



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMACOLOGIA

Leila Mello Pioner

**Judicialização da saúde, análise do acesso ao medicamento no estado de
Santa Catarina e os gastos públicos pertinentes aos anos de 2010 a 2018**

Florianópolis
2019

Leila Mello Pioner

Judicialização da saúde, análise do acesso ao medicamento no estado de Santa Catarina e os gastos públicos pertinentes aos anos de 2010 a 2018

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Farmacologia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Farmacologia.
Orientador: Prof. Dr. João Batista Calixto.

Florianópolis/SC
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pioner, Leila Mello

Judicialização da saúde, análise do acesso ao medicamento no estado de Santa Catarina e os gastos públicos pertinentes aos anos de 2010 a 2018 / Leila Mello Pioner ; orientador, Prof. Dr. João Batista Calixto, 2020. 126 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Farmacologia. 2. Judicialização da saúde no estado de Santa Catarina. 3. Judicialização de medicamentos. 4. Saúde Pública. 5. Gastos com judicialização da saúde. I. Calixto, Prof. Dr. João Batista. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Farmacologia. III. Título.

Leila Mello Pioner

Judicialização da saúde, análise do acesso ao medicamento no estado de Santa Catarina e os gastos públicos pertinentes aos anos de 2010 a 2018

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. José Eduardo da Silva Santos
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Mario Steindel
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Farmacologia obtido pelo Programa de Mestrado Profissional em Farmacologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Leandro Bertoglio
Coordenador do Programa

Prof. Dr. João Batista Calixto
Orientador

Florianópolis, janeiro de 2019.

“De tanto não parar a gente chegou lá”.
Marcelo Jeneci

AGRADECIMENTOS

Esta foi a parte do trabalho que mais posterguei para redigir. Em vários momentos tive a impressão de que a vida tentava me fazer desistir e desanimei muito, mas nunca pensei na desistência deste trabalho como uma possibilidade real.

É emocionante lembrar todos os momentos da construção deste sonho...

Passei por percalços no ambiente de trabalho, com negativas da chefia em assinar a liberação das horas para frequentar as aulas do curso e depois, para a redação da dissertação (mesmo diante da autorização do secretário de saúde para a confecção desta pesquisa e sendo um direito do funcionário público garantido em estatuto, a mim, este direito não foi concedido).

Este trabalho é a realização do meu maior sonho até o presente momento. Trabalhei dobrado, adoeci em vários momentos, escrevi deitada devido ao trauma de coluna, mas concluí.

Concluo agradecendo primeiramente às forças universais superiores pela benção de estar viva no momento da apresentação deste trabalho.

Agradeço ao meu pai, João Clacenir Schmidt Pioner, o homem mais sábio e elegante que conheci em toda a minha vida. Agradeço a ele por ter me telefonado todos os dias durante esta jornada, por ter sido tão presente e por ter me acolhido com tanto carinho e entendimento em todos os momentos da realização deste sonho.

Agradeço à minha mãe, Onilda Mello Pioner, pessoa que nunca desistiu dos seus propósitos e que sempre ensinou aos filhos para não desistirem dos seus. Ela também se fez presente.

Agradeço às minhas filhas, Beatriz e Bárbara, meninas doces, por compreenderem todas as privações a que foram submetidas para a realização do que eu entendo que será um bem maior, por um trabalho em família, em equipe.

Agradeço aos meus irmãos. Eles não sabem o quanto me enchem de orgulho e admiração e a todos eles eu retribuo, de certa forma, com a entrega deste trabalho. Agradeço à tia Madalena Schmidt Pioner, por ter me dito tantas vezes do seu amor por mim, que ela também tenha a certeza da minha admiração e do meu amor por ela.

Agradeço à tia Corinta Ramos de Carvalho pelo exemplo de bondade, altruísmo fé e persistência. Ela não sabe do quanto a quero bem.

Agradeço às primas Tatiana e Mariana Pioner, mulheres à frente do seu tempo, pela gentileza na condução de algumas das minhas dúvidas.

Agradeço aos mestres, sobretudo aos queridos Professores Doutores José Eduardo e Elizabeth Linder, pessoas fantásticas que a vida me presenteou em conhecer.

Agradeço a todos os colegas de curso, pessoas íntegras, sempre dispostas a prestar ajuda e a compartilhar suas experiências. Agradeço também a eles por tornarem o dia das sextas-feiras, o dia mais feliz para mim.

Agradeço aos colegas de trabalho Marcus Vinícius e Márcio Schweitzer, pessoas amigas, pela ajuda na coleta de dados e esclarecimento de dúvidas

Agradeço ao colega Edir Rezende, pessoa de caráter nobre, pela destreza e sagacidade ao me auxiliar desde o começo deste trabalho, também com os gráficos e tabelas.

Agradeço aos bons amigos que a vida me deu, Marcelo Zamora e Zilmar Lenita Gervasi, por todos os momentos de extravasamento e companheirismo.

Agradeço imensamente ao meu orientador, Professor Doutor João Batista Calixto, consagrado no meio científico e acadêmico, por todos os momentos de incentivo e colaboração, não conheço pessoa mais assertiva e paciente.

Agradeço à Maíra Assunção Bicca, pessoa ímpar, Doutora mais que admirável, cientista brilhante, que mesmo diante de tantos afazeres prestou o maior apoio de todos. Para ela nunca terei palavras suficientes que demonstrem minha gratidão.

Agradeço ao meu sobrinho Christian Souza Pioner, outro grande amor e um dos caras mais cultos deste tempo, e que, mesmo diante da limitação de tempo e espaço, se mostrou solícito em revisar e formatar parte deste trabalho.

Finalmente agradeço ao meu grande amor, o maior presente que a vida me deu nestes dias de tantas provações...

Agradeço ao seu empenho hercúleo, sua paciência e seu incentivo constantes. Marco foi o corpo e a alma deste trabalho, tenho consciência de que fez tudo o que esteve ao seu alcance e não permitiu que nada me faltasse. Sem Marco Aurélio este trabalho não existiria.

“Sólo le pido a Dios, que el dolor no me sea indiferente, que la reseca muerte no me encuentre, vacío y solo sin haber hecho lo suficiente...” (GIECO, 1978)

RESUMO

A judicialização em saúde, sobretudo os litígios envolvendo medicamentos em todos os níveis de complexidade de atendimentos, têm sido assunto de debates em todas as esferas sociais e tornou-se um problema que vem comprometendo a cada ano mais recursos públicos. Assim, o presente estudo teve por principal objetivo colaborar para a ampliação do debate envolvendo a judicialização dos medicamentos por meio de levantamento e análise dos dados disponíveis sobre este tema no estado de Santa Catarina entre os anos de 2010 e 2018. Os recursos gastos com a judicialização da saúde em Santa Catarina são impactantes: 2010 (R\$ 83,7 milhões), 2011 (R\$ 111 milhões), 2012 (R\$ 112,1 milhões), 2013 (R\$ 99,8 milhões), 2014 (R\$ 109,7 milhões), 2015 (R\$ 112,5 milhões), 2016 (R\$ 102,5 Milhões), 2017 (R\$ 127 milhões), 2018 (R\$ 149,6 milhões). O estado gastou cerca de R\$ 1 bilhão no período analisado, aumento de 80% de gastos ao comparar-se o primeiro (2010) e o último ano (2018) desta pesquisa. Entre os medicamentos responsáveis pelos maiores gastos envolvidos em questões judiciais destacam-se os anticorpos monoclonais, destinados ao tratamento de doenças crônicas, principalmente do câncer e das doenças autoimunes. Este trabalho também analisou os gastos com a judicialização dos medicamentos pleiteados, distribuídos entre as seis mesorregiões que compõe o estado. Esses dados são discutidos em relação aos índices regionais de desenvolvimento, economia, renda e população e a outros trabalhos já publicados nesse e em outros estados. Neste cenário, merece destaque a mesorregião da Grande Florianópolis, responsável pelos maiores gastos em quase todos os anos analisados, seguida do Vale do Itajaí e das mesorregiões Sul, Oeste, Norte e Serra. Além disso, foram analisados os dez municípios que concentraram os maiores gastos com o fornecimento de medicamentos judicializados, bem como os gastos *per capita* nestes municípios. Estes resultados mostram que, Joinville, embora seja a maior cidade do estado de Santa Catarina, está entre as cidades com menores gastos em função da judicialização. Neste contexto, os resultados sugerem que o modelo de gestão pública na área da saúde do município de Joinville deve ser estudado, no sentido de fornecer subsídios que permitam a redução dos gastos estaduais, crescentes e insustentáveis. Por fim, conclui-se que o estado de Santa Catarina gasta cada vez mais recursos públicos para atender a demanda crescente de medicamentos judicializados, ocupando, atualmente, a terceira posição entre os entes da federação neste sentido. Conclui-se ainda que o envelhecimento da população e o aumento da ocorrência das doenças crônicas associados ao progressivo aumento dos preços dos medicamentos lançados, anualmente, são fatores fortemente sugestivos de que o estado de Santa Catarina necessita, com urgência, capacitar sua gestão e melhorar suas políticas públicas em saúde na direção da otimização dos recursos, sob pena de ter que comprometer grande parte de seu orçamento apenas para atender as demandas judiciais em saúde da população.

