



**UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR CURSO
FARMÁCIA MODALIDADE DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA –
METODOLOGIA SEMIPRESENCIAL DA UNIVERSIDADE
PARANAENSE – UNIPAR**

**JHONNY VIEIRA DA SILVA
SANDRA VALÉRIA DA SILVA ZANDAVALLI**

**JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS: PRINCIPAIS IMPACTOS NA
GESTÃO PÚBLICA**

GUAÍRA, PR

2022

JHONNY VIEIRA DA SILVA
SANDRA VALÉRIA DA SILVA ZANDAVALLI

JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS: PRINCIPAIS IMPACTOS NA GESTÃO
PÚBLICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado de à Banca Examinadora do Curso de Farmácia da Universidade Paranaense – Campus Guaíra, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Farmácia, sob orientação do professor Gilberto Alves.

GUAÍRA, PR
2022

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	05
2	O CONTEXTO DA JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA GESTÃO PÚBLICA	08
	2.1 A SAÚDE NO BRASIL E O SUS: CONCEITOS E HISTÓRICO	08
	2.2 IMPACTO SÓCIOECONÔMICO E ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL	11
	2.3 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....	15
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
	REFERÊNCIAS	23
	ANEXOS	26

JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS: PRINCIPAIS IMPACTOS NA GESTÃO PÚBLICA

JHONNY VIEIRA DA SILVA¹; SANDRA VALÉRIA DA SILVA ZANDAVALLI¹; GILBERTO ALVES².

¹Acadêmicos do Curso de Farmácia da Universidade Paranaense – UNIPAR

²Docente de Curso de Farmácia da Universidade Paranaense – UNIPAR

RESUMO

Mesmo sendo o acesso à saúde um direito constitucional, fundamentado em legislação específica, garantido pela Constituição Brasileira, o que vivenciamos é que o poder público não supre a real necessidade da população e a consequência disso é o aumento do número de liminares judiciais obrigando o fornecimento, principalmente de medicamentos, pelo poder público. Por vezes, os juízes ignoram o impacto de suas decisões no orçamento público, não distinguindo que todas as esferas da federação (municipal, estadual e federal) responsabilizam-se igualmente em disponibilizar os medicamentos solicitados pelo paciente, independente do custo destes. Face ao exposto, o presente estudo de revisão bibliográfica, objetivou abordar quais as principais consequências da judicialização dos medicamentos na área da gestão pública dos serviços de saúde dos municípios. Concluiu-se portanto que as pessoas que buscam a judicialização para aquisição dos medicamentos contam com um elevado percentual de sucesso em seus pleitos, sendo que esse favorecimento evidencia o acesso desigual ao fornecimento destes pelo SUS, causando desigualdade na execução das políticas públicas de saúde, a medida que interfere nos princípios estabelecidos para acesso e na competência de cada ente envolvido no processo. Também detecta-se uma sobrecarga sobre os municípios que precisam cumprir as liminares expedidas, e com isso, surge uma incompatibilidade com o planejamento e a gestão do orçamento público municipal devido aos gastos extraordinários e não previstos, impostos pelas ações judiciais.

Palavras chave: SUS. Medicamentos. Judicialização. Assistência Farmacêutica. Gestão Pública.

ABSTRACT

Even though access to health is a constitutional right, based on specific legislation, guaranteed by the Brazilian Constitution, what we experience is that the public power does not meet the real need of the population and the consequence of this is the increase in the number of judicial injunctions forcing the provision of, mainly of medicines, by the public power. Sometimes, judges ignore the impact of their decisions on the public budget, not distinguishing that all spheres of the federation (municipal, state and federal) are equally responsible for providing the drugs requested by the patient, regardless of their cost. In view of the above, this bibliographic review study aimed to address the main consequences of the judicialization of medicines in the area of public management of municipal health services. It was therefore concluded that people who seek judicialization for the acquisition of medicines have a high percentage of success in their claims, and this favoring evidences the unequal access to the supply of these by the SUS, causing inequality in the execution of public health policies, as it interferes with the established principles for access and the competence of each entity involved in the process. There is also an overload on the municipalities that need to comply with the injunctions issued, and with this, there is an incompatibility with the planning and management of the municipal public budget due to the extraordinary and unforeseen expenses imposed by the lawsuits.

Keywords: SUS. Medicines. Judicialization. Pharmaceutical care. Public administration

1. INTRODUÇÃO

O termo “saúde” é complexo para ser definido em uma só palavra. De acordo com a OMS (2010), saúde é essencial para o bem-estar do ser humano e para o desenvolvimento econômico e social sustentável, portanto, vai além de não ter alguma doença, envolve também diferentes aspectos sociais e psicológicos.

Por meio dessa definição, percebe-se que não é necessário somente não ter doenças para ser considerado uma pessoa saudável, mas sim, é imprescindível estar bem em vários aspectos da vida.

No caso específico do nosso país, a promulgação da Constituição Federal de 1988, preocupou-se em assegurar direitos individuais, coletivos e sociais aos brasileiros, quando em seu artigo 6º estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado (Federal, Estadual e Municipal), a ser concretizado através de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988), alterando o entendimento do direito à saúde, que até então vigorava restringindo esse acesso apenas a um grupo de trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, deixando as demais pessoas desamparadas à gratuidade de saúde.

