol injetável; teniposídeo 10 mg/mL sol injetável; clor daunorrubicina 20 mg pó para sol injetável; clor doxorubicina 10 e 50 mg pó para sol injetável; clor idarrubicina 10 mg pó para sol injetável, 5 mg e 25 mg caps; dactinomicina 100 mcg/mL sol injetável; sulf bleomicina 15 UI pó para sol injetável; carboplatina 150 e 450 mg pó para sol injetável; cisplatina 1 mg/mL sol injetável; asparaginase 10.000 UI sol injetável; hidroxauréia 500 mg caps	O tratamento é discutido para cada tipo de câncer

<b>Depressão</b>	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	Portaria GM/MS nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007 <sup>18</sup>	Amitriptilina 25 mg comp; clomipramina 10 e 25 mg comp; nortriptilina 10, 25 e 50 mg caps	<b>Antidepressivos:</b> cloridrato de amitriptilina 25 mg comp; cloridrato de clomipramina 10 e 25 mg comp; cloridrato de nortriptilina 10, 25 e 50 mg caps; fluoxetina 20 mg caps	<b>Crianças, adolescentes e gravidez:</b> fluoxetina; <b>Primeira linha de tratamento:</b> fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram, venlafaxina, bupropiona, nefazodona, mirtazapina, desipramina, nortriptilina
<b>Dermatite atópica</b>	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	Portaria GM/MS nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007 <sup>18</sup>	Dexametasona creme 0,1%	<b>Antipruriginosos e antiinflamatórios:</b> acetato de hidrocortisona 1% creme; dexametasona 0,1% creme	Clobetasol, fluocinonida, dipropionato de betametasona, valerato de betametasona, fluocinolona, triancinolona, ancinonida, diacetato de diflorasona, desoximetasona, propionato de halobetasol, halcinonida, propionato de fluticasona, desonida, hidrocortisona
<b>Diabetes (tipos I e II)</b>	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	Portaria GM/MS nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007 <sup>18</sup>	Glibenclamida 5 mg comp; gliclazida 80 mg comp; metformina 500 e 850 mg comp; insulina humana NPH suspensão injetável e regular solução injetável	<b>Insulinas e antidiabéticos orais:</b> cloridrato de metformina 500 e 850 mg comp; glibenclamida 5 mg comp; gliclazida 80 mg comp; insulina humana NPH 100 UI/mL suspensão injetável e insulina regular humana 100 UI/mL solução injetável	<b>Terapia inicial para Diabetes tipo 2 com simultânea mudança no estilo de vida: metformina; Segunda linha de tratamento para tipo 2 com hiperglicemia sintomática persistente após mudança do estilo de vida e tolerância à metformina:</b> insulina, glimepirida, glipizida, gliburida, pioglitazona, rosiglitazona; <b>Tipo 1:</b> insulina
<b>Diabetes insipidus</b>	Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional	Portaria SCTIE/MS nº 68 de 6 de novembro de 2006 <sup>19</sup> e Portaria GM/MS nº 2.577 de 27 de outubro de 2006 <sup>14</sup>	Desmopressina spray nasal 0,1 mg/mL	Sem recomendação de medicamentos que possam ser utilizados no tratamento da doença	Monografia não disponível