ABSTRACT

Health judicialization, especially drug disputes at all levels of care complexity, has been the subject of debate in all social spheres and has become a problem that has been committing more public resources each year. Thus, the main objective of the present study was to contribute to the broadening of the debate involving the judicialization of medicines through the survey and analysis of data available on this topic in the state of Santa Catarina between 2010 and 2018. The resources spent on judicialization of health in Santa Catarina are impacting: 2010 (R \$ 83.7 million), 2011 (R \$ 111 million), 2012 (R \$ 112.1 million), 2013 (R \$ 99.8 million), 2014 (R \$ 109.7 million), 2015 (R \$ 112.5 million), 2016 (R \$ 102.5 million), 2017 (R \$ 127 million), 2018 (R \$ 149.6 million). The state spent about \$ 1 billion over the period, with an 80% increase in spending when comparing the first (2010) and last year (2018) of this survey. Among the drugs responsible for the largest expenses involved in judicial issues are monoclonal antibodies, intended for the treatment of chronic diseases, especially cancer and autoimmune diseases. This work also analyzed the expenses with the judicialization of the claimed drugs, distributed among the five mesoregions that make up the state. These data are discussed in relation to regional indices of development, economy, income and population and other works already published in this and other states. In this scenario, it is worth mentioning the Greater Florianópolis mesoregion, which is responsible for the largest expenses in almost all the years analyzed, followed by the Itajaí Valley and the South, West, North and Serra mesoregions. In addition, we analyzed the ten municipalities that concentrated the highest expenses with the supply of judicialized medicines, as well as the Per Capita expenses in these municipalities. These results show that Joinville, although it is the largest city in the state of Santa Catarina, is among the cities with the lowest expenses due to judicialization. In this context, the results suggest that the public management model in the health area of the municipality of Joinville should be better studied, in order to provide subsidies that allow the reduction of state, growing and unsustainable expenses. Finally, it is concluded that the state of Santa Catarina is increasingly spending public resources to meet the growing demand for judicialized drugs, currently occupying the third position among the federation entities in this regard. It is also concluded that the aging of the population and the increase in the occurrence of chronic diseases associated with the progressive increase in the prices of medicines released annually are strongly suggestive factors that the state of Santa Catarina urgently needs to enable its management and management. improve their public health policies toward resource optimization, otherwise they will have to commit much of their budget just to meet the health demands of the population.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico relativo ao percentual do PIB aplicado em gastos públicos e privados nos países em sequência: EUA, França, Alemanha, Nova Zelândia, Reino Unido, Espanha, Brasil, Polônia, México e Argentina, no ano de 2016.....	56
Figura 2 - Pirâmide populacional brasileira no ano de 2010.	61
Figura 3 – Projeção da pirâmide populacional brasileira no ano de 2050.....	61
Figura 4 - Maiores gastos estaduais com judicialização da saúde.....	65
Figura 5 - Somatória dos gastos com medicamentos e insumos fornecidos para atendimento das demandas judiciais nas mesorregiões catarinenses no período 2010 a 2018	72
Figura 6 - Comparativo anual dos gastos com medicamentos e insumos fornecidos para atendimento de demandas judiciais nas mesorregiões catarinenses	73
Figura 7 - Dez municípios catarinenses com maior gasto em fornecimento judicial de medicamentos e insumos.....	74
Figura 8 - Dez municípios com maiores gastos com fornecimento judicial de medicamentos e insumos no estado de Santa Catarina <i>per capita</i>	75
Figura 9 - Distribuição dos medicamentos mais onerosos na mesorregião da Grande Florianópolis segundo categoria ACT	81
Figura 10 - Distribuição dos medicamentos mais onerosos na mesorregião do Vale do Itajaí segundo categoria ACT	82
Figura 11 - Distribuição dos medicamentos mais onerosos na mesorregião Sul segundo categoria ACT.....	82
Figura 12 - Distribuição dos medicamentos mais onerosos na mesorregião Oeste segundo categoria ACT.....	83
Figura 13 - Distribuição dos medicamentos mais onerosos na mesorregião Norte segundo categoria ACT.....	84
Figura 14 - Distribuição dos medicamentos mais onerosos na mesorregião Serrana segundo categoria ACT.....	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Gastos com o fornecimento de medicamentos e insumos demandados judicialmente nas mesorregiões do estado de Santa Catarina, 2010 a 2018.....	71
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Produtos de maior custo de fornecimento demandados judicialmente em Santa Catarina, 2010 a 2018.....	80
Tabela 2 – Medicamentos judicializados no estado de Santa Catarina com maiores números de fornecimentos no período de 2010 a 2018	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	<i>American Cancer Society</i>
ADRs	Agências de Desenvolvimento Regional
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
ATC H	Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas
ATC J	Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico
ATC L	Agentes antineoplásicos e imunomoduladores
ATC R	Aparelho respiratório
ATC S	Órgãos sensoriais
B.I.	<i>Business Intelligence</i>
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CF-88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CGJ	Corregedoria Geral da Justiça
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DLOG	Diretoria de Logística
DPESC	Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina
DPU	Defensoria Pública da União
EC-29	Emenda Constitucional 29
EC-95/2016	Emenda Constitucional 95/2016
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GEJUD	Gerência de Bens Judiciais

HIV/Aids	<i>Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDS	Índice de Desenvolvimento Sustentável
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INTERFARMA	Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
LAI	Lei de Acesso à Informação
LOS	Lei Orgânica do SUS
MPF	Ministério Público Federal
MPSC	Ministério Público de Santa Catarina
MEJUD	Sistema de Medicamentos Judiciais
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NAT	Núcleo de Apoio Técnico
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PEC 241	Projeto de Emenda Constitucional de Número 241
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PIB	Produto Interno Bruto
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Nacional de Medicamentos
RAG	Relatório Anual de Gestão
REMUMES	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAJ/SG5	Sistema de Automação da Justiça de Segundo Grau

SAJ5/PG	Sistema de Automação da Justiça de Primeiro Grau
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretária de Atenção à Saúde
SDR	Secretarias de Desenvolvimento Regional
SES/SC	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SGM ²	Sistema de Gestão de Materiais e Medicamentos
SINDUSFARMA	Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TJSC	Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina
WHO	World Health Organization

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Número de ações judiciais em primeira e segunda instâncias no estado de Santa Catarina, onde o estado é réu no fornecimento de medicamentos.....	119
Anexo B - Medicamentos importados judicializados no estado de Santa Catarina desde o ano de 2010 até o ano de 2018, suas apresentações e indicações.....	120
Anexo C - Termo de Autorização e Compromisso Para Uso de Dados.....	122
Anexo D - Parecer Consubstanciado 2.268.762.....	123

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	35
2 HIPÓTESE	39
3 OBJETIVOS	41
3.1 OBJETIVOS GERAIS.....	41
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
4 PERCURSO METODOLÓGICO	43
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	43
4.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	43
4.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	44
4.3.1 Coleta de dados - número de ações judiciais	44
4.3.2 Coleta de dados/ MEJUD	45
4.3.3 Coleta de dados/ SGM²	46
4.3.5 Diferenças metodológicas entre os trabalhos referenciados	48
4.4 CLASSIFICAÇÃO ATC.....	49
5 APORTE TEÓRICO	51
5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	51
5.1.1 A saúde brasileira antes do SUS	51
5.1.2 O SUS a partir da Constituição Federal de 1988	52
5.1.3 Modelos mundiais norteadores	53
5.1.4 Financiamento da saúde no Brasil, desde antes da implantação do SUS.	54
5.1.5 Assistência farmacêutica no SUS	57
5.2 O SUS EM SUA COMPLEXIDADE	58
5.2.1 Pontos positivos e negativos do SUS, o seu legado	59
5.2.2 Perfil epidemiológico nacional em perspectivas de ontem, hoje e amanhã	60
5.2.3 Avanço tecnológico em saúde	62
5.3 PANORAMAS DA JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE.....	64
5.3.1 A situação no mundo	64
5.3.2 A situação no Brasil	65

5.3.3 A situação no estado de Santa Catarina	66
6 RESULTADOS	67
6.1 EVOLUÇÃO DAS DEMANDAS JUDICIAIS ENVOLVENDO A QUANTIDADE DE SOLICITAÇÕES E TIPOS DE PRODUTOS FORNECIDOS JUDICIALMENTE NO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2010 A 2018	67
6.1.1 Número de ações judiciais	67
6.2 GASTOS COM O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DEMANDADOS JUDICIALMENTE NAS MESORREGIÕES DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2010 A 2018.....	68
6.2.1 Descrição dos Gráficos A a I, constantes no Quadro 1:.....	68
6.2.2 Custos com o fornecimento de medicamentos e insumos demandados judicialmente nas mesorregiões do estado de Santa Catarina, no período entre 2010 a 2018	72
6.2.3 Comparativo anual dos gastos com medicamentos e insumos fornecidos para atendimento de demandas judiciais nas mesorregiões catarinenses	73
6.2.4 Dez municípios com maiores gastos com fornecimento judicial de medicamentos e insumos no estado de Santa Catarina.....	73
6.2.5 Dez municípios com maiores valores em fornecimento judicial de medicamentos e insumos no estado de Santa Catarina <i>per capita</i>.....	74
6.3 PRODUTOS COM MAIORES CUSTOS DE FORNECIMENTO DEMANDADOS JUDICIALMENTE EM SANTA CATARINA, 2010 A 2018	75
6.4 DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS RESPONSÁVEIS PELOS MAIORES CUSTOS NAS MESORREGIONAIS DO ESTADO SEGUNDO CATEGORIA ATC..	80
6.4.1 Concentração dos produtos de maiores valores demandados judicialmente na mesorregião da Grande Florianópolis segundo categoria ATC	80
6.4.2 Concentração dos produtos de maiores valores demandados judicialmente na mesorregião do Vale do Itajaí segundo categoria ATC	81
6.4.3 Concentração dos produtos de maiores valores demandados judicialmente na mesorregião Sul segundo categoria ATC	82
6.4.4 Concentração dos produtos de maiores valores demandados judicialmente na mesorregião Oeste segundo categoria ATC.....	83

6.4.5 Concentração dos produtos de maiores valores demandados judicialmente na mesorregião Norte segundo categoria ATC	83
6.4.6 Concentração dos produtos de maiores valores demandados judicialmente na mesorregião da Serra catarinense segundo categoria ATC	84
6.5 ELENCO DOS PRODUTOS MAIS DEMANDADOS JUDICIALMENTE	85
6.6 ELENCO DOS PRODUTOS IMPORTADOS JUDICIALIZADOS EM SANTA CATARINA	85
7 DISCUSSÃO	87
7.1 EVOLUÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SANTA CATARINA	87
7.2 DIFERENÇAS ENTRE OS VALORES PERTENCENTES ÀS COMPRAS PARA ATENDIMENTO DAS DEMANDAS JUDICIAIS E O CONSUMO EFETIVO DOS PRODUTOS JUDICIALIZADOS, SOB A LUZ DO INTERESSE PÚBLICO	90
7.2.1 Atendimento das demandas judiciais por medicamentos importados do estado de Santa Catarina.....	92
7.3 CUSTOS <i>PER CAPITA</i>	94
7.4 IDENTIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS ENVOLVENDO A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM TERRITÓRIO CATARINENSE	95
7.4.1 Judicialização da saúde por mesorregião do estado de santa catarina e a distribuição dos medicamentos segundo classificação ATC	95
7.4.2 Municípios responsáveis pelos maiores gastos com fornecimento judicial de medicamentos e insumos	99
7.5 O QUE PODE SER UM CAMINHO PARA A DIMINUIÇÃO DAS DEMANDAS JUDICIAIS EM SAÚDE	100
8 CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS	103
LISTA DE ANEXOS.....	119

1 INTRODUÇÃO

Livre de qualquer credo, mas no sentido de contextualizar cronologicamente o fenômeno da judicialização, disponibiliza-se, a seguir, trechos de texto pertinente, localizado em obra popular, cuja gênese é datada de mais de dois mil anos. Trata-se de uma das mais belas passagens bíblicas, que discorre sobre o Rei Salomão.