Entretanto, mesmo sendo um direito constitucional, fundamentado com legislação específica, o que vemos é que o poder público não supre a necessidade da população pela saúde gratuita. Acompanhamos nos noticiários vários episódios de descaso dos direitos dos cidadãos que buscam por atendimento e tratamento médicos em postos de saúde e hospitais, principalmente em virtude da incapacidade do Estado de oferecer condições dignas de acesso à saúde. O que se vê é a corrupção e o baixo investimento público em programas de prevenção que resultam em um crescente adoecimento da população e, em consequência disso, a necessidade da utilização de medicação também aumenta.

No início da década de 90 foi regulamentada no país a Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/90) que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” à todo povo brasileiro fundamentando em seu artigo 2º, no 1º parágrafo, que o Estado deve garantir a saúde a todos, formulando e executando políticas econômicas e sociais proporcionando à redução de riscos de doenças, e estabelecer condições que “asseguem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

Essa Lei também determina o campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS e em seu Artigo 6º estipula a “formulação da política de medicamentos (...)” atribuindo ao setor saúde a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.” (BRASIL, 1990).

Dessa forma é possível salientar que a Assistência Farmacêutica (AF) é parte integrante do SUS seguindo seus princípios e normativas. Define-se como: “um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional” (BRASIL, 2004).

Podemos aqui ressaltar que o povo brasileiro vive uma cultura altamente medicalizante. É alto o percentual de pessoas que se automedicam, e quando procuram atendimento médico, exigem a prescrição de um medicamento específico, ignorando o fato que, em muitas vezes, apenas a simples alteração de hábitos de vida, como a adoção de uma alimentação mais saudável e balanceada e/ou a prática de exercícios físicos em dias alternados e por um curto período de tempo, podem solucionar parte dos problemas de saúde, tornando desnecessário o uso de um medicamento.

Um dos grandes desafios do mundo globalizado está relacionado às questões da saúde, e consiste em controlar, reduzir os efeitos ou até mesmo eliminar o sofrimento causado pelas doenças. Em contrapartida deve-se enaltecer que a saúde de uma população não deve depender somente dos serviços de saúde e do uso dos medicamentos. Como uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde, envolvendo a alocação de grandes volumes de recursos públicos (BRASIL, 2004).

No final da década de 90, foi publicada a Política Nacional de Medicamentos, Brasil (2002), com a função de apoiar as ações de saúde necessárias por toda comunidade, o abastecimento de medicamentos em todas, e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos, assim como o acesso de todos os brasileiros aos medicamentos considerados essenciais.

Como fundamentado anteriormente, o direito à saúde do cidadão brasileiro é garantido pela Constituição Federal, e nele está incluído o direito à assistência farmacêutica, inclusive no que se refere ao fornecimento daqueles medicamentos que são de alto custo. Entretanto, muitos pacientes, na prática, não tem esse direito garantido. São várias as pessoas que não tem condições de custear o tratamento com a prescrição de medicamentos que possuem um valor elevado, sendo este ponto bastante subjetivo, e que quase na totalidade das vezes, é a única forma de cura para determinadas enfermidades. Assim, a grande maioria destas pessoas precisam recorrer ao auxílio judicial para tornar efetivo direitos conquistados, e ter acesso ao medicamento fornecido pela saúde pública; este fenômeno, atualmente, é denominado de "Judicialização da Saúde" (SILVA, 2018).

O estudo realizado tem como característica a pesquisa de revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa, buscando assim a compreensão dos fatos abordados. Para realização da pesquisa foram utilizadas fontes como livros, artigos de periódicos científicos, revistas, teses, dissertações, e para o levantamento de dados foram utilizados os buscadores científicos online em publicações indexadas nas bases de dados eletrônicas PUBMED, MEDLINE, LILACS, SCIELO e GOOGLE ACADEMICO, utilizando os termos "SUS", "Acesso ao Medicamento pelo SUS", "Judicialização da saúde", "Judicialização da Assistência Farmacêutica", "Saúde Pública" e "Gestão Pública".

Face ao exposto, este estudo de cunho teórico, busca na literatura esclarecer a seguinte problemática: quais as principais consequências ou impactos para o orçamento público municipal e a gestão dos serviços públicos em saúde, em seu contexto geral, em virtude da judicialização dos medicamentos?

Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo abordar quais as principais consequências da judicialização de medicamentos na área da gestão pública dos serviços de saúde dos municípios.

2. O CONTEXTO DA JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA GESTÃO PÚBLICA

2.1 A SAÚDE NO BRASIL E O SUS: CONCEITOS E HISTÓRICO

Durante o período imperial no Brasil não existiam políticas públicas voltadas para a saúde. A classe social na qual o cidadão estava inserido determinava seu acesso à saúde. Apenas os nobres tinham acesso facilitado ao atendimento médico, aos menos favorecidos (pobres, índios e escravos) não tinham qualquer atendimento médico bancado pelo império, e eles ficavam a mercê, na dependência da filantropia, das ações de caridade e das muitas crenças. A maioria dos atendimentos realizados a essa parte da população que não podia pagar, corria por conta das instituições religiosas, como as Santas Casas de Misericórdia. No ano de 1930, com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, surgiu a Previdência Social atuando por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) das diversas categorias profissionais. Já a partir do final dos anos 1950, ocorre um movimento de “modernização” do setor de saúde, embasado no desenvolvimento capitalista, objetivando a plena realização da lógica de eficiência da produção de bens e serviços. E no ano de 1967, acontece a unificação dos IAPs e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) fortalecendo o movimento de privatização do setor (BRASIL, 2011).