<b>Dislipidemia</b>	Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional	Consulta Pública SAS/MS nº 13 de 12 de novembro de 2002 <sup>20</sup> e Portaria GM/MS nº 2.577 de 27 de outubro de 2006 <sup>14</sup>	Lovastatina 10, 20 e 40 mg comp; sinvastatina 5, 10, 20, 40 e 80 mg comp; atorvastatina 10 e 20 mg comp; pravastatina 10, 20 e 40 mg comp; fluvastatina 20 e 40 mg; bezafibrato 200 e 400 mg drágea; etofibrato 500 mg caps; fenofibrato 200 e 250 mg caps; ciprofibrato 100 mg comp; genfibrozila 600 mg caps ou comp e 900 mg comp	<b>Hipolipemiante:</b> sinvastatina 10 e 40 mg comp	<b>Hipercolesterolemia primária, secundária ou familiar:</b> atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, sinvastatina; <b>Hipercolesterolemia sem hipertrigliceremia:</b> colessevelam, colestipol, colestiramina; <b>Hipertrigliceremia ou baixo nível de HDL:</b> genfibrozila, fenofibrato; <b>Terapia adjuvante para hipercolesterolemia:</b> ezetimibe
<b>Doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC</b>	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	Portaria GM/MS nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007 <sup>18</sup>	Beclometasona 200 mcg e 50 mcg pó, solução inalante ou aerossol; salbutamol 100 mcg aerossol; prednisona 5 e 20 mg	<b>Antiasmáticos:</b> brometo de ipratrópio 0,25 mg/mL solução inalante e 0,02 mg/dose aerossol; dipropionato de beclometasona 200 mcg e 50 mcg pó, solução ou aerossol; fosfato sódico de prednisona 1,34 mg/mL solução oral; prednisona 5 mg e 20 mg comp; succinato sódico de hidrocortisona 100 e 500 mg pó para solução injetável; sulfato de salbutamol 5 mg/mL solução inalante, 5 mg/mL solução injetável e 100 mcg/dose aerossol	<b>Agonistas beta-2 de ação curta:</b> albuterol, terbutalina, levalbuterol; <b>Agonistas beta-2 de longa ação:</b> formoterol, salmeterol; <b>Anticolinérgico de ação curta:</b> ipratrópio; <b>Anticolinérgico de longa ação:</b> tiotrópio; <b>Metilxantina:</b> teofilina; <b>Glicocorticóides inalatórios:</b> beclometasona, budesonida; <b>Glicocorticoide sistêmico:</b> prednisona
<b>Meningo-encefalite</b>	Atenção hospitalar (paciente internado)	Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Portaria SAS nº 7 de 4 de janeiro de 2008.10 Republicada em 19 de março de 2008.	Medicamentos necessários ao tratamento integral do paciente administrados no hospital	Medicamentos diversos - uso hospitalar	<b>Encefalite por citomegalovírus:</b> ganciclovir/foscarnet; <b>Encefalite enteroviral:</b> pleoconaril; <b>Encefalite por herpes simples em pacientes imunodeprimidos:</b> foscarnet, aciclovir, ganciclovir; <b>Encefalite por vírus varicela zoster:</b> aciclovir, ganciclovir; <b>Convulsões na encefalite:</b> lorazepam, diazepam, fosfenitoína, fenitoína, fenobarbital

<b>Encefalopatia</b>	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	Portaria GM/MS nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007 <sup>18</sup>	Clorpromazina 25 e 100 mg comp e 40 mg/mL solução oral; diazepam 5 mg comp; fenitoína 100 mg comp e 25mg/mL suspensão oral; fenobarbital 100 mg comp e 40 mg/mL solução oral; haloperidol 1 e 5 mg comp e 2 mg/mL solução oral	<b>Anticonvulsivantes:</b> Diazepam 5 mg comp; fenitoína 100 mg comp e 25mg/mL suspensão oral; fenobarbital 100 mg comp e 40 mg/mL solução oral; <b>Antipsicóticos:</b> clorpromazina 25 e 100 mg comp e 40 mg/mL solução oral; haloperidol 1 e 5 mg comp e 2 mg/mL solução oral; <b>Vitaminas e sais minerais:</b> cloridrato de tiamina 300 mg comp; palmitato de tiamina 100.000 UI/mL solução injetável	Haloperidol, lorazepam, midazolam, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, trazodona, fisostigmina, clorpromazina, polivitamínicos
<b>Epilepsia</b>	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	Portaria GM/MS nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007 <sup>18</sup>	Carbamazepina 200 mg comp e 20 mg/mL xarope; fenitoína 100 mg comp e 20 mg/mL suspensão oral; fenobarbital 100 mg comp e 25 mg/mL solução oral	<b>Anticonvulsivantes:</b> Carbamazepina 200 mg comp e 20 mg/mL xarope; clonazepam 0,5 e 2 mg comp e 2,5 mg/mL solução oral; diazepam 5 mg/mL solução injetável; fenitoína sódica 100 mg comp, 20 mg/mL suspensão oral e 50 mg/mL solução injetável; fenobarbital 100 mg comp, 40 mg/mL solução oral e 100 mg/mL solução injetável; valproato de sódio 288 mg caps (equivalente 250 mg de ácido valpróico), 576 mg comp (equivalente a 500 mg de ácido valpróico) e 57,624 mg/mL xarope ou solução oral (equivalente a 50 mg/mL de ácido valpróico)	<b>Estado epiléptico agudo:</b> lorazepam, diazepam, fenitoína, fosfenitoína, midazolam, fenobarbital; <b>Estado epiléptico agudo refratário:</b> fenitoína, propofol, midazolam, fenobarbital, tiopental, ácido valpróico, lidocaína, cetamina; <b>Epilepsia aguda:</b> carbamazepina, etossuximida, oxcarbazepina, fenitoína, ácido valpróico, lamotrigina, topiramato, fenobarbital, felbamato, gabapentina, levetiracetam, primidona, tiagabina, zonisamida
	Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional	Portaria SAS/MS nº 864 de 5 de novembro de 2002 <sup>21</sup> e Portaria GM/MS nº 2.577 de 27 de outubro de 2006 <sup>14</sup>	Lamotrigina 25 e 100 mg comp; vigabatrina 500 mg comp; gabapentina 300 e 400 mg caps; topiramato 25, 50 e 100 mg		
<b>Espondilite anquilosante</b>	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	Portaria GM/MS nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007 <sup>18</sup>	Ibuprofeno 600 mg comp	Ibuprofeno 600 mg comp	<b>Espondilite anquilosante persistente:</b> Etanercepte, infliximabe, adalimumabe; <b>Controle da dor:</b> indometacina, naproxeno, diclofenaco, celecoxibe; Espondilite anquilosante com recalcificação e sinovite das articulações periféricas: triancinolona e metilprednisolona intra articular; <b>Enpondilite anquilosante com artrite periférica:</b> sulfasalazina