O trecho bíblico relata que o Rei Salomão (que fazia o papel de pessoa que julga), conhecido pela imensa vontade de ser justo, vê-se diante de duas mulheres disputando pela maternidade de uma criança, em uma relação onde a justiça não pode servir a dois propósitos (BÍBLIA, 1 REIS 3:16-23).

Na intenção de fazer justiça, o soberano refletiu e ordenou que o menino fosse dividido ao meio e que fosse entregue a metade da criança a cada uma das duas mulheres. Rapidamente, uma das mulheres exclama: “Por favor Rei Salomão, não faça isso, deixe o menino viver, prefiro que ele fique vivo com aquela mulher a vê-lo morto!” (BÍBLIA, 1 REIS 3:24-26).

Salomão, então, mandou que o menino fosse entregue à mulher que pedira de forma a deixar o menino com vida. No julgamento do Rei, esta era a mãe verdadeira (BÍBLIA, 1 REIS 3:26-28). O relato desse acontecimento incita algumas reflexões, uma delas é da justiça não pode servir a dois propósitos, sob pena de comprometer até a vida de quem for desfavorecido.

De forma semelhante e não menos impactante, nos últimos anos o poder judiciário foi chamado de forma contínua para se posicionar frente às demandas envolvendo ações e serviços de saúde (incluindo os pedidos de provimento de medicamentos) (BOING, 2013; LEITE et al., 2009; PEREIRA, 2010; SCHEREN; WERNKE; ZAGO et al., 2016; ZANIN, 2017).

Porém, a pasta da saúde, como é de conhecimento público, trabalha com orçamento e planejamento previamente estabelecidos, comprometendo o que deve ser o atendimento de milhares de pessoas ao atendimento milionário de poucos indivíduos, causando inúmeras discussões a respeito do que é o direito à vida e a quem este direito está garantido (OSHIRO, 2017).

Desta forma, ao considerar-se que já existe um orçamento para o cumprimento dos atendimentos em saúde e ao considerar-se que também já existe um

planejamento para garantir o acesso aos tratamentos, de quê dificuldade se fala? O que é realmente requisitado judicialmente?

Consoante Catanheide, Lisboa e Souza (2016), apesar das garantias constitucionais e das políticas públicas mais inclusivas tal como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), as ações judiciais que pleiteiam o acesso à saúde, à vida, têm tomado um contexto gigantesco na organização do sistema de saúde brasileiro.

Em não raros casos, o magistrado, baseado em direitos, como os fundamentais, passa a ser pressionado a efetivar o direito à saúde sem, contudo, ter capacidade técnica para avaliar os dilemas de sua decisão. Prova disso são as 13 mil liminares já expedidas em favor do fornecimento de fosfoetanolamina sintética por pressão popular e midiática (OSHIRO, 2017).

Lamprea (2017), observa que alguns autores de estudos envolvendo a judicialização da saúde em países onde a população tem renda elevada (Reino Unido, países escandinavos e os Estados Unidos), relatam que estes locais contam com políticas públicas eficientes e que seus sistemas de saúde conseguem inibir o surto de litígios, uma vez que são bem amparados do ponto de vista governamental e financiados por impostos.

Em território brasileiro, dados disponibilizados pela Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (INTERFARMA), relatam que os gastos federais com a cobertura das demandas judiciais em medicamentos, equipamentos e insumos no ano de 2010, foi da ordem de R\$ 139,6 milhões e, em 2014, de R\$ 800,00, milhões, um aumento de 500% e o valor de R\$ 2,1 bilhões no gasto acumulado no período (ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA, 2016, 2018).

Já no *ranking* dos gastos estaduais com a judicialização da saúde entre os anos 2013 e 2014 e relatado em auditoria federal como o terceiro estado brasileiro entre as lideranças na judicialização da saúde, o estado de Santa Catarina e alguns de seus municípios também passaram a ser assunto de intensa discussão, pesquisa e publicações sobre o tema (BRASIL, 2015; LEITE et al., 2009; PEREIRA, 2010; SCHEREN; WERNKE; ZAGO et al., 2016; ZANIN, 2017).

Entendendo a judicialização como fenômeno tão antigo como ilustrado em livro bíblico, porém, sob o olhar da praticidade e, na tentativa de trazer luz a tema de

interesse público e de debates tão frequentes, o presente trabalho se propôs a analisar o fenômeno da judicialização da saúde em cenário atual, catarinense, precisamente quanto à existência e mensuração dos impactos causados por este fenômeno, unificando o que já existe de discussão sobre este tema - partindo de um panorama mundial – na tentativa de elaborar um diagnóstico que justifique esta situação desenfreada.

Para contextualizar o funcionamento da saúde no Brasil sob a óptica da judicialização, traçaremos como foi criado, como funciona e como se reflete na sociedade (sobretudo aos que mais necessitam da gratuidade do serviço), o Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo dados e procurando fazer um paralelo entre o gasto público e privado, evidenciando as características positivas e negativas do funcionamento do sistema de saúde no Brasil, bem como compará-lo a outros países no mundo.

2 HIPÓTESE

A hipótese deste trabalho é de que é possível a redução das ações judiciais envolvendo fornecimento de medicamentos no estado de Santa Catarina e os custos que elas acarretam ao poder público estadual a partir do conhecimento do objeto dessas ações, dos gastos efetivos relativos aos seus atendimentos, das políticas públicas e seus cumprimentos e das estruturas envolvidas na distribuição e fiscalização de medicamentos no estado.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

Avaliar as ações judiciais para o fornecimento de medicamentos impetradas contra o estado de Santa Catarina, nas quais o estado foi réu no fornecimento e cumpriu com a decisão judicial no período compreendido entre 2010 a 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar os fatores de impactos financeiros no SUS que tendem a aumentar com o tempo, como o envelhecimento da população;
- Relacionar o avanço global em tecnologia à absorção deste progresso em território nacional;
- Registrar o número de ações judiciais ocorridas no estado de Santa Catarina, nas quais o estado foi réu no fornecimento em medicamentos entre os anos de 2010 e 2018;
- Elencar as mesorregiões do estado, onde o gasto com judicialização é maior, e identificar os municípios que mais gastam com o atendimento destas ações judiciais;
- Relacionar os medicamentos, com os quais o gasto via atendimento judicial é maior;
- Identificar os medicamentos que mais contribuíram para a existência de ações judiciais neste período determinado;
- Comparar a situação da judicialização em saúde no estado de Santa Catarina no decorrer dos anos com a situação em âmbito nacional;
- Contribuir para o debate e a busca por alternativas que possibilitem uma redução do número de ações judiciais para o fornecimento de medicamentos.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa aplicada, uma vez que traz os dados primários extraídos dos sistemas de informação do Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina (TJSC) e da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), os quais são equacionados e refletidos pela pesquisa (GIL, 1999).

Em relação à abordagem do problema, a pesquisa é tanto qualitativa quanto quantitativa, pois fundamenta-se sobre análises qualitativas que consideram as ciências da saúde como uma ciência social, mas, também, sobre dados estatísticos oficiais que embasam as reflexões.

A interpretação e organização dos dados da pesquisa, em parte, serão orientadas pelos critérios qualitativos fornecidos por Minayo (2012), servindo-se, contudo, de procedimentos quantitativos e estatísticos como gráficos, tabelas e quadros.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Ao abordar-se ética em pesquisa, considerou-se a legislação vigente, mais especificamente a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que é o texto orientador, disponibilizado pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição coparticipante – SES/SC.

O presente trabalho versa sobre a análise dos dados fornecido pela SES/SC no âmbito das ações judiciais, onde o estado é réu e onde o objeto da ação é o medicamento. São ações individuais e coletivas, nas quais o estado financia o acesso ao medicamento desde sua aquisição, incluindo toda a logística até o destinatário final.

Dos dados fornecidos pelas instituições coparticipantes, em momento algum é utilizada qualquer identificação do paciente litigante na confecção deste trabalho, e os dados são fornecidos são os seguintes: nome do paciente, todas as datas (de registro, suspensão do paciente e as quais o estado forneceu o medicamento), nome do município ou mesorregião para o qual o medicamento/insumo foi enviado, Descrição Comum Brasileira (DCB), quantidade/apresentação/concentração do medicamento e valores gastos para o atendimento dessas demandas. Sendo assim,

em conformidade à Resolução, o presente trabalho não fere os preceitos éticos de acordo com a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

Porém, para além de não ferir preceitos éticos, esta equipe buscou todas as autorizações legais necessárias para a confecção desta pesquisa. Em um primeiro momento o projeto foi submetido à análise do, então, gestor estadual em saúde de Santa Catarina, Dr. Vicente Augusto Caropreso, que assinou o termo denominado termo de autorização e compromisso para uso de dados, que foi o documento que veio a autorizar a coleta, análise e publicação dos dados aqui apresentados em forma de trabalho acadêmico e dos desdobramentos que o mesmo possa assumir. Este termo, devidamente assinado, está disponível para apreciação no Anexo C deste trabalho.

A seguir, na continuidade do processo de legalização e respeito aos preceitos éticos, o projeto foi encaminhado para o comitê de ética e pesquisa da SES/SC (CONEP/SC) pelo fato do mesmo estar na condição de membro coparticipante deste trabalho, sendo encaminhado posteriormente à Plataforma Brasil, que é a base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos indicada pelo Ministério da Saúde para a realização de investigações envolvendo seres humanos, obtendo posicionamento favorável e de aprovação de ambas as instituições sob forma de Parecer Consubstanciado que está registrado sob o número 2.268.762, como é possível verificar no Anexo D deste documento.