Com a criação do INPS, conforme afirmam Giovanella *et al* (2008) acontece uma normatização do sistema de saúde no país por meio da concentração de recursos na previdência social, administração e finanças, centralizadas nos padrões de benefícios e expandindo os serviços médicos para cobrir a previdência social dos trabalhadores segurados, o que facilitou o recrutamento de pessoal do setor privado.

A criação do Ministério da Saúde, em 1953, fato enaltecido por Giovanella *et al* (2008), viabilizou a realização das primeiras ações e conferências sobre saúde pública no país, e a partir disso, surge a ideia da criação de um sistema único de saúde, voltado a atender toda a população do país. Esse cenário favorecia a assistência médica individual e especializada, que cabia ao Ministério da Previdência e Assistência Social, enquanto o Ministério da Saúde tinha o papel de entidade reguladora e de responsabilidade pela execução das ações preventivas. Com a abordagem “medicina em grupo”, as empresas firmaram contratos para fornecer

serviços médicos para seus funcionários e os fizeram doar dinheiro para o sistema de previdência social (GIOVANELLA *et al*, 2008).

Corroborando com essa reflexão, o Ministério da Saúde explica que o INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAPs) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social – IAPAS, Instituto Nacional de Previdência Social – INPS e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (BRASIL, 2002).

Segundo Nunes (2000) grande parte da população brasileira impulsionada pelo movimento das “Diretas Já” no início dos anos 80, buscava garantir na nova Constituição, que fora promulgada alguns anos depois, os direitos e os valores da democracia e da cidadania brasileira, dentre eles o direito à saúde para todos.

No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas buscando uma cobertura universal da clientela, se destacando entre elas o fim da exigência da Carteira de Segurado da instituição para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Com esse processo criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementando convênios entre o INAMPS e os governos estaduais. Isso foi motivado, por um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e, por outro, à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, no contexto da democratização do país (BRASIL, 2002).

Com a promulgação da Constituição no ano de 1988, ficou definido em seus artigos 196 e 197, que a saúde é direito de todos e um dever do Estado, devendo este garanti-la por meio das políticas públicas (sociais e econômicas), visando à redução do risco de doenças, através do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para promoção, proteção e recuperação desta (BRASIL, 1988).

Dessa forma, como afirmam Albino; Ferreira (2008), as novas propostas para as questões da saúde contidas na Constituição resgataram as propostas do Movimento da Reforma Sanitária e as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde, e em consequência disso, criou-se o Sistema Único de Saúde – SUS primando pela saúde como direito de todos, considerando as ações e os serviços de saúde

relevantes e de responsabilidade do Poder Público. Com isso, foram apresentadas as normativas das ações e os serviços públicos de saúde – rede regionalizada, hierarquizada e sistema único de descentralização, atendimento integral, como prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

Já no artigo 198 da Constituição Federal o SUS é definido da seguinte forma:

[...] As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade. Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988, s/p).

Albino; Ferreira (2008) citam que o SUS é regulamentado pelas Leis Orgânicas a Saúde – LOAS, n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, ambas ainda em vigor.

A extinção do INAMPS ocorre apenas três anos após a instituição do SUS, pela Lei nº 8.689/93, que no parágrafo único do seu artigo primeiro, estabeleceu que: “As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições (BRASIL, 2002).

A Lei 8.080/1990, que instituiu o SUS – Sistema Único de Saúde e definiu o Ministério da Saúde como gestor na esfera federal, instituiu em seu Capítulo II os Princípios e Diretrizes, estabelecendo no Art. 7º, entre os princípios e diretrizes do SUS, a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. Isso se constituiu numa grande alteração da situação até então vigente e assim, o Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal (BRASIL, 1990).

Atualmente o SUS – Sistema Único de Saúde – é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e o único que garante assistência integral e completamente gratuita para toda população brasileira, incluindo até mesmo pacientes portadores do HIV, pacientes renais crônicos e pacientes com câncer, dentre outras doenças. O financiamento deste sistema cabe aos três níveis de governo, municipal, estadual e federal, sendo que a este último compete mais de 70%

do montante total. Ininterruptamente este repassa aos entes hierarquicamente inferiores (Estados e Municípios), se considerarmos volume de arrecadação, por meio de transferências diretas aos respectivos fundos de saúde de cada ente, o valor pertinente a cada um, estatuído em norma legal (BRASIL, 2002).

2.2 IMPACTO SÓCIOECONÔMICO E ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL

Segundo o CONASS (2022), desde a década de 70 a OMS - Organização Mundial da Saúde incentiva que sejam elaboradas políticas que garantam o acesso a medicamentos, aconselhando a adoção de listas vernáculas por todos os países que fazem parte dessa organização. Em 1964 iniciou-se a elaboração de listas de medicamentos essenciais no Brasil, por meio de um decreto federal definindo a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário. Somente em 1975 foi oficializada a RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, que segundo o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentador da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, deve ser atualizada periodicamente (a cada dois anos), como um instrumento racionalizador das ações no âmbito da Assistência Farmacêutica; desde então o Brasil investe constantemente na publicação e no aprimoramento de listas de medicamentos essenciais como mecanismo que garantirá acesso à assistência farmacêutica e para promoção do uso racional de medicamentos principalmente fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante disso, pode-se afirmar que a RENAME tem papel fundamental e estratégico nas políticas públicas de saúde, uma vez que relaciona os medicamentos utilizados no âmbito do SUS, compreendendo a seleção e o padrão de medicamentos prescritos no mesmo, para atendimento de doenças ou de agravos. Na lista de medicamentos contida na RENAME, seguem as responsabilidades de financiamento da Assistência Farmacêutica entre a União, Estados e Municípios, visando transparência nas informações sobre o acesso aos medicamentos fornecidos pelo SUS. Cabe ao Ministério da Saúde garantir a padronização e oferta de medicamentos no SUS através da RENAME, bem como promover o uso racional de medicamentos (CONASS, 2022).