<b>Glaucoma</b>	Programa de Assistência aos Portadores de Glaucoma (tratamento oftalmológico de paciente com glaucoma, em Centros de Referência em Oftalmologia, previsto na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS)	Portaria GM/MS nº 867 de 9 de maio de 2002 <sup>22</sup> e Portaria SAS/MS nº 338 de 9 de maio de 2002 <sup>23</sup>	Timolol solução aquosa 0,25 e 0,5%; timolol gel 0,1%; dorzolamida solução 2%; brinzolamida solução 1%; brimonidina solução 0,2%; latanoprost solução 50 mcg/mL; travoprost solução 0,004%; brimatoprost solução 0,3%; acetazolamida 250 mg comp; pilocarpina 1, 2 e 4%	<b>Antiglaumatosos:</b> acetazolamida 250 mg comp; cloridrato de pilocarpina 2% colírio; maleato de timolol 0,25 e 0,5%	<b>Glaucoma do ângulo fechado:</b> Pilocarpina, carbachol, timolol, betaxolol, levobunolol, metipranolol, meperidina, fisostigmina, acetazolamida, dorzolamida, brinzolamida, manitol; <b>Glaucoma do ângulo aberto:</b> pilocarpina, carbachol, timolol, betaxolol, latanoprost, unoprostona, fisostigmina, acetazolamida, levobunolol, dorzolamida, metipranolol, epinefrina, dipivefrina, brinzolamida, brimonidina, ecotiofato, apraclonidina
<b>Hepatite B</b>	Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional	Portaria SAS/MS nº 860 de 4 de novembro de 2002 <sup>24</sup> , Portaria SAS/MS nº 469 de 23 de julho de 2002 <sup>25</sup> e Portaria GM/MS nº 2.577 de 27 de outubro de 2006 <sup>14</sup>	Alfainterferona 2b 3.000.000 UI, 5.000.000 UI e 10.000.000 injetável; lamivudina 10 mg/mL solução oral e 150 mg comp	Sem recomendação de medicamentos que possam ser utilizados no tratamento da doença	<b>Hepatite B crônica:</b> lamivudina, adefovir, interferona alfa 2b; <b>Hepatite B com evidência de replicação viral:</b> telbivudina
<b>Hepatite C</b>	Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional	Portaria SAS/MS nº 863 de 4 de novembro de 2002 <sup>26</sup> e Portaria GM/MS nº 2.577 de 27 de outubro de 2006 <sup>14</sup>	Alfainterferona 2b 3.000.000 UI, 5.000.000 UI e 10.000.000 injetável; alfapeginterferona 2a ou 2b injetável; ribavirina 250 mg caps	Sem recomendação de medicamentos que possam ser utilizados no tratamento da doença	Peginterferona alfa 2a, peginterferona alfa 2b, ribavirina
<b>Hepatite crônica autoimune</b>	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	Portaria GM/MS nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007 <sup>18</sup>	Prednisona 5 e 20 mg	Prednisona 5 e 20 mg e azatioprina 50 mg	Monografia não disponível
	Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional	Portaria SCTIE/MS nº 70 de 6 de novembro de 2006 <sup>27</sup> e Portaria GM/MS nº 2.577 de 27 de outubro de 2006 <sup>14</sup>	Azatioprina 50 mg		