4.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

4.3.1 Coleta de dados - número de ações judiciais

Na tentativa da obtenção do quantitativo concernente às ações judiciais impetradas contra o estado de Santa Catarina onde o objeto da ação é o medicamento/insumo, o primeiro caminho percorrido neste sentido foi a solicitação dos dados à equipe da Corregedoria Geral da Justiça (CGJ), TJSC, responsável pela disponibilização das planilhas contendo as ações em primeira instância, por meio da Lei Nº 12.527/ 2011, Lei de Acesso à Informação (LAI) (BRASIL, 2011).

Desta forma, foi gerado um relatório dos processos ajuizados contra o estado de Santa Catarina no período de 2010 a 2018, a partir do banco de dados do Sistema de Automação da Justiça/ Primeiro Grau (SAJ5/PG) com os assuntos:

- 10.069 - Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos;
- 11.884 - Fornecimento de Medicamentos.

Em seguida, surgiu a necessidade da totalização do número de ações judiciais impetradas contra estado de Santa Catarina onde o objeto da ação é o medicamento/insumo, e esta complementaridade só foi possível com a disponibilização das planilhas contendo as ações de segunda instância, pela Secretaria Estatística das Instâncias Recursais do TJSC. A pesquisa do TJSC foi realizada por meio da Consulta de Processos - Avançada no Sistema de Automação da Justiça de Segundo Grau (SAJ/SG5), com os processos cadastrados entre 01/01/2010 a 31/12/2018 e foram utilizados os seguintes critérios:

- 10.069 - Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos;
- 11.884 - Fornecimento de Medicamentos.

Ainda assim, iniciado o estudo do material concernente à judicialização da saúde, foi necessária a realização de algumas entrevistas e solicitou-se outras informações aos atores envolvidos no processo (SES/SC, Ministério Público, Tribunal de Justiça).

4.3.2 Coleta de dados/ MEJUD

Para a realização desta pesquisa foram consultados e analisados os dados existentes no Sistema de Medicamentos Judiciais (MEJUD), da Gerência de Bens Judiciais (GEJUD), vinculada à Diretoria de Logística (DLOG), pertencente a Superintendência de Compras e Logística da SES/SC.

O MEJUD é o registro estadual das informações concernentes às ações de judicialização da saúde em que o estado de Santa Catarina foi obrigado legalmente a

fornecer medicamentos aos impetrantes. Os dados, objetos deste trabalho, referem-se a ações judiciais ocorridas entre o período de 2010 a 2018 por medicamentos.

4.3.3 Coleta de dados/ SGM²

Para a coleta de dados do quantitativo referente às entradas e saídas dos medicamentos e insumos para o atendimento das ações judiciais (segundo relato de funcionário da SES/SC, o qual encaminhou as planilhas) foi utilizado o *software* Sistema de Gestão de Materiais e Medicamentos (SGM²) por meio da ferramenta *Business Intelligence* (B.I.), onde foi selecionado o módulo “Recebimento” para acesso às entradas das notas fiscais de compra destes produtos e o módulo “Saída” para a coleta dos dados concernentes aos itens e valores destas remessas para as Agências de Desenvolvimento Regional (ADR) – anteriormente denominadas Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR), agrupadas por município, para efeito deste estudo.

4.3.4 Análise dos dados para confecção dos gráficos e tabelas

Os dados utilizados neste trabalho foram encaminhados da SES/SC à equipe deste trabalho por meio de pastas eletrônicas contendo planilhas de Excel® (Microsoft® Office Excel), que é para onde migram os dados dos softwares da SES/SC, SGM² e MEJUD, na necessidade de análise deles.

Uma das pastas foi denominada Mesorregião (nome aleatório utilizado pelo funcionário da SES/SC para simples identificação do documento). Esta pasta contém dez planilhas eletrônicas de Excel® e cada uma destas planilhas têm características próprias e estão dispostas da seguinte forma:

Planilha 01: Chamada Mesorregião é composta de duas colunas, Município e Mesorregião, respectivamente, e, também, 295 linhas.

A partir desta planilha foi possível agrupar os municípios às mesorregionais correspondentes.

A partir da planilha 2, os nomes correspondem a cada ano desta pesquisa e estão estruturadas da seguinte forma:

Planilha 02: Denominada 2010, contém três colunas denominadas Município (contendo o nome do município), Item (nome do medicamento e sua concentração

e/ou o insumo judicializado), Valor (valor aproximado de custo dos itens) e 15.719 linhas.

Planilha 03: 2011, Colunas (Município, Item e Valor) e 16.342 linhas.

Planilha 04: 2012, Colunas (Município, Item e Valor) e 17.457 linhas.

Planilha 05: 2013, Colunas (Município, Item e Valor) e 20.187 linhas.

Planilha 06: 2014, Colunas (Município, Item e Valor) e 21.555 linhas.

Planilha 07: 2015, Colunas (Município, Item e Valor) e 25.181 linhas.

Planilha 08: 2016, Colunas (Município, Item e Valor) e 24.939 linhas.

Planilha 09: 2017, Colunas (Município, Item e Valor) e 26.470 linhas.

Planilha 10: 2018, Colunas (Município, Item e Valor) e 26.023 linhas.

Com base nestas planilhas originárias e utilizando-se ferramentas próprias do software Excel® (filtros) para cruzamento dos dados, foi possível fazer o levantamento de todos os valores utilizados na confecção deste trabalho, desde os gastos ano a ano (2010 a 2018), o gasto total nos municípios (onde, por exemplo foi possível segregar os dez municípios que apresentaram os maiores gastos), as mesorregiões do estado, até os medicamentos de maiores custos.

Assim, também para a confecção do gráfico referente aos valores judicializados *per capita*, segregou-se os dez municípios onde os gastos acumulados entre os anos de 2010 a 2018 foram maiores e dividiu-se pela população municipal estimada da cidade em questão (projeção IBGE para 2018).

Também foi encaminhada uma segunda planilha, muito semelhante a primeira em formato, mas com dados diferentes. Esta segunda planilha, denominada aleatoriamente pelo funcionário da SES/SC como Todos Registros de Pacientes 2010 a 2018, foi extraída por meio de relatório de Listagem dinâmica do sistema MEJUD na qual todas as situações de cadastro do sistema foram selecionadas.

O período de busca utilizado compreendeu o período de 01/01/2010 a 31/12/2018 e a planilha pode ser descrita da seguinte forma: Coluna A - informa o nome do paciente, Coluna B - Quando o paciente foi cadastrado no sistema Coluna C - Situação atual do paciente (ativo, suspenso, suspensão da liminar, excluído), Coluna D - Data de quando o paciente foi suspenso (para os pacientes que ainda estão ativos essa informação estará em branco), Coluna E - Motivo pelo qual paciente foi

suspenso/excluído, Coluna F - Item Cadastrado para o paciente, Coluna G - Nomenclatura do item, Coluna H - Quantidade cadastrada, Coluna I - Periodicidade cadastrada, Coluna J - Município de residência.

Com esses dados e utilizando filtros e classificações do próprio Excel®, novamente foi possível levantar as informações necessárias para a continuidade desta investigação (itens com pacientes cadastrados em determinado ano, por exemplo).

É importante registrar que toda a compilação e filtragem destes dados foram ações muito trabalhosas. As planilhas resultantes da primeira planilha originária (planilha originária denominada Mesorregiões), chegou a assumir o formato de mais de cem mil linhas e a segunda planilha (denominada Todos Registros de Pacientes 2010 a 2018), possui, originalmente 146.874 linhas. É importante ressaltar que não existem erros nestes momentos de análise, pois todo o processo foi conferido por toda esta equipe à exaustão.

A seguir, os dados compilados foram transferidos para o programa GraphPad® versão 5.0 (GraphPad Software Inc., La Jolla, CA, EUA), onde foram confeccionados os gráficos que estão dispostos nos resultados desta pesquisa.

4.3.4 Levantamento bibliográfico

Os dados de revisão da literatura foram levantados em artigos especializados publicados no período de 2012 a 2018, em sites como os da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) a partir de fontes como *Lilacs*, *Bireme*, *Medline*, *PubMed* e *SciELO*.

Os artigos foram selecionados a partir do descritor em português *judicialização da saúde*, *judicialization health* em inglês e *judicialización de la salud* em espanhol. Foram acrescentados com correspondentes em inglês, francês e espanhol os descritores “direito fundamental à saúde”, “saúde pública” e “legislação em saúde”. Também foram consultados sites oficiais em saúde e justiça, além de guias e manuais jurídicos concernentes aos problemas de judicialização.

4.3.5 Diferenças metodológicas entre os trabalhos referenciados

Em relação aos estudos publicados anteriormente no estado de Santa Catarina e publicações oficiais que também foram utilizados como referência nesta discussão, dois trabalhos relatam valores diferentes em gastos aos atendimentos das demandas judiciais.

Trata-se de diferentes tipos de abordagem, de valores que foram contabilizados com objetivos diferentes, mediante metodologias distintas. Em Pereira (2006), e também relatado por Boing (2008), o sistema MEJUD ainda não fazia parte da realidade operacional da SES/SC e a análise dos valores monetários utilizados em sua pesquisa (que também são referentes ao atendimento das ações pleiteando medicamentos), se deu por meio das notas de entrada das compras realizadas pela secretaria.

Já o relatório de auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU), que também apresenta alguns dados divergentes deste trabalho, não traz relatado sobre quais os *softwares* foram utilizados em sua pesquisa. Além disso, os valores discutidos ali, são de aquisição de medicamentos e insumos para atendimento das ações judiciais, diferindo do presente trabalho, que analisa apenas o que é pertinente aos gastos registrados a partir do controle da emissão de notas em favor dos beneficiários das ações (BRASIL, 2015).

Assim, no presente estudo, identificamos os valores gastos com fornecimentos efetivos de medicamentos e insumos, que são os valores do que realmente foi enviado ao paciente, isto é: o que saiu do almoxarifado da SES/SC para atendimento das demandas judiciais no período analisado.