A lista de medicamentos da RENAME é construída embasada em uma “avaliação que considere as informações de eficácia, efetividade, segurança, custo,

disponibilidade, entre outros critérios, obtidas a partir das melhores evidências científicas disponíveis” (BRASIL, 2022, p.10). Cabe a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, a responsabilidade em propor a atualização da RENAME, tendo como objetivo principal assessorar o Ministério da Saúde na análise e preparação de estudos de avaliação às solicitações de inclusão, ampliação de uso, exclusão de medicamentos e na constituição ou na alteração dos PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. O trabalho eficaz do CONITEC é importante para que eventualmente “aconteça a revisão de medicamentos com baixo interesse de mercado ou com restrições de comercialização, considerando a carga de doenças no Brasil e as linhas de cuidado estabelecidas” (BRASIL, 2022, p.11).

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos, quando se atualiza a lista da RENAME é necessário que se enfatize o conjunto dos medicamentos relacionados à assistência ambulatorial, adequado ao nível local, às doenças mais comuns à população, definidas segundo prévio critério epidemiológico, sendo esta lista, imprescindível instrumento de ação do SUS, uma vez que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País (BRASIL, 2001).

Cada Estado tem autonomia, bem como também a tem os municípios, em determinar quais medicamentos serão selecionados para serem disponibilizados à população, embasado no “perfil de morbi-mortalidade e nas prioridades estabelecidas, de modo a contribuir na resolubilidade terapêutica, no custo-benefício dos tratamentos, na racionalidade da prescrição, na correta utilização dos medicamentos, além de propiciar maior eficiência administrativa e financeira” (Brasil, 2007, p.31), definindo também os medicamentos que serão ofertados pela Secretaria Estadual de Saúde para a atenção básica, média ou para a alta complexidade. Os medicamentos devem ser regulamentados, estabelecendo-se os critérios de inclusão e exclusão de medicamentos, metodologia aplicada, periodicidade de revisão, entre outros.

Segundo Santos-Pinto (2013), a falta de disponibilidade de medicamentos considerados primordiais nas unidades públicas de saúde aflige principalmente a população mais vulnerável, com menor renda, e que geralmente são dependentes da gratuidade dos medicamentos pelo SUS, como única alternativa de tratamento.

Sendo assim, pode-se elencar os medicamentos essenciais, aqueles concebidos como básicos e importantes para atender a maioria dos problemas de saúde da população, considerando três fatores básicos, de ordem epidemiológica:

a) doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores; b) doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados; c) doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado (BRASIL, 2001, p. 15)

Quando aborda-se um tema tão delicado quanto as questões ligadas à saúde, como as doenças e medicamentos que as cure, é preciso enfatizar que além do acesso aos serviços como consultas médicas, diagnósticos e principalmente a prescrição desses fármacos, há que haver disponibilidade desses remédios na farmácia, dependendo disto a efetivação do acesso, bem como de outros fatores, como a capacidade aquisitiva de provedores individuais ou familiares (OLIVEIRA *et al*, 2016).

É sabido, segundo os autores citados acima, que o uso correto de medicamentos salvam vidas e melhoram a saúde das pessoas, prevenindo, curando ou controlando e reduzindo a morbimortalidade associada a doenças agudas e crônicas. O acesso a esses medicamentos é um direito fundamental garantido por Lei, pela nossa Constituição, e resulta da interação de uma complexa rede de processos, incluindo instituições de pesquisa e desenvolvimento, indústrias química e farmoquímica, agências reguladoras, sistemas e serviços de saúde público e privado, e do próprio usuário do medicamento.

Está pacificado nas normativas legais que através das políticas públicas de saúde os municípios, Estados e a União, são solidários no fornecimento dos medicamentos que compõem as listas do SUS e que garantirão a saúde dos cidadãos.

Aos municípios competem o fornecimento daqueles medicamentos da RENAME que integram o componente básico (farmácia básica), através de financiamento tripartite per capita; os medicamentos que integram o componente estratégico, que versam sobre aqueles que visam atender os pacientes vinculados nos mais diversos programas de saúde implantados no SUS, possuem sua aquisição sob responsabilidade do Ministério da Saúde, com a coparticipação dos Estados, que por sua vez os distribui aos municípios para sucessiva dispensação aos pacientes dos respectivos programas de saúde. Enquanto isso, aqueles medicamentos que compõem o componente especializado, e que são popularmente conhecidos como medicamentos de alto custo, necessitam do preenchimento de um conjunto de formulários que integram o processo de solicitação de medicamentos, que é

encaminhada, após preenchido, aos setores responsáveis pelo fornecimento dos medicamentos deste componente nas unidades federadas.

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da mesma no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu artigo 2º, definiu a Atenção Básica como “um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas” que compreendem “promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde”, concebida por meio de práticas de zelo integrado e gestão qualificada, executada com equipe multiprofissional (BRASIL, 2017a).