<b>Hipertensão</b>	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	Portaria GM/MS nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007 <sup>18</sup>	Captopril 25 mg comp; enalapril 5 e 20 mg comp; espironolactona 25 e 100 mg comp; furosemida 40 mg comp; hidroclorotiazida 12,5 e 25 mg comp; metildopa 250 mg comp; propranolol 10 e 40 mg comp; verapamil 40, 80 e 120 mg comp	<b>Anti-hipertensivos:</b> espironolactona 25 mg comp; hidroclorotiazida 25 mg comp; atenolol 50 e 100 mg comp; cloridrato de propranolol 10 e 40 mg comp; metildopa 250 mg comp; succinato de metoprolol 50 e 100 mg comp; besilato de anlodipino 5 e 10 mg; cloridrato de verapamil 80 e 120 mg; cloridrato de hidralazina 25 mg comp e 20 mg/mL solução injetável; nitroprusseto de sódio 50 mg pó para solução injetável; captopril 25 mg comp; maleato de enalapril 5 e 20 mg comp	Hidroclotiazida, clortalidona, indapamida, trianterene, captopril, enalapril, fosinopril, lisinopril, ramipril, carvedilol, labetalol, anlodipina, felodipina, candersatan, eprosartan, irbesartan, losartan, olmesartan, telmisartan, valsartan, atenolol, clonidina, metildopa, eplerenona, espironolactona, doxazosina, prazosina, terazosina, hidralazina, minoxidil, diltiazem, verapamil
<b>Hipertensão portal por cirrose</b>	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	Portaria GM/MS nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007 <sup>18</sup>	Prevenção de hemorragia em decorrência de varizes gastroesofágicas: propranolol 40 mg comp; mononitrato de isossorbida 40 mg comp	Propranolol 40 mg comp e monitrato de isossorbida 40 mg comp	<b>Hemorragia de varizes gastro-esofágicas aguda:</b> somatostatina, octreotida, vasopressina; <b>Prevenção primária de hemorragia:</b> propranolol, nadolol, mononitrato de isossorbida
	Atenção hospitalar (paciente internado)	Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Portaria SAS nº 7 de 4 de janeiro de 2008.10 Republicada em 19 de março de 2008.	Esofagoscopia e tamponamento de varizes esofágicas; tratamento cirúrgico de varizes esofágicas		
<b>Hipoplasia pulmonar</b>	Atenção hospitalar (paciente internado)	Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Portaria SAS nº 7 de 4 de janeiro de 2008.10 Republicada em 19 de março de 2008.	Sem procedimento específico	Sem recomendação de medicamentos que possam ser utilizados no tratamento da doença	Monografia não disponível
<b>Hiperfosfatemia (insuficiência renal crônica)</b>	Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional	Portaria SAS/MS nº 845 de 31 de outubro de 2002 <sup>28</sup> e Portaria GM/MS nº 2.577 de 27 de outubro de 2006 <sup>14</sup>	Sevelamer 400 e 800 mg comp	Sem recomendação de medicamentos que possam ser utilizados no tratamento da doença	Hemodiálise
<b>Osteoporose</b>	Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional	Portaria SAS/MS nº 470 de 23 de julho de 2002 <sup>29</sup> e Portaria GM/MS nº 2.577 de 27 de outubro de 2006 <sup>14</sup>	Alendronato 10 e 70 mg comp; pamidronato 30, 60 e 90 mg injetável; risedronato 5 e 35 mg comp; raloxifeno 60 mg comp; calcitonina 100 UI injetável e 200 UI spray nasal; alfalcidol 0,25 e 1 mcg caps; calcitriol 0,25 mcg caps e 1 mcg injetável	Sem recomendação de medicamentos que possam ser utilizados no tratamento da doença	Alendronato, risedronato, calcitonina, colecalciferol, ibandronato, cálcio



<b>Polineuropatia diabética</b>	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	Portaria GM/MS nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007 <sup>18</sup>	Amitriptilina 25 mg comp; nortriptilina 10, 25 e 50 mg caps; carbamazepina 200 mg comp e 20 mg/mL xarope	Amitriptilina 25 mg comp; nortriptilina 10, 25 e 50 mg caps; carbamazepina 200 mg comp e 20 mg/mL xarope	Amitriptilina, nortriptilina, carbamazepina, gabapentina, pregabalin, duloxetine
<b>Retinopatia diabética</b>	Atenção hospitalar (paciente internado)	Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Portaria SAS nº 7 de 4 de janeiro de 2008 <sup>10</sup> Republicada em 19 de março de 2008.	Endofotocoagulação a laser	Sem recomendação de medicamentos que possam ser utilizados no tratamento da doença	Fotocoagulação a laser da retina
<b>Paralisia cerebral (espasticidade)</b>	Atenção hospitalar (paciente internado)	Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Portaria SAS nº 7 de 4 de janeiro de 2008 <sup>10</sup> Republicada em 19 de março de 2008	Medicamentos necessários ao tratamento integral do paciente administrados no hospital	Medicamentos diversos - uso hospitalar	<b>Espasticidade generalizada e atenosite na paralisia cerebral:</b> diazepam, baclofeno
	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	Portaria GM/MS nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007 <sup>18</sup>	Diazepam 5 mg comp	Diazepam 5 mg comp e 5 mg/mL solução injetável	
<b>Síndrome de Stevens Johnson</b>	Atenção hospitalar (paciente internado)	Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Portaria SAS nº 7 de 4 de janeiro de 2008 <sup>10</sup> Republicada em 19 de março de 2008	Portaria SAS nº 7 de 4 de janeiro de 2008 <sup>10</sup> Republicada em 19 de março de 2008	Medicamentos diversos - uso hospitalar	Succinato sódico de metilprednisolona
<b>Síndrome Lennox-Gastaut</b>	Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional	Portaria SAS/MS nº 864 de 5 de novembro de 2002 <sup>21</sup> e Portaria GM/MS nº 2.577 de 27 de outubro de 2006 <sup>14</sup>	Lamotrigina 25 e 100 mg comp; vigabatrina 500 mg comp; gabapentina 300 e 400 mg caps; topiramato 25, 50 e 100 mg	Sem recomendação de medicamentos para tratamento da doença	Monografia não disponível
<b>Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade</b>	Sem definição de política terapêutica	Sem definição de política terapêutica	Sem definição de política terapêutica	Sem recomendação de medicamentos que possam ser utilizados no tratamento da doença	<b>Primeira linha de tratamento:</b> metilfenidato, dextroanfetamina, anfetamina, atomoxetina; <b>Segunda linha:</b> imipramina, bupropiona, desipramina; <b>Pacientes com TDAH ou síndrome de Tourette ou com ansiedade associada ou criança em idade pré-escolar com grave hiperatividade e impulsividade:</b> clonidina, guanfacina