4.4 CLASSIFICAÇÃO ATC

No decorrer da discussão dos resultados e com a ideia de melhorar a visualização desta, optou-se por associar os medicamentos segundo classificação *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)*, classificação considerada padrão ouro pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no sentido do monitoramento e da pesquisa internacional de utilização de medicamentos. Sendo assim, os produtos foram classificados segundo seus dois primeiros níveis: grupo anatômico principal e subgrupo terapêutico, conforme o que se considerou mais apropriado para cada situação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

5 APORTE TEÓRICO

5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

5.1.1 A saúde brasileira antes do SUS

O sistema de saúde brasileiro já passou por algumas configurações até chegar ao modelo atual. Configurações estas, que foram desenhadas com a união da visão dos gestores brasileiros às necessidades em saúde no decorrer da história. No início do século XX as ações em saúde que imperavam em território brasileiro eram ações com o foco em vacinação e controle de endemias (MATTA; MOROSINI, 2009).

Diante da necessidade de cobertura assistencial aos trabalhadores formais surge, em 1966 (criado pelo governo militar), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), desdobrado posteriormente em uma autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (FLEURY, 1998; MATTA; MOROSINI, 2009).

Desta forma, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social (cerca de 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares), por meio de convênio. Um benefício que aparentava mais um seguro que propriamente um direito, uma vez que dependia de vínculo empregatício. Com a necessidade de uma cobertura aos demais cidadãos, surge, nesta lacuna, o intervalo que ficará conhecido como o berço dos planos de saúde privados (BRASIL, 2018a; FLEURY, 1998; MENICUCCI, 2014).

É neste momento que, segundo Paim (2009), emerge o movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB), trazendo o seguinte mote como definição de saúde: “Saúde é a resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, posse de terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986; SILVEIRA, 2008).

Tal amplitude deste consenso sobre saúde, remonta a uma nova perspectiva para o assunto, já tão citado, conhecido e discutido, mas que ainda era entendido sob a antiga definição da OMS, datada de 1948: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 1946).

Em direção progressiva na linha do tempo, encontra-se o relato de diversos movimentos sociais e reivindicatórios acontecendo por volta dos anos 1980 (AMARANTE; NUNES, 2018; GARRIDO, 2016; PAIM, 2008, 2013).

Este momento histórico, que conta com a participação de diversos setores sociais com intenções mais inclusivas, fica conhecido como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que terá seus propósitos materializados a partir de 1986, em Brasília/DF, na VIII Conferência Nacional de Saúde, movimento gigantesco, que dará voz à população e luz à concretização das políticas públicas de saúde (GARRIDO, 2016; PAIM, 2009, 2018).

5.1.2 O SUS a partir da Constituição Federal de 1988

Com o movimento denominado “Diretas Já” e a consequente abertura política do Brasil, observa-se que a gênese do artigo constitucional estruturante de toda a política de saúde pública nacional pode ser considerada como a tradução dos anseios e necessidades populares devidamente relatados e registrados em documento denominado Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Logo, uma conquista (BRASIL, 1986; OSHIRO, 2017).

É diante desta reconstrução social que também nascem os textos dos artigos 196 a 200 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF-88), redigidos a partir da propositura das 49 reivindicações acordadas em três grandes temas:

1. Saúde como Direito;
2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde;
3. Financiamento Setorial (OSHIRO, 2017).

Assim, com a enunciação de “promoção, proteção e recuperação da saúde”, enuncia-se também a integralidade da assistência, algo que não existia até o momento, mas que hoje é apontada por diversos autores como uma das responsáveis pelo aumento do litígio em saúde (AGUIAR; SANTOS, 2016; INTERFARMA, 2016).

Desta maneira, temos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Desta mesma forma e no afã de compilar os anseios populacionais e na tentativa de traduzi-los em benesses, foram redigidos os outros artigos constitucionais referentes à saúde (198 a 200), que tornam públicos os princípios e diretrizes do SUS, criado e regulamentado no período dos dois anos seguintes, por meio das Leis Orgânicas do SUS (LOS) 8.080/1990 e 8.142/1990 (BRASIL, 1990a; 1990b).

5.1.3 Modelos mundiais norteadores

Mesmo diante das tantas diferenças existentes entre estes povos (seus colonizadores, formas de governo e distribuição de renda), países como o Reino Unido, Suécia, Portugal, Itália, Canadá, Cuba e Chile, serviram de base ao desenho inicial do SUS no Brasil que, numa equiparação entre sistemas de saúde, priorizam a atenção primária, o acesso universal e o cuidado às famílias (SANTOS; MELO, 2018). Entretanto, três países conseguem destaque como exemplos para o SUS:

Canadá: Caracterizado pela descentralização da gestão (cada província e território possui seu próprio plano de saúde) e, mesmo diante de sua dimensão territorial ou até por este motivo, possui abrangência e gratuidade de cobertura da maioria dos serviços prestados (garantido para os tratamentos considerados clinicamente necessários). Outra característica marcante e assemelhada ao Brasil, é que possui coparticipação dos entes federativos no seu financiamento ainda que, no Canadá, este financiamento seja quase totalmente público (CAMPOS, 2006; SANTOS; MELO, 2018).

Reino Unido: O sistema de saúde do Reino Unido atende pela denominação de National Health Service (NHS), possui grande participação pública em seu financiamento e, mesmo diante de algumas crises¹, é considerado modelo de socialização dos serviços de saúde (CAMPOS, 2006; SILVEIRA, 2008).

¹ As crises que atingem o NHS, são diferentes das crises que atingem o SUS. A última crise que atingiu o sistema de saúde do Reino Unido em 2018, é atribuída ao recesso financeiro que atingiu a Europa

Mundialmente reconhecido pela sua resolutividade, o NHS possui acesso universal e gratuito, baseado nos princípios da equidade e integralidade, lançando mão de estratégias que trazem a regionalização dos serviços de saúde como meio para conseguir a integralidade e complementaridade da atenção em saúde, mas seu financiamento apresenta crescente participação do setor privado (CAMPOS, 2006; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018; SILVEIRA, 2008; TANAKA, 2007).

Cuba: Com financiamento totalmente estatal, seu sistema de atendimento visa a integralidade de atendimento e, como no Brasil, a atenção médica atua de forma dividida em graus de complexidade (FERREIRA *et al.*, 2014; SANTOS; MELO, 2018). Talvez a maior contribuição da medicina cubana para o SUS seja a medicina de família (há uma policlínica e um consultório do médico de família para cada 720 indivíduos) (FERREIRA *et al.*, 2014; SILVEIRA, 2008).

Podemos notar ainda algumas semelhanças entre os textos constitucionais entre Brasil e Cuba, que são os textos precursores de suas políticas públicas, vindo a corroborar com a discussão do presente trabalho:

Saúde como um direito do povo e um dever e responsabilidade do Estado; Garantia da saúde a cada cidadão, pelo Estado; A medicina com uma base profundamente profilática, curativa, integral; Garantia da atenção à saúde através da Medicina Familiar: Desenvolvimento, em todos os níveis de Saúde Pública, de um processo de integração da assistência, docência e investigação (SILVEIRA, 2008).

Ainda em relação a criação do SUS frente seu impacto mundial, nas palavras de Leme (2010): “Um sistema revolucionário que buscou romper com o neoliberalismo que se instalava em toda a América Latina e que vinha rompendo com a lógica do *Welfare State*”.

5.1.4 Financiamento da saúde no Brasil, desde antes da implantação do SUS

em 2009, e ao colapso dos atendimentos diante de uma das maiores epidemias de gripe dos últimos anos, porém este sistema conta com intensa defesa popular pela sua permanência, ao contrário do SUS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

Antes da regulamentação do que viria a ser o orçamento da saúde previsto pela CF-88 (idos de 1980), os recursos existentes partiam: 1 - da previdência social, para cobrir a assistência aos trabalhadores formais em relação aos benefícios previdenciários, assistência social e atenção médico-hospitalar e 2 – de recursos provenientes do orçamento fiscal, que custeavam as ações em saúde coletiva (PIOLA et al., 2013; SALVADOR, 2017).

Porém, a nova Constituição Federal traz em seu texto a previsão de um novo tipo de orçamento, baseado no conceito de seguridade social e a garantia do mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para o provisionamento da pasta saúde (PIOLA et al., 2013; SALVADOR, 2017).

Entretanto, diferente do preconizado pela legislação, o valor monetário dos 30% da OSS, que deveria ser repassado ao SUS, foi desviado para outros programas sociais tomados como prioritários, como o que aconteceu com o que era arrecadado com a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que até trouxe certo fôlego aos gestores da saúde, mas nunca disponibilizou mais de 1/3 da sua capacidade para o fomento da pasta (PIOLA et al., 2013; SALVADOR, 2017).

Seguindo a linha do tempo, nos anos 1990, há nova movimentação na legislação pertinente ao financiamento da saúde com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e, mesmo com o SUS atendendo a pelo menos 70% da população com serviços de assistência à Saúde, legaliza-se, então, às empresas dos planos privados, os abonos fiscais (MENICUCCI, 2014; PIOLA et al., 2013).

De forma contínua, outras emendas e projetos de lei vêm alterando significativamente o financiamento do SUS, a exemplo da Emenda Constitucional 29 (EC-29), outro marco importante neste processo, delimitando percentuais mínimos de recursos orçamentários onde a União, Estados, Distrito Federal e Municípios destinam valores à saúde, tendo por base de cálculo o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) (CAMPELLI, 2007; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011, 2015).