Neste contexto das ações da Atenção Básica, Santos-Pinto (2013) identifica alguns programas de saúde ofertados pelo Ministério da Saúde, aos quais os municípios fazem suas adesões, sendo possível, por intermédio destes, a disponibilização de medicamentos:

- Programa Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA);
- Insulina Humana NPH;
- Programa Saúde da Mulher (distribuição de kits básico contendo métodos anticoncepcionais inclusive o Dispositivo Intra-uterino – DIU);
- Programa Nacional de Controle do Tabagismo;
- Programa Nacional Alimentação e Nutrição (medicamentos como Ácido Fólico, Sulfato Ferroso e Vitaminas);
- Asma e Rinite;
- Programa Farmácia Penitenciária (distribuição de kits DST/Aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias, infecciosas, hipertensão arterial e diabetes mellitus);
- Programa de Saúde Mental (medicamentos anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, hipnóticos, ansiolíticos, medicamentos para tratamento de transtornos obsessivo-compulsivos e de pânico, antipsicóticos, antidepressivos e antimaníacos).

Por fim, a autora ainda salienta que os medicamentos para os tratamentos oncológicos não estão incluídos em lista, uma vez que possuem financiamento próprio, e sua regulamentação acontece focada em diferentes neoplasias que definem especificamente o valor disponível para tratamento pelo SUS.

E quando o medicamento necessário para uma determinada enfermidade não é fornecido pelo SUS? Segundo Oliveira *et al.* (2021), como já visto anteriormente, a

Constituição Federal garante ao cidadão o direito à saúde e à vida, ou seja, obriga ao poder público fornecer assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica de forma gratuita. Porém, o que se vê atualmente, é o aumento das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos não inclusos na RENAME. Face ao exposto, pode-se afirmar que o processo de judicialização da saúde tem crescido vultosamente, principalmente nas duas últimas décadas, onde as relações entre direito e saúde apresentam grandes desafios para o futuro dos sistemas de saúde, não só a nível de país, mas em grande parte do mundo.

2.3 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E SEUS EFEITOS

Para Carlos Neto (2016) pode-se definir a judicialização da saúde como a busca do Judiciário como a última alternativa para obtenção de um ou mais medicamentos ou tratamento, geralmente com custo muito alto, e que fora negado provimento pelo SUS, seja por falta de previsão na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), ou por questões orçamentárias do poder público.

Já Diniz; Medeiros; Schwartz (2012) afirmam que judicialização se resume à política de saúde para a isenção e disponibilização do medicamento cujo valor é elevado. Mesmo nos casos de demandas justas, esse processo implica em consequências econômicas e organizacionais para a política pública, dada a inexistência de uma política específica para doenças raras (em especial as de cunho genético), ou mesmo pela inexistência de implementação da política clínica no SUS a essas enfermidades.

Segundo o Conselho Federal de Farmácia – CFF (2018), o fenômeno da judicialização da saúde pública em nosso país existe, está em uma crescente e num futuro próximo, poderá vir a causar maiores prejuízos, não apenas aos brasileiros, como também ao Estado, devido a desestruturação do orçamento público que oferece perigo eminente de um colapso do SUS. Diante disso, é possível afirmar que a judicialização de medicamentos é consequência direta da ineficiência das políticas públicas de saúde e de assistência farmacêutica dentro da complexidade do sistema vigente. Importante ainda salientar que grande parte dos processos judiciais que buscam direito à saúde garantido na Constituição Federal, está diretamente ligada ao fornecimento de medicamentos.

Diante desse crescimento da busca judicial pela garantia no fornecimento de

medicamentos, em sua maioria de custo muito alto e fora da RENAME, de acordo com o CFF (2018), vislumbrou-se a elaboração de uma ferramenta para auxiliar os juízes em suas decisões, denominado Projeto E-NATJUS, inaugurado no ano de 2017, conferindo ao magistrado, subsídios científicos confiáveis, prévios da sua deliberação acerca do direito àquilo que está sendo pleiteado. Buscou-se também fomentar benevolência para a via extrajudicial, melhor caminho para a solução dos conflitos e ferramentas adequadas para a garantia do direito efetivo à saúde, conforme previsto nas competências do SUS e da Constituição Federal.

Ainda embasados no Conselho Federal de Farmácia, enaltece-se a possibilidade e importância da intervenção do farmacêutico no acesso judicial aos medicamentos. Tem-se a presença do farmacêutico no Núcleo de Apoio Técnico (NAT-JUS) aos magistrados, integrando uma equipe multiprofissional de saúde, que auxiliam na elaboração de pareceres fundamentados em evidências. O NAT-JUS é vinculado ao Poder Judiciário tendo função consultiva a nível estadual, cujos pareceres subsidiam as decisões dos magistrados nas solicitações relativas a insumos, órteses, próteses, internações, procedimentos cirúrgicos ou ambulatoriais, exames diagnósticos e tratamentos médicos em face ao SUS. A atuação do farmacêutico no NAT-JUS é embasada em dois pilares fundamentais: a celeridade e a imparcialidade.

Atualmente, as demandas judiciais se tornaram verdadeira ferramenta de acesso a medicamentos no sistema público e está entre os maiores problemas enfrentados pelo SUS no Brasil, uma vez que o pleito via judicial permitiu que vários pacientes buscassem pela disponibilização de medicamentos inexistentes nas listas públicas, principalmente pela desatualização de protocolos clínicos, ou pela falta de comprovação científica que fundamentasse sua utilização. Com isso, paralelamente, permitiu-se também ao cidadão o direito de receber medicamentos previstos pelo SUS, que, pela má gestão da assistência farmacêutica, não se disponibilizava na rede pública. (SANTOS-PINTO, 2013).