Em segundo lugar porque também poderia acontecer de, no caso de doenças menos prevalentes, deixar de estabelecer políticas terapêuticas e os doentes ficarem sem acesso a esses recursos, mesmo quando eles existem no mercado nacional e comprovadamente são seguros, eficazes, efetivos e custo-efetivos.

Nesse aspecto, é preciso destacar que o tratamento das doenças também se diferencia pela abordagem utilizada, se em ambiente ambulatorial e/ou hospitalar, ou exclusivamente hospitalar. Para os casos de atendimento hospitalar, a política terapêutica está dada, em sua maioria, pela própria instituição prestadora da atenção, pois ela define, por exemplo, os medicamentos que serão administrados aos doentes. Quando o tratamento é cirúrgico, vale a política instituída pela Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS definida pelo Ministério da Saúde.<sup>10</sup> Este órgão também estabelece as políticas terapêuticas para a atenção ambulatorial, segundo programas específicos.<sup>30</sup>

Está claro que o fato de o parâmetro de comparação para as políticas terapêuticas ter sido estabelecido com uma única base de dados (Diseasedex) pode restringir a análise, pois se perde a oportunidade de confirmação da informação em várias fontes. Assim como também é um limitante considerar que uma política terapêutica está adequada se a primeira linha de tratamento prevista nessa política estiver de acordo com a base de dados já que, em virtude das idiosincrasias, alguns indivíduos podem não responder aos medicamentos selecionados. Entretanto, ainda que essas restrições existam, é importante em abordagem inicial, analisar o quanto e como as políticas estabelecidas atendem ou estão aquém de garantir assistência terapêutica integral. Uma dissonância em relação aos critérios definidos para essa análise, neste trabalho, pode indicar que esta política carece, muito provavelmente, de reformulação ou ainda, na sua inexistência, de uma formulação.

Por exemplo, observe-se o caso do TDAH, que é definido na base de dados Diseadex<sup>e</sup> como “um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade que é mais frequente e grave do que aquele tipicamente observado em indivíduos ao nível comparável de desenvolvimento”. A prevalência mundial da doença em crianças em idade escolar foi estimada em 5,3%<sup>31</sup> e, no Brasil, várias pesquisas demonstram prevalência diferenciada que varia de 5,8 a 17,1%.<sup>32-35</sup>

O fato de não haver cobertura por política terapêutica para tratamento da doença indica que, caso estados e municípios não tenham incorporado tecnologias para tanto, muitas crianças podem estar sem acesso a tratamento. Para se ter idéia do que isso representa, a população de crianças entre 5 e 14 anos no Brasil, em 2007, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, era de 37,8 milhões<sup>d</sup>. Se assumirmos uma prevalência de TDAH de 6%, então estima-se que o país tenha aproximadamente 1,9 milhões de crianças portadoras da doença.

Em relação ao tratamento de câncer, é preciso esclarecer que a organização dos serviços é feita de forma diferenciada. Os pacientes são tratados, especialmente, em Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e Unidades de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (Unacon).<sup>15</sup> Essas unidades assistenciais são prestadoras de serviços para o SUS e são remuneradas por meio de procedimentos previstos na Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM,<sup>10</sup> para atender integralmente o paciente.