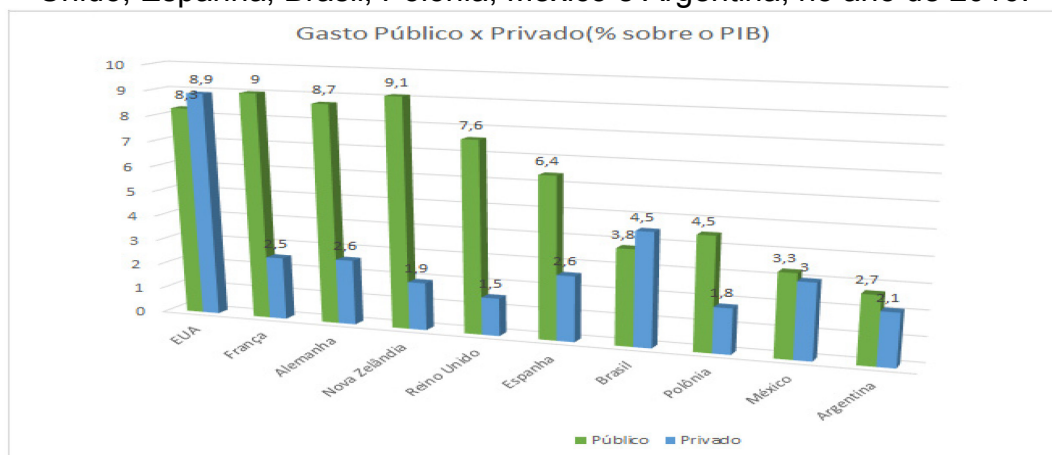
Na contramão do progresso e, nas palavras de OSHIRO (2017), “de legitimidade política duvidosa”, foi aprovada a Emenda Constitucional 95/2016 (EC-95/2016), originária do Projeto de Emenda Constitucional de número 241 (PEC 241) (popularmente conhecida como PEC da morte), que congela por duas décadas os

gastos públicos em saúde e educação, predestinando saúde e educação à precarização dos seus serviços (ANDRADE et al., 2018; ARAÚJO, 2018; OSHIRO, 2017).

No corolário de problemas do SUS, o seu financiamento é um dos maiores desafios, recebendo atualmente em torno de 1,7% do Produto Interno Bruto (PIB) e, somado aos montantes originários e complementares relativos aos Estados e Municípios, o valor total de seu financiamento chega a flutuar entre 3,6% e 3,9% (ANDRADE et al., 2018; INTERFARMA, 2018; SALERNO; MATSUMOTO; FERRAZ, 2018).

Este percentual está muito abaixo dos sistemas de saúde mundiais de boa qualidade, que aplicam de 7% a 8 % do PIB, como é possível observar no gráfico constante da Figura 1, gerado a partir de valores de investimento público e privados em saúde, e que nos traz o panorama atual deste tipo de situação no Brasil e no mundo (ANDRADE et al., 2018; INTERFARMA, 2018; SALERNO; MATSUMOTO; FERRAZ, 2018).

Figura 1 - Gráfico relativo ao percentual do PIB aplicado em gastos públicos e privados nos países em sequência: EUA, França, Alemanha, Nova Zelândia, Reino Unido, Espanha, Brasil, Polônia, México e Argentina, no ano de 2016.



Fonte: Interfarma - Guia 2017 (2018).

A partir deste gráfico, é possível perceber a elevada participação do setor privado no financiamento do sistema de saúde brasileiro e compará-lo ao de outros países, evidenciado o subfinanciamento público brasileiro e, por consequência, o

comprometimento dos serviços ofertados, insuficiência, falta e/ou baixa qualidade deles.

Outro ponto importante evidenciado partir da Figura 1, é o comprometimento da renda familiar no custeio destes planos privados, pois mesmo com a participação governamental, grande parte deste gasto parte do desembolso particular, comprometendo a renda familiar e a qualidade de vida, pois diminui o seu poder de compra (ANDRADE et al., 2018; BOING, 2008; GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

5.1.5 Assistência farmacêutica no SUS

Acompanhando toda as mudanças no sistema de saúde brasileiro no decorrer dos anos, a assistência farmacêutica é articulada junto a todo este processo com o registro de sua gênese na esfera pública caracterizada por ações de caráter centralizador (BRASIL, 1998; Conselho Federal de Farmácia, 2010).

Respondendo às necessidades de complementaridade existentes na área, a partir da LOS 8.080/90 surgem os seus desdobramentos. Dentre as medidas tomadas no sentido da melhoria da integralidade do atendimento, surgem, neste contexto, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e, por conseguinte, a PNAF, mediante publicação da Resolução nº 338/2004 (BRASIL, 2004).

Considerada estrutural na manutenção dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, a PNAF trabalha em ações nas políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras (BERMUDEZ, 2018; CHIEFFI, 2017; LEITÃO *et al.*, 2016).

Embasada nos princípios e diretrizes do SUS, a PNM fomenta, ainda, a listagem de medicamentos essenciais em todas as esferas da gestão pública, na qual é possível encontrar os medicamentos considerados essenciais para atendimento dos agravos em saúde de acordo com as realidades epidemiológicas regionais. Desta forma, é publicada em 2006, a primeira Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que passa por atualizações baseadas em evidências, por intermédio de revisões periódicas (BRASIL, 1998, 2013; CHIEFFI, 2017; LEITÃO *et al.*, 2016).

Logo em seguida e no sentido da garantia da integralidade do tratamento, a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), passam a ter sua adoção recomendada aos gestores de todo o país (BERMUDEZ, 2018; Conselho Federal de Farmácia, 2010).

O financiamento das ações e serviços de saúde ficou balizado pela Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2.007, que estava estabelecido na forma de blocos de financiamento da seguinte maneira:

- Atenção Básica;
- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica;
- Gestão do SUS.

O bloco de financiamento para a assistência farmacêutica estava estruturado da seguinte forma:

- Componente básico da assistência farmacêutica;
- Componente estratégico da assistência farmacêutica;
- Componente de medicamentos de dispensação Especializado (antigo excepcional).

Porém, desde o ano de 2017 os blocos de financiamento estão extintos pela Portaria nº 3.992, de 28/12/2017, que trata de forma separada o fluxo orçamentário do fluxo financeiro, criando dois grandes blocos de transferência dos recursos:

[...] os recursos para custeio serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de custeio e os recursos para investimentos ainda não contemplados com repasse serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de investimento (BRASIL, 2018b).

5.2 O SUS EM SUA COMPLEXIDADE

5.2.1 Pontos positivos e negativos do SUS, o seu legado

Segundo Paim (2009, 2018), o SUS vai além do atendimento em saúde propriamente dito, ele dispõe de uma rede de instituições de ensino ampla e articulada e que dialoga com todos os meios sociais.

Como legados do SUS e exemplos para o mundo, temos diversas construções: Desde o sistema nacional de transplantes, que tem a maior produção mundial de transplantes realizados em sistemas públicos de saúde do mundo (25 mil em 2017), contemplando os sistemas de vigilância em saúde, vigilância sanitária, assistência farmacêutica e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2018a).

Consoante a estas proposições, o relatório de gestão 2017 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), traz que o atendimento e cobertura das ações e serviços em saúde no Brasil tem saldo crescente no decorrer dos últimos anos, corroborando com algumas proposituras deste tipo de sistema (BRASIL, 2018a).

Este relatório também traz dados sobre internações hospitalares no Brasil do período que compreende janeiro a outubro de 2017, onde os hospitais públicos respondem pela maior parcela do número total dessas internações (4.392.461), seguido pelos hospitais sem fins lucrativos (3.548.989) e hospitais com fins lucrativos (565.288), respectivamente (BRASIL, 2018a).

Ainda, segundo o Relatório de Gestão 2017, foram habilitadas 2.022 novas equipes de atenção básica, doadas 404 ambulâncias do Programa SAMU 192 para renovação da frota (que alcançou cobertura populacional de 82%), habilitados R\$ 2, 3 bilhões para implantação de novos leitos, realização de cirurgias eletivas e implantação de novos serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2018a).

Entretanto, existem as dificuldades, os desafios para este sistema tão complexo e que não são apenas de ordem técnica e vão além do subfinanciamento e da sub-regulação, estão intimamente ligados à subjetividade, às concepções (PAIM, 2018; PORTELA, 2013).

Entre os desafios do SUS, desde a heterogeneidade da sua gente, distribuída em um país de dimensões continentais e com indicadores de saúde distintos em várias regiões, ainda impera a dificuldade no sentido da assertividade das ações em saúde,

na elaboração de políticas públicas abrangentes, descentralizadas, sobretudo no sentido da integralidade do atendimento (ANDRADE et al.,2018; PAIM, 2018; PORTELA, 2013).

Ainda, para além deste discurso, segundo Paim (2016) e Portela (2013), o maior problema do SUS é político.

5.2.2 Perfil epidemiológico nacional em perspectivas de ontem, hoje e amanhã

Dentro de uma perspectiva de linha do tempo, olhando-se na direção do hoje ao amanhã, o Brasil atravessa o que se chama em saúde pública em fase de 'transição epidemiológica', o que na verdade é um fenômeno mundial e que caracteriza-se por maior prevalência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), compreendendo as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e do diabetes mellitus, que ainda levaram a óbito em 2015, no Brasil, 51,6% da população de 30 a 69 anos (DAUDT, 2013; DISTRITO FEDERAL, 2018).

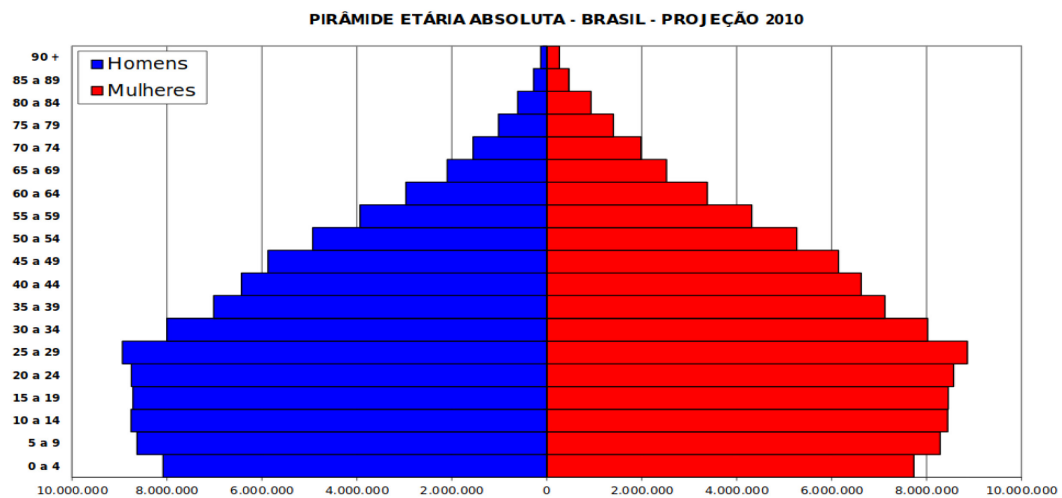
Segundo informes divulgados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS, indivíduos obesos, sedentários e fumantes estão mais propensos a desenvolver algum tipo de DCNT (responsáveis por 72% das causas de mortes no Brasil). Porém, nem todos os fatores de risco são evitáveis, como o envelhecimento, por exemplo (DISTRITO FEDERAL, 2018; OPAS/OMS, 2017, 2018).