O aumento demasiado de demandas judiciais para obtenção de medicamentos vem impactando vigorosamente os gastos e a gestão da assistência farmacêutica (AF) de praticamente todos os municípios brasileiros. Atribui-se tal situação a problemas como desabastecimento e má gestão da assistência farmacêutica, assim como à disposição de medicamentos não inclusos nas listas de provisão pública do país (SANTOS-PINTO, 2013).

Dados demonstram que os gastos da União e dos estados com a judicialização de medicamentos aumentaram incríveis 1.300% no período entre 2008 e 2015, saltando de aproximadamente R\$ 70 milhões, em 2008, para aproximadamente R\$ 1 bilhão, em 2015 (BRASIL, 2017b, p.2). O documento ainda expressa que, quanto aos tipos de ações judiciais, predominam os mecanismos curativos de saúde, como medicamentos e tratamentos, e não os mecanismos preventivos, como deveria ser. Salaria ainda que as disputas judiciais são, na sua maioria, individuais e a taxa de sucesso é alta, pois esses insumos deveriam ser fornecidos regularmente pelo SUS e não é o que ocorre. Ainda se é possível concluir que a conduta dos magistrados não demonstra nenhuma preocupação dos mesmos com a relevância dos princípios orçamentários, nem aos impactos causados à gestão pública por suas decisões.

Acredita-se que as negativas ao fornecimento de medicação ocorre, principalmente, em virtude das ingerências na gestão pública, que resultam na não disponibilização dos medicamentos essenciais para atendimento das necessidades da população. Com isso, de certa forma, as ingerências acabam contribuindo para o agravamento, não só das condições de saúde dos indivíduos, mas também para a saúde financeira de municípios e estados, num verdadeiro efeito bola de neve (SANTOS-PINTO, 2013).

Como afirmam Wang *et al.* (2014), o que muitos gestores municipais exaltam é que devido a alta demanda de solicitações, disponibilizar esses medicamentos de alto custo e complexidade, significa, especialmente, onerar os municípios, uma vez que os governos estaduais ou o próprio Ministério da Saúde (ente federal) são aqueles que deveriam fornecer estas medicações, já que de acordo com a divisão de competências do SUS, eles dispõem de um aporte maior que os municípios, de recursos financeiros e previsão orçamentária para o fim. Porém, a notificação judicial de “cumpra-se” sempre fica sob incumbência dos municípios, e ao recebê-la precisam providenciar os medicamentos, mesmo não sendo competência direta municipal o fornecimento destes, restando a estes pleitear o ressarcimento dos recursos investidos junto ao ente legalmente responsável.

Santos-Pinto (2013) afirma que essa crescente do número de ações judiciais protocoladas, possibilitaram o acesso de muitos pacientes a medicamentos de alto custo, em consequência disso, houve uma maior desorganização financeira dos serviços de saúde públicos. E, sem tomar partido do mérito da questão, passaram a

contribuir ainda mais para seu desequilíbrio financeiro, pendendo negativamente para a perspectiva coletiva, uma vez que muitos recursos passaram a ser mobilizados para o atendimento das demandas individuais do autor da ação, havendo benefício próprio em detrimento daquele que porventura se encontre em condição de saúde menos favorável que o solicitante, mais que esta não chegou ao conhecimento do judiciário, seja por opção do cidadão ou pelo desconhecimento da possibilidade de acesso rápido à medicação pelo meio judicial.

Conforme afirma o CFF (2018), no país, apesar do medicamento ser um dos principais insumos utilizado como função terapêutica nos serviços de saúde, a Assistência Farmacêutica (AF) é um tema ainda pouco habitual à nossa sociedade, isso também ocorre inclusive aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Tonete; Chiusoli (2019) a criação e disponibilização constante de novos fármacos, aliados a uma potencialização na divulgação da indústria farmacêutica com a área médica, que ao prescreverem alguns medicamentos que não possuem sua distribuição padronizada pelo SUS, muitas vezes levam os pacientes a buscar o poder judiciário, para que por direito, os medicamentos sejam fornecidos gratuitamente pelos órgãos públicos.

No que diz respeito a disponibilidade de medicamentos de valor elevado, segundo Santos-Pinto (2013), existe a necessidade de regulação mais eficiente, que possa se reproduzir de forma mais expressiva, clara, transparente, devido ao fato que os gastos para a aquisição destes insumos representam grandes despesas para o poder público, muitas vezes não previstas em seus orçamentos prévios. Assim, a existência de limites para a funcionalidade do sistema se embasa na perspectiva econômica, e na disponibilidade de recursos para a execução das ações e serviços de saúde. A racionalidade imposta pela capacidade do sistema em prover, garantindo o direito à saúde por todos, implica na impossibilidade de satisfação diante das necessidades dos indivíduos, trazendo à tona a discussão benefício individual versus saúde coletiva.

De acordo com Carlos Neto (2016), esse benefício individualizado tem impacto direto no que se refere a gestão pública, uma vez que verifica-se a possibilidade de afetar diretamente o sistema político na gestão pública, principalmente, os setores do orçamento público e financeiro das políticas públicas de dos municípios, dos estados e do país. No caso do impacto no orçamento público, a citação se refere aos cofres públicos, enfatizando que a influência social de um

individuo favorecido pode prejudicar toda a coletividade, ao passo que esse favorecimento pode implicar no desvio de verbas e recursos públicos, e o atendimento a este, nestes moldes, ir no sentido contrário da execução das políticas públicas, que é sempre atender a coletividade.