Isso implica no fornecimento de consultas, exames, internação e medicamentos para tratamento do câncer e seus adjuvantes, mesmo que o paciente faça uso ambulatorial desses produtos farmacêuticos, conforme previsto no valor do procedimento de quimioterapia da Tabela Unificada.<sup>36</sup> Excluem-se desse leque terapêutico apenas os analgésicos opiáceos (codeína, morfina e metadona), os quais integram o Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional.<sup>37</sup>

As três doenças contempladas parcialmente, ou seja, cuja cobertura qualitativa de acordo com a base de dados Diseasedex não estabelece a oferta dos medicamentos considerados de primeira escolha para tratamento, levando em conta inclusive grupos populacionais específicos, são: DPOC, depressão e espondilite anquilosante.

Quanto ao tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), segundo a base Diseasedex, empregam-se as seguintes alternativas terapêuticas: a) agonistas beta-2 de ação curta; b) agonistas beta-2 de longa ação; c) anticolinérgico de ação curta; d) anticolinérgico de longa ação; e) metilxantina; f) glicocorticoides inalatórios; g) glicocorticoide sistêmico. Os medicamentos previstos no Programa Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (federal) são beclometasona (glicocorticoide inalatório), salbutamol (agonista beta-2 de curta duração) e prednisona (glicocorticoide sistêmico). A base Diseasedex não define hierarquia de uso entre esses fármacos, o que também foi observado no protocolo de tratamento dos portadores da DPOC, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo,<sup>38</sup> o qual estabelece a diferenciação de uso de acordo com a gravidade de sintomas, como dispneia e limitação da capacidade física, e não em relação à doença. Desse modo, não é possível dizer que entre os fármacos citados na base Diseasedex alguns sejam considerados de primeira linha de tratamento, o que evidentemente leva a concluir que para tratamento da doença todos os grupos farmacológicos sejam relevantes. Assim, o tratamento previsto no programa federal (três medicamentos) mostra-se insuficiente para tratamento dos doentes.

Em relação ao tratamento da depressão, a limitação do programa federal diz respeito à não previsão de medicamento de primeira linha de tratamento para crianças, adolescentes e gestantes, no caso, fluoxetina. Isso implica muitas vezes na adoção de tratamento menos adequado a esses grupos e, portanto, limitação da própria política terapêutica.

No caso da espondilite anquilosante, a restrição de oferta terapêutica é maior. Dos fármacos listados na Diseasedex, consta apenas um no Programa Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, o ibuprofeno, anti-inflamatório não-esteroidal, que pode ser utilizado no controle da dor. Embora para tratamento da espondilite possam ser utilizados vários medicamentos listados no Protocolo Clínico da artrite reumatoide, não está previsto nessa política terapêutica o uso em pacientes portadores da espondilite. Essa situação faz com que haja uma limitação importante na oferta de assistência terapêutica integral aos doentes.

Observou-se ainda que para a maioria das doenças, inclusive aquelas para as quais a política terapêutica é limitada, que a lista de medicamentos previstos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)<sup>11</sup> é mais ampla, ou seja, prevê um número maior de medicamentos. Entretanto, vale ressaltar duas questões.

Em primeiro lugar, a Rename incorpora o conceito de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde,<sup>11</sup> ou seja, consiste em uma relação de medicamentos que “satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade”.<sup>39</sup> Portanto, não se prevê na Rename a cobertura completa do conjunto de doenças que acometem a população brasileira, uma vez que são selecionados medicamentos para atendimento somente às doenças prioritárias.

Em segundo lugar, a Rename não constitui relação para oferta obrigatória nos serviços de saúde do SUS. Trata-se de uma lista que tem por propósito nortear a oferta, prescrição e dispensação de medicamentos essenciais no sistema, orientando as escolhas dos medicamentos para as políticas terapêuticas federais, estaduais e municipais (programas de assistência farmacêutica).<sup>40</sup> Por isso, neste trabalho, consideraram-se apenas os medicamentos previstos nas listas das diferentes políticas terapêuticas; mais abrangente, como do caso da atenção básica, ou mais específicas, a exemplo dos Protocolos de cada doença que fazem parte do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional.

## CONCLUSÃO

O que este trabalho mostra é que existem limitações em termos de cobertura qualitativa para o tratamento de algumas doenças da amostra estudada, em âmbito federal, o que compromete a integralidade da assistência terapêutica e da atenção à saúde em alguns casos e, conseqüentemente, a garantia do direito à saúde. Se não há política terapêutica ou há falhas em sua formulação e implementação, compromete-se a universalidade e integralidade da atenção à saúde.

Como o direito à saúde deve ser garantido mediante políticas,<sup>8</sup> faz-se necessário para tanto, à luz da melhor e mais forte evidência disponível de eficácia, segurança, efetividade, custo-efetividade e, desde que a sociedade possa arcar com os custos, selecionar os recursos terapêuticos que possibilitem cobertura qualitativa completa para o tratamento das doenças. Essa é condição fundamental para que o poder público sustente o argumento de que esse direito só pode mesmo ser garantido mediante políticas públicas e possa fazer frente à grande quantidade de ações judiciais que não discriminam a garantia de direitos (demandas por recursos terapêuticos que constam nas políticas ou para doenças não cobertas por política) e a demanda/consumo de tecnologias específicas, ainda que o tratamento da doença esteja previsto em política terapêutica com o uso de outras tecnologias.