Se, em 2008, os idosos representavam 9,5% da população nacional, no ano de 2016 a expectativa de vida estava em torno de 71/79 anos, esperando-se para 2050, que este grupo represente 30% da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Segundo estes dados, a representação desta população em forma de pirâmide etária é uma imagem semelhante àquelas dos países Europeus na atualidade, mostrando que, neste período, o Brasil poderá tornar-se um dos países com o maior número de idosos do mundo (BALDONI; PEREIRA, 2011).

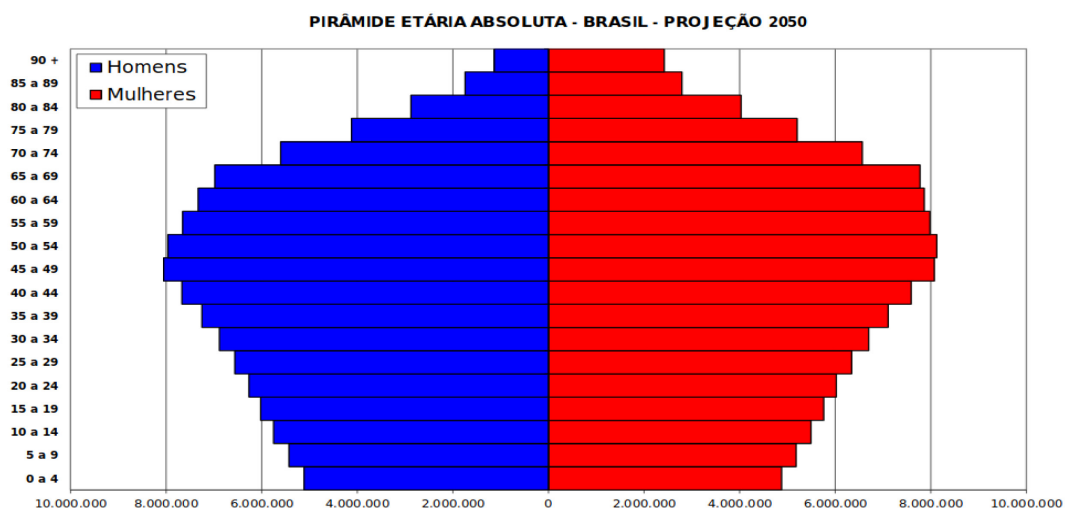
As figuras a seguir representam o perfil da pirâmide populacional brasileira estimadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os anos de 2010 e 2050.

Figura 2 - Pirâmide populacional brasileira no ano de 2010.



Fonte: IBGE- Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060 (2013, p. 27).

Figura 3 – Projeção da pirâmide populacional brasileira no ano de 2050.



Fonte: IBGE- Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060 (2013, p. 31).

Segundo levantamento recente do Ministério da Saúde, o país conta com cerca de 29,3 milhões de pessoas com mais de 60 anos e 75% destes idosos dependem exclusivamente do SUS para acompanhamentos e tratamentos (BRASIL, 2018c).

Estes estudos ainda revelam que 93,1% da população com mais de 60 anos realizou pelo menos uma consulta na rede e 10,2% foram hospitalizados (BRASIL, 2018c). Logo, faz sentido prospectar um maior consumo de medicamentos e de serviços para atendimento da demanda crescente em saúde, sobretudo demandas

relativas às DCNTs, doenças intrinsecamente ligadas à velhice, incluindo a incapacidade.

5.2.3 Avanço tecnológico em saúde

Corroborando às perspectivas em relação às pirâmides etárias e às DCNTs, empresa líder mundial de informações integradas e prestação de serviços de saúde baseados em tecnologia, a *Quintiles IMS (Quintiles IMS Holding, Inc.)*, traz análises e expectativas de desempenho do setor que foram apresentadas no Fórum Expectativas 2018, realizado pelo Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo (SINDUSFARMA), no qual consta o registro de que o mercado farmacêutico global foi impulsionado pelos medicamentos para diabetes (15%), oncológicos (15%), hepatite (13%) e doenças autoimunes (11%), no período de 2014 a 2016, com estimativa de crescimento para o mercado mundial de 4% a 7% até 2021, alcançando faturamento de US\$ 1,2 trilhão (SINDUSFARMA, 2017).

Com o advento da tecnologia há, naturalmente, maior oferta de medicamentos e serviços que busquem acompanhar e satisfazer as necessidades de saúde do indivíduo e com a proposta de uma abordagem realmente individualizada. Tais fatos, causarão, sem dúvidas, grande impacto e desafios para a manutenção do SUS para atender uma população cada vez mais envelhecida.

Acompanhando o avanço científico e consenso em várias comunidades científicas e regulatórias, a medicina personalizada é considerada outro avanço importante no sentido da continuidade da vida sem a perda de sua qualidade (*FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, 2016*).

Publicação da revista *Nature* (2013), já apontava as novas diretrizes para a implementação da farmacogenética no desenvolvimento de medicamentos sob uma perspectiva mundial e em defesa da aplicabilidade da medicina personalizada, com ênfase em farmacocinética clínica.

Concomitantemente à necessidade, os investimentos por parte das indústrias no setor de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) crescem sobremaneira, alcançando 29% de todo o investimento mundial de capital de risco em oncologia (cujo retorno financeiro é maior), porém também com investimentos em atendimento à demanda para doença de Alzheimer, doenças cardiovasculares, esclerose múltipla, *Human*

Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/Aids), artrite reumatoide, entre outras (SALERNO; MATSUMOTO; FERRAZ, 2018).

Segundo informações da Sociedade Americana de Câncer (*American Cancer Society - ACS*), somente no ano de 2017, o *Food and Drug Administration (FDA)* aprovou 16 tipos de medicamentos novos e que têm sua eficácia comprovada mediante estes tipos de exames, desenvolvidos e relacionados ao tratamento do câncer, sendo 12 anticorpos monoclonais (ACS, 2016).

No acompanhamento desta situação tecnológica, dados da INTERFARMA e Instituto Quintiles IMS, trazem a informação de que as vendas globais de biofármacos superaram US\$ 250 bilhões em 2016 e a inovação em medicina especializada continuará a maior responsável por metade dos gastos em medicamentos nos EUA e EU5 (França, Alemanha, Itália, Espanha e Reino Unido) nos próximos anos (INTERFARMA, 2018).

Estes gastos, impulsionados pelos medicamentos inovadores em tratamentos para oncologia, doenças autoimunes e diabetes, ratificam o posicionamento de estudos internacionais citados anteriormente neste trabalho, mas com a seguinte ressalva: “Nas economias emergentes, a preocupação maior é o equilíbrio entre acesso e a capacidade do fundo público arcar com despesas crescentes” (INTERFARMA, 2018).

Em cenário nacional, as empresas, caracterizadas pela grande dependência de fontes externas de insumos, capital e tecnologia, se mostram tímidas em relação ao poder competitivo industrial internacional, principalmente no tocante à internalização de plataformas tecnológicas baseadas nos avanços da biotecnologia (TIGRE; NASCIMENTO; COSTA, 2016; VARGAS et al., 2013).

Sendo assim, apesar dos aumentos de investimento em P&D e diante da insistente precariedade da indústria nacional frente ao cenário industrial farmacêutico mundial, cresce no Brasil a necessidade de importação de novas tecnologias em relação à saúde, constituindo-se a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), como órgão regulador para esta demanda (BRASIL, 2011b).

Além das várias atribuições deste órgão, organizado e hierarquizado de acordo com a disposição de suas várias secretarias, o que é definido como seu principal

objetivo estratégico chama particularmente a atenção: “Contribuir para a qualificação das decisões judiciais e para a redução da judicialização do direito à saúde no país” (BRASIL, 2011c).

5.3 PANORAMAS DA JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE

5.3.1 A situação no mundo

Ao observar-se a trajetória global dos direitos adquiridos, o amadurecimento das sociedades com o reconhecimento dos direitos civis e, por fim, o fenômeno da globalização, é mais fácil entender que o desdobramento do direito no sentido de assegurar saúde, não é um evento geograficamente isolado (OSHIRO, 2017).

Estudos apontam o surgimento dos registros dos primeiros litígios envolvendo saúde na Índia, em 1980, onde os requerimentos eram de reembolso dos serviços médicos e segurança no local de trabalho (PARMAR; WAHI, 2011).

Jung e Rosevear (2011 apud LAMPREA, 2017, p.432), relatam a consolidação do Direito enquanto garantia de saúde em 70% das constituições em todo o mundo e que 40% das constituições incluem um direito justiciável à saúde, evidenciando a litigância em saúde em um contexto mundial, onde as características marcantes são inerentes às políticas públicas e à governança aplicadas à cada sociedade.

Lamprea (2017), relata a existência de um número muito maior de litígios reivindicando direitos em países como a África do Sul, se comparados à América Latina, porém, com diferenças em suas naturezas: enquanto na África do Sul a pretensão é deduzida em termos sociais de maneira ampla e objetivando recursos referentes à estrutura (como a reforma de políticas em favor de uma grande classe de indivíduos), o direito nos países da América Latina é de cunho mais restrito, individualizado.

Considerado epidêmico por alguns autores, em países como a Colômbia e o Brasil, os litígios em saúde são assuntos importantes e controversos, tornando-se pauta de agendas governamentais em face do registro de índices muito altos de judicialização em várias nações vizinhas da América Latina (BOING *et al.*, 2013; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2018; LAMPREA, 2010; VARGAS-PELÁEZ, 2016).

Como exemplo da alta demanda judicial por medicamentos na Colômbia, Rey (2009), apresenta dados onde o governo colombiano desembolsou, em 2008, aproximadamente US\$ 156 milhões para o reembolso de plano de saúde privado (para sete medicamentos biotecnológicos de ponta exigidos por litigantes, sendo que cinco desses sete medicamentos são oncológicos).