Segundo Wang *et al.* (2014), atualmente a justiça brasileira tem dado parecer favorável aos pedidos de medicamentos de alto custo ao cidadão que busca seus direitos garantidos pela Constituição, sempre que há necessidade e com prescrição médica, após a recusa de fornecimento pelo poder público. Mesmo com a constante justificativa da falta de recursos por esses órgãos, o judiciário tende a dar ganho de causa em favor do paciente, garantindo-lhe seu direito de acesso ao tratamento.

Para Diniz; Medeiros; Schwartz (2012) a busca pela judicialização decorre principalmente da ausência de uma política clara do sistema de saúde para doenças específicas em geral, e por conseguinte, provoca gastos além do necessário na busca de um tratamento eficiente. Monopólios de distribuição controlam preços, e conseqüentemente tendem a ser mais altos que os praticados na concorrência. Infelizmente, não é sempre que se pode evitar monopólios de distribuição, particularmente no caso de medicamentos, devido a sua proteção.

Em contrapartida, um comprador de grande porte, como o Estado, possui certa flexibilidade para negociar quando a compra de medicamentos é realizada dentro de seu planejamento orçamentário; porém, quando ocorre o processo de judicialização, que estipula a aquisição obrigatória e imediata de medicamentos, sem licitação, isso acaba afetando a garantia de que a administração pública efetuará bons negócios, conseqüente implicando em gastos bem mais altos para as políticas de saúde. Por sinal, esse é um argumento comum nas análises que tecem críticas à judicialização (DINIZ; MEDEIROS; SCHWARTZ, 2012).

Para Wang *et al.* (2014) as conseqüências da judicialização para o sistema público de saúde são prejudiciais, principalmente por três motivos: 1) acesso diferenciado ao SUS, uma vez os pacientes que tem acesso por meio de processo judicial garantem acesso amplo e ágil às ações e serviços de saúde, pondo em desvantagem, infelizmente, a maioria da população que recebe somente o que está definido nas políticas e, por vezes, parcialmente destinado; 2) desarmonia na distribuição das competências do sistema de saúde (municipal, estadual e federal), sobrecarregando o poder mais frágil, a saber, o município; e 3) ao gestor público acarreta um elevado grau de incerteza, tanto sobre quanto recurso precisará dispor

para compra de medicamentos (via judicial), quanto pelo impacto nas contas públicas e os cortes que se farão necessários em outras despesas e políticas, para suprir esse gasto extra, não previsto em orçamento.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou identificar quais as principais consequências para a gestão pública, causadas pela judicialização de medicamentos.

Durante a realização da pesquisa da temática que aborda a judicialização na saúde brasileira, foi possível observar que esta possui relevância nas políticas públicas municipais ao desconsiderar regras pré existentes e definidas em normativas legais, que há muito foram propostas para organizar a prestação dos serviços de saúde, definindo e conceituando as responsabilidades de cada participante do processo de satisfação dos usuários dos serviços de saúde, objetivando facilitar a gestão dos serviços, tornando o atendimento aos pacientes mais dinâmico e eficaz.

Pontos nocivos da judicialização ao sistema de saúde foram identificados, como por exemplo, tratar iguais de forma desigual, ao possibilitar que aquele que recorre ao meio judicial consiga a medicação, independente da condição clínica, em detrimento aqueles que se encontram em situação mais crítica e que estão pleiteando a medicação somente junto as secretarias de saúde. Significa dizer que a judicialização atrapalha a organização da prestação de serviços ao interferir no critério de que os piores precisam ser atendidos primeiros. Isto ocorre em virtude de que nem todos possuem conhecimento de que a via judicial é um "agilizador" na obtenção do medicamento ou, por estes optarem pela obtenção da medicação pelos meios convencionais, seja por decisão moral, ética, cultural, ou, simplesmente por não possuírem coragem de acessá-la, cômicos de seus estados clínicos críticos.

Também possui grande relevância o fato de a judicialização provocar a desorganização do orçamento do ente afetado, dificultando, conseqüentemente, o planejamento das ações em saúde, visto que a prática interfere na responsabilidade sanitária definida nas normativas legais que estabelecem o papel de cada ente, como já dito anteriormente, sobrecarregando apenas e tão somente os municípios com o ônus do fornecimento da medicação.

A interferência acima citada ocorre visto que, muitas vezes, a judicialização acaba por não respeitar a fundamentação organizacional do SUS, que define os papéis e as responsabilidades de cada ente federado, bem como especifica percentual mínimo de recursos a serem investidos em saúde pela União, pelo Estado e pelos municípios. Contudo, o elo público mais frágil e mais próximo dos magistrados são sempre os municípios, que se veem obrigados a cumprirem as liminares,

custeando medicamentos com gastos orçamentários, por vezes, maiores do que muitos deles podem dispor. Buscando amenizar o caos, os municípios fazem licitações preventivas, baseadas em série histórica do fornecimento de medicamentos judicializados, que nem sempre são resolutivas, se passarmos a considerar a origem das prescrições, que em sua maioria são oriundas da rede privada grandemente conduzida e influenciada pela indústria farmacêutica e suas inovações no mercado.