**Conflito de interesse:** não há

## SUMMARY

### JUDICIAL DEMANDS AND THERAPEUTIC ASSISTANCE IN THE BRAZILIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM

**OBJECTIVE.** To analyze the qualitative coverage of therapeutic policies at federal level in the Brazilian Public Health System (SUS) for diseases that were the subject of lawsuits.

**METHODS.** An exploratory research was performed, based on a sample of diseases referred to in lawsuits against the city of São Paulo Municipal Office for Health, in 2005. A search of the standards that set forth therapeutic policies, as well as recommended therapeutic resources (surgical procedures and drugs), was performed. The database Diseasedex, part of the Micro-medex system, was used as the basis for therapeutic procedures used to treat those diseases. A reference summary table was prepared to facilitate comparison between recommendations in public policies and the Diseasedex database.

**RESULTS.** Therapeutic public policy covers the major part ( $n = 26$ ) of the diseases analyzed, either by public policies for primary care or public policies for rare diseases and/or high cost treatment diseases. This represents 96% of the sample analyzed ( $n = 27$ ). Only 3 of the 27 diseases in the sample are contemplated by limited therapeutic policies. This means that public policies do not offer full first-line therapy, which corresponds to 11% of the sample. There was only one disease that was not covered by public therapeutic policies: attention deficit hyperactivity disorder.

**CONCLUSION.** There were limitations in the qualitative coverage of treatment of some diseases from the sample analyzed, which may jeopardize the comprehensiveness of therapeutic assistance and health care in some cases. [Rev Assoc. Med Bras 2009; 55(6): 672 - 83]

**KEY WORDS:** Public health policy. Legal decisions. State health care coverage. Right to health.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-859.htm>.
2. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS. Doutrinas e princípios. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.
3. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva 2003;8:569-84.
4. Simpro. Revista Simpro. Informações do exemplar 54/2008. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: <http://www.simpro.com.br/revista.php>.
5. Messeder AM, Osório-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005;21:525-34.
6. Pereira JR, Santos RI, Nascimento Junior JM, Schenkel EP. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. Ciênc Saúde

a Diseasedex General Medicine System consiste em um sistema de informações para apoio à tomada de decisão sobre tratamentos baseados em evidência médica, fornecendo informação sobre as práticas mais recomendadas para tratamento das doenças. (Micromedex Health Care Series. Diseasedex General Medicine. Periódicos Capes. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>. Acesso em: 15 junho 2008).

b Primeira linha de tratamento ou primeira escolha consiste em o primeiro tratamento para uma doença ou estado de saúde. Neste trabalho, considera-se que uma política contempla a primeira linha de tratamento quando o fármaco listado na política ou outro que pertença ao mesmo grupo farmacológico são referendados pela base de dados Diseasedex (US National Institutes of Health. National Cancer Institute. Dictionary of Cancer Terms. First-line therapy. Disponível em: [http://www.cancer.gov/templates/db\\_alpha.aspx?CdriD=346494](http://www.cancer.gov/templates/db_alpha.aspx?CdriD=346494). Acesso em 28 junho 2008).

c Micromedex Health Care Series. Diseasedex General Medicine Clinical Review. Attention deficit hyperactivity disorder - chronic. Periódicos Capes. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>. Acesso em: 15 junho 2008.

d Departamento de Informática do SUS (DATASUS). População residente Brasil, segundo faixa etária. Período 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?bge/cnv/popuf.def>. Acesso em 15 junho 2008.