5.3.2 A situação no Brasil

Relatadas pelo Juiz Federal Clenio Jair Schulze como um negócio lucrativo, as ações judiciais envolvendo saúde e o valor destinado para seus cumprimentos entre os anos de 2010 a 2015 pelo MS, contabilizaram mais de R\$ 2,7 bilhões (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2017a).

Segundo informação divulgada pelo CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (2017a), no ano de 2014, os três Estados responsáveis pelo maior dispêndio neste tipo de judicialização, foram os estados de São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina nesta ordem, conforme figura 4, a seguir:

Figura 4 - Maiores gastos estaduais com judicialização da saúde.



Fonte: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (2017a).

Esta figura mostra o estado de Santa Catarina em terceiro lugar neste *ranking*, portanto o terceiro estado com maior gasto em judicialização da saúde dentre todos os entes federados. Outra informação importante que estes dados mostram, é o fato

de que apenas três estados gastaram, juntos, mais que a União no mesmo período (valor gasto pela união no período R\$ 700 milhões), e que os medicamentos correspondem a 80% dos objetos litigados nestas ações (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2017a).

A demanda brasileira na direção do que viria a ser o acesso judicial em saúde, teve início no Brasil nos anos 1990, a partir das questões judiciais envolvendo a terapia antirretroviral aos pacientes soropositivos e que, não só abre jurisprudência para outros ajuizamentos, mas confere um novo olhar às incorporações tecnológicas ao SUS (BORGES; UGA, 2010; CARVALHO, 2007; CHIEFFI, 2017; ROMERO, 2008).

São outros exemplos de incorporação logo após sua judicialização, o tratamento medicamentoso para: câncer de mama com superexpressão de HER2+, mucopolissacaridose tipo I, mucopolissacaridose tipo II, polineuropatia amiloidótica familiar relacionada à proteína transtirretina e doença de Wilson (BORGES; UGA, 2010; CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016).

5.3.3 A situação no estado de Santa Catarina

Segundo Boing *et al.* (2013), o processo da judicialização da saúde no estado de Santa Catarina tem seu início em meados do ano 2000, data em que SES/SC foi ré em sete ações judiciais onde o objeto litigado foi o medicamento, com o registro de uma ação na qual o estado foi obrigado ao fornecimento (CHIEFFI, 2017; BOING *et al.*, 2013). Neste mesmo percurso, Boing *et al.* (2013) traz o registro de que no ano de 2006, o número de ações judiciais cresceu para 1.661 e o número de medicamentos solicitados para 3.552.

Descrita como um fenômeno por autores como Catanheide, Lisboa e Souza (2016), é dentro deste momento político e econômico, incerto em relação ao futuro do SUS e todos os seus desdobramentos, que há o registro dos maiores valores gastos para o cumprimento das ações judiciais no estado de Santa Catarina e que apresentam características peculiares devido a todo o desenvolvimento do processo, as quais serão apresentadas e discutidas a seguir, no intervalo dos anos entre 2010 a 2018.

6 RESULTADOS

6.1 EVOLUÇÃO DAS DEMANDAS JUDICIAIS ENVOLVENDO A QUANTIDADE DE SOLICITAÇÕES E TIPOS DE PRODUTOS FORNECIDOS JUDICIALMENTE NO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2010 A 2018

6.1.1 Número de ações judiciais

Como relatado em seção apropriada (metodologia), os dados relativos ao quantitativo de ações judiciais apresentados aqui foram obtidos por meio de planilhas disponibilizadas pelo TJSC, cujos números estão disponíveis no Anexo A deste trabalho. Estes números compreendem o número de ações judiciais em primeira e segunda instâncias no estado de Santa Catarina, onde o estado é réu no fornecimento de medicamentos (mesmo que litisconsorte).

Entretanto, no decorrer da pesquisa, ao analisar-se documento público e oficial de auditoria do TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (2015) e, ao compará-lo aos números disponibilizados pelo TJSC, pode-se perceber que os números das ações judiciais destas duas fontes são divergentes entre os anos de 2013 e 2015.

Diante deste dilema, na tentativa de encontrar razão para estas divergências (para tamanha diferença nos números de ações judiciais) e, dialogando com o Tribunal de Justiça por meio de inúmeros e-mails e telefonemas, chegou-se à resposta de que a diferença está na limitação do universo das pesquisas realizadas.

Sendo assim, ficou esclarecido que esta pesquisa incluiu as ações judiciais impetradas contra a união, estado e/ou município onde o objeto litigado foi o medicamento ou também o medicamento, podendo o estado ser réu, juntamente, em outras esferas. E que, em contrapartida, os dados apresentados no relatório do TCU, dizem respeito ao total das ações judiciais na área da saúde pública, não distinguindo quais eram as partes atuantes no processo, ou seja, englobavam as ações contra a União, Estado, Município, planos de saúde e demais naturezas.

Diante do exposto, a equipe desta pesquisa apresenta os números das ações judiciais, mas se exime de realizar uma análise crítica comparativa dos dados coletados com aqueles apresentados tanto pelo TJSC, quanto os resultados encontrados em documento de auditoria do TCU.

6.2 GASTOS COM O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DEMANDADOS JUDICIALMENTE NAS MESORREGIÕES DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2010 A 2018.

Os dados disponibilizados pela GEJUD/SES/SC estão compilados e delimitados nesta seção e, para efeito de apresentação, estão organizados em gráficos e tabelas. Os gráficos contêm os valores de fornecimento de medicamentos e insumos para atendimento das demandas judiciais entre os anos de 2010 e 2018, levando-se em conta a distribuição desses gastos por mesorregiões do estado de Santa Catarina, conforme Quadro 1.

6.2.1 Descrição dos Gráficos A a I, constantes no Quadro 1

Conforme é possível observar no Gráfico A constante do Quadro 1, os custos com medicamentos e insumos fornecidos para atendimento de demanda judicial nas mesorregiões catarinenses no ano de 2010 foi de R\$ 83,7 milhões, e é possível perceber que estes gastos na região da Grande Florianópolis capitalizam R\$ 30,2 milhões (36% do gasto total). Em seguida, neste mesmo gráfico, observa-se o Vale do Itajaí com R\$ 18 milhões (21% do gasto total), e na sequência em ordem decrescente: região Sul com R\$ 13,8 milhões (16% do gasto total); região Oeste com R\$ 11,4 milhões (13% do gasto total); região Norte com R\$ 6 milhões (7% do gasto total) e Serra com R\$ R\$ 4,6 milhões (5% do gasto total).

De acordo com o Gráfico B, os gastos no ano 2011 com medicamentos e insumos fornecidos para atendimento de demandas judiciais nas mesorregiões catarinenses foram em torno de R\$ 110,2 milhões. Nesta figura, a região da Grande Florianópolis representa os maiores gastos com R\$ 32,6 milhões (29% do total anual), seguida pelo Vale do Itajaí com R\$ 26 milhões (23% do total anual), região Sul com R\$ 21,2 milhões (19% do total anual), região Oeste com R\$ 14,8 milhões (13% do total anual), região Norte com R\$ 9 milhões (8% do total anual) e Serra com R\$ 6,8 milhões (6% do total anual).

Já o Gráfico C, apresenta os gastos com medicamentos e insumos fornecidos para atendimento das demandas judiciais nas mesorregiões catarinenses, no ano de 2012, e mostra o valor R\$ 112,1 milhões como gasto total do estado naquele ano.

Segundo as mesorregiões, os valores são: Grande Florianópolis R\$ 34,1 milhões (30% do total), região do Vale do Itajaí com R\$ 26,9 milhões (24% do total), região Sul com R\$ 21,4 milhões (19% do total), região Oeste com R\$ 15,3 milhões (14% do total anual), região Norte com R\$ 8,2 milhões (7,3% do total) e a Serra catarinense com R\$ 6,1 milhões (5% do total).

O Gráfico D traz os gastos com medicamentos e insumos fornecidos para atendimentos judiciais nas mesorregiões catarinenses no ano de 2013. O custo total do estado no ano de 2013 foi de R\$ 99,8 milhões, enquanto na região da Grande Florianópolis é de R\$ 33,8 milhões (33,8% do total), seguida por: região do Vale do Itajaí com R\$ 21,8 milhões (21,8% do total), região Oeste com R\$ 13,7 milhões (13,8% do total), região Norte com R\$ 6,9 milhões (6,9% do total), e a região da Serra com um gasto total de R\$ 5,6 milhões (5,6% do total).

Continuamente, o Gráfico E apresenta os gastos com medicamentos e insumos fornecidos para atendimento de demanda judicial nas mesorregiões no ano de 2014. Neste ano, o custo total dispendido pelo estado foi de R\$ 109,7 milhões e na Grande Florianópolis de R\$ 30,1 milhões (27% do total), seguido de: Vale do Itajaí com o gasto de R\$ 26,4 milhões (24% do total), região Sul com R\$ 21,8 milhões (19% do total); região Oeste com R\$ 16,1 milhões (14% do total), região Norte com R\$ 8,5 milhões (7,7% do total), e região da Serra com o gasto de R\$ 6,1 milhões (5,5% do total).

No Gráfico F estão demonstrados os valores comprometidos com medicamentos e insumos fornecidos para atendimento de ações judiciais nas mesorregiões catarinenses no ano de 2015, onde os gastos totais foram de R\$ 112,5 milhões. A seguinte disposição dos valores nas mesorregiões catarinenses, partindo dos maiores para os menores valores são: Vale do Itajaí com o gasto de R\$ 29,8 milhões (26% do total), seguido pela Grande Florianópolis com um gasto total de R\$ 24,4 milhões (21% do total), Sul com R\$ 24,1 milhões (21% do total), Oeste com o total de R\$ 15,4 milhões (13% do total), Norte com R\$ 11,9 milhões (10% do total), e Serra com o gasto de R\$ 7 milhões (6% do total).

Conforme pode ser observado no Gráfico G, os gastos com medicamentos e insumos para atendimento judicial nas mesorregiões catarinenses no ano de 2016 totalizaram R\$ 102,5 milhões. Na mesorregião da Grande Florianópolis este valor foi de R\$ 27,7 milhões (27% do total), seguido da Região do Vale com R\$ 25 milhões