Conjuntamente, a judicialização em saúde traz consequências à gestão, à medida que o planejamento em saúde exige que o gestor construa uma programação anual em saúde, cumprindo-a com rigor, sob pena de sanções legais. Esta programação em saúde é elaborada a partir do levantamento dos problemas existentes, definindo quais serão as prioridades na resolução dos problemas encontrados e elencados; como pretende resolvê-los (quais ações vai executar para o fim); em quanto tempo, estabelecendo o custo, identificando de onde virá o recurso financeiro para a finalidade, executando exatamente o que propôs e promovendo a prestação de contas desta programação, que será submetida a análise dos órgãos fiscalizadores (TCE, MP, TCU, etc).

Conclui-se então que os pontos considerados acima são as principais consequências da judicialização de medicamentos ao orçamento público municipal e todo o contexto gerencial em saúde. A adoção de medidas como a total observância às normas legais existentes e vigentes sobre as responsabilidades de cada ente federado no processo de fornecimento de medicamentos, bem como um espaço maior e/ou organização dos canais de manifestação da parte ré (os serviços de saúde), com participação efusiva de profissionais atuantes na área da assistência farmacêutica, como também o cumprimento do efetivo papel da atenção primária em saúde, que é o de promover a saúde e prevenir a população contra doenças, evitando o curativismo, traria grandes benefícios na redução dos gastos com o fornecimento de medicamentos, proporcionando melhor gestão do sistema público de saúde.

Por fim, se pode afirmar que os recursos públicos para o sistema nacional de saúde são suficientes, contudo, por vez ocorre a insuficiência dos mesmos, dado a dificuldade na gestão em consequência destas interferências sofridas ou, também, por incompetência desta, definida como má gestão dos recursos. Todavia, este último tema não foi abordado em seus pormenores por não fazer parte da abordagem deste estudo, já que não pode ser alegado como justa causa para o não fornecimento de medicamentos.

REFERÊNCIAS

ALBINO, A. V.; FERREIRA, J. **O Serviço Social na diretoria de assistência farmacêutica: o sujeito de direito e a judicialização do acesso a medicamentos.** 2008. 69p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Bacharel em Serviço Social). UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça – SC, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** : promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**; 1990; Datado de 19 de setembro de 1990.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileira.** Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, realizado em São Paulo, Brasil de 11 a 14 de agosto. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS n. 338, de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília,DF: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Aumentam os gastos públicos com judicialização da saúde.** Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022** – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

CARLOS NETO, D.; Impactos da Judicialização na Saúde Pública. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. vol. 01, ed. 01, Ano 01, pp: 15-20, Março de 2016.

CFF – Conselho Federal de Farmácia. Grupo de Trabalho de Farmacêuticos no Sistema de Justiça. **Cartilha - Judicialização de Medicamentos: Apoio Técnico-Farmacêutico para a Diminuição e/ou Qualificação das Demandas**. Brasília, DF, 2018.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Publicada a Relação Nacional de Medicamentos – RENAME 2022**. Agosto de 2022.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SCHWARTZ, I. V. D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, volume 28, número 03, p. 479-489, março 2012.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.L. (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, volume 5, número 2, p. 251-264, 2000.

OLIVEIRA, Y. M. Da C. Judicialização no acesso a medicamentos: análise das demandas judiciais no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, volume 37, número 1, 2021.

OLIVEIRA, M. A. *et al*. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Revista Saúde Pública**. São Paulo. vol.50 (Sup. 2). 2016 Epub 23-nov-2016.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2010: Financiamento dos Sistemas de Saúde. O caminho para a cobertura universal**, 2010.

SANTOS-PINTO, C. du B. **Demandas judiciais por medicamentos e estratégias de gestão da assistência farmacêutica em municípios do Estado de Mato Grosso do Sul**. 2013. 297p. Tese de Doutorado (Pós-graduação em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: s.n, 2013.

SILVA, R. K. da **Judicialização da Saúde no âmbito do acesso à medicação de alto custo**: a perspectiva do usuário e o papel do Estado. 2018. 39p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Bacharel em Farmácia. Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto – MG, 2018.

TONETE, D. A.; CHIUSOLI, C. L. Judicialização no acesso a medicamentos: análise acerca dos impactos na gestão em saúde. **O Social em Questão** - Ano XXII - nº 44 - pp. 87-110. Mai a Ago/2019.

WANG, D. W. L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista da Administração Pública**. volume 48, número 5, outubro de 2014.

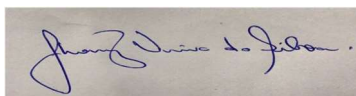
ANEXOS

ANEXO 1

DECLARAÇÃO DE AUTORIA

Declaramos para os devidos fins que eu, **JHONNY VIEIRA DA SILVA**, RG 39.093.317-X – SSP/SP, e eu, **SANDRA VALÉRIA DA SILVA ZANDAVALLI**, RG 870.801 – SSP/MS, alunos do Curso de Farmácia Semipresencial – Campus Guaíra da UNIPAR, somos autores do trabalho intitulado: “**Judicialização de Medicamentos: Principais impactos na gestão pública**”, que agora submetemos à banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia.

Também declaramos que é um trabalho inédito, nunca submetido à publicação anteriormente em qualquer meio de difusão científica.



JHONNY VIEIRA DA SILVA



SANDRA VALÉRIA DA SILVA ZANDAVALLI

Guaíra, 08 de novembro de 2022.