- Coletiva 2008. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1320](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1320).
7. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41:214-22.
  8. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal/Subsecretaria de Edições Técnicas; 2007.
  9. Saravia E. Política pública: dos clássicos às modernas abordagens. Orientação para a leitura. In: Saravia E, Ferrarezi E, roganizadores. Políticas públicas. Brasília (DF): ENAP, 2007. (Coletânea, v.1)
  10. Portaria SAS nº 7 de 4 de janeiro de 2008. Inclui os códigos dos procedimentos relacionados na tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: <http://sihd.datasus.gov.br/>.
  11. Brasil. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
  12. Micromedex Healthcare Series. Diseasedex General Medicine Summary. In: Portal Periódicos (Capes). [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>.
  13. Portaria SCTIE/MS nº 66 de 06 de novembro de 2006. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: artrite reumatóide. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt\\_artrite\\_reumatoide\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_artrite_reumatoide_2006.pdf).
  14. Portaria GM/MS nº 2.577 de 25 de outubro de 2006. Aprova o componente de medicamentos de dispensação excepcional. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PT\\_2577\\_Comp\\_Medicam\\_Dispo\\_Excep.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PT_2577_Comp_Medicam_Dispo_Excep.pdf).
  15. Portaria GM/MS nº 2.439 de 8 de dezembro de 2008. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>.
  16. Portaria GM nº 3536, de 2 de setembro de 1998. Determina a implantação do sistema de autorização de procedimentos de alta complexidade na área de oncologia (APAC/ONCO). [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3536.html>.
  17. Portaria SAS/MS nº 741 de 19 de dezembro de 2005. Define as Unidades de Assistência de alta complexidade em oncologia, os Centros de Assistência de alta complexidade em oncologia e os Centros de Referência de alta complexidade em oncologia e suas aptidões e qualidades. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-741.htm>.
  18. Portaria GM/MS nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_3237\\_atencao\\_basica.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3237_atencao_basica.pdf).
  19. Portaria SCTIE/MS nº 68 de 06 de novembro de 2006. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: diabetes insípido. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt\\_diabetes\\_insipido\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_diabetes_insipido_2006.pdf).
  20. Consulta Pública SAS/MS nº 13, de 12 de novembro de 2002. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Dislipidemias em pacientes de alto risco de desenvolver eventos cardiovasculares. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do\\_d07\\_01.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do_d07_01.pdf).
  21. Portaria SAS/MS nº 864, de 05 de novembro de 2002. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Epilepsia refratária. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do\\_e15\\_01.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do_e15_01.pdf).
  22. Portaria GM/MS nº 867 de 9 de maio de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência aos portadores de glaucoma. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-867.htm>.
  23. Portaria SAS/MS nº 338 de 08 de maio de 2002. Inclui, nas tabelas de serviço e classificação de serviços do sistema de informações ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, os códigos abaixo discriminados: serviço de diagnose/terapia em oftalmologia. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-338.htm>.
  24. Portaria SAS/MS nº 860, de 04 de novembro de 2002. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Hepatite viral crônica B. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do\\_h22\\_01.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do_h22_01.pdf).
  25. Portaria SAS/MS nº 469, de 23 de julho de 2002. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Profilaxia da reinfecção pelo vírus da hepatite B pós-transplante hepático. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do\\_p29\\_01.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do_p29_01.pdf).
  26. Portaria SAS/MS nº 863, de 04 de novembro de 2002. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Hepatite viral crônica C. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do\\_h23\\_01.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do_h23_01.pdf).
  27. Portaria SCTIE/MS nº 70 de 06 de novembro de 2006. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: hepatite autoimune. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt\\_hepatite\\_auto\\_imune\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_hepatite_auto_imune_2006.pdf).
  28. Portaria SAS/MS nº 845, de 31 de outubro de 2002. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Hiperfosfatemia na insuficiência renal crônica. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do\\_h24\\_01.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do_h24_01.pdf).
  29. Portaria SAS/MS nº 470, de 23 de julho de 2002. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Osteoporose. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do\\_o28\\_01.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do_o28_01.pdf).
  30. Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>.
  31. Polanczyk G, Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164:942-8.
  32. Guardiola A, Fuchs F, Rotta N. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorders in students: comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58:401-7.
  33. Pondé MP, Freire ACC. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in schoolchildren in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65(2-A):240-4.
  34. Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmerman H, Schmitz M, Martins S, et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:716-22.
  35. Vasconcelos MM, Werner Jr J, Malheiros AFA, Lima DF, Santos IS, Barbosa JB, et al. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61:67-73.
  36. Portaria SAS/MS nº 296 de 15 de julho de 1999. Mantém os formulários / instrumentos e regulamenta sua utilização na sistemática de autorização e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de quimioterapia e de radioterapia. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/PT-0296.html>.
  37. Portaria SAS/MS nº 859 de 12 de novembro de 2002. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - uso de opiáceos no alívio da dor crônica - codeína, morfina, metadona, na forma do anexo desta portaria. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-859.htm>.
  38. Resolução SS-SP nº 278 de 26 de julho de 2007. Aprova o protocolo para tratamento dos portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC, atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, do Estado de São Paulo. [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/geral/acoes\\_da\\_sessp/assistencia\\_farmaceutica/vsr/resolucao\\_e\\_protocolo\\_dpoc.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/geral/acoes_da_sessp/assistencia_farmaceutica/vsr/resolucao_e_protocolo_dpoc.pdf).
  39. Organización Mundial de la Salud (OMS). Selección de medicamentos esenciales. Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS. Ginebra: OMS; 2002. n. 4.
  40. Portaria GM/MS nº 2.475 de 13 de outubro de 2006. Aprova a 4ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). [citado 20 Jul 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2475.htm>.

---

Artigo recebido: 22/07/08  
Aceito para publicação: 06/04/09

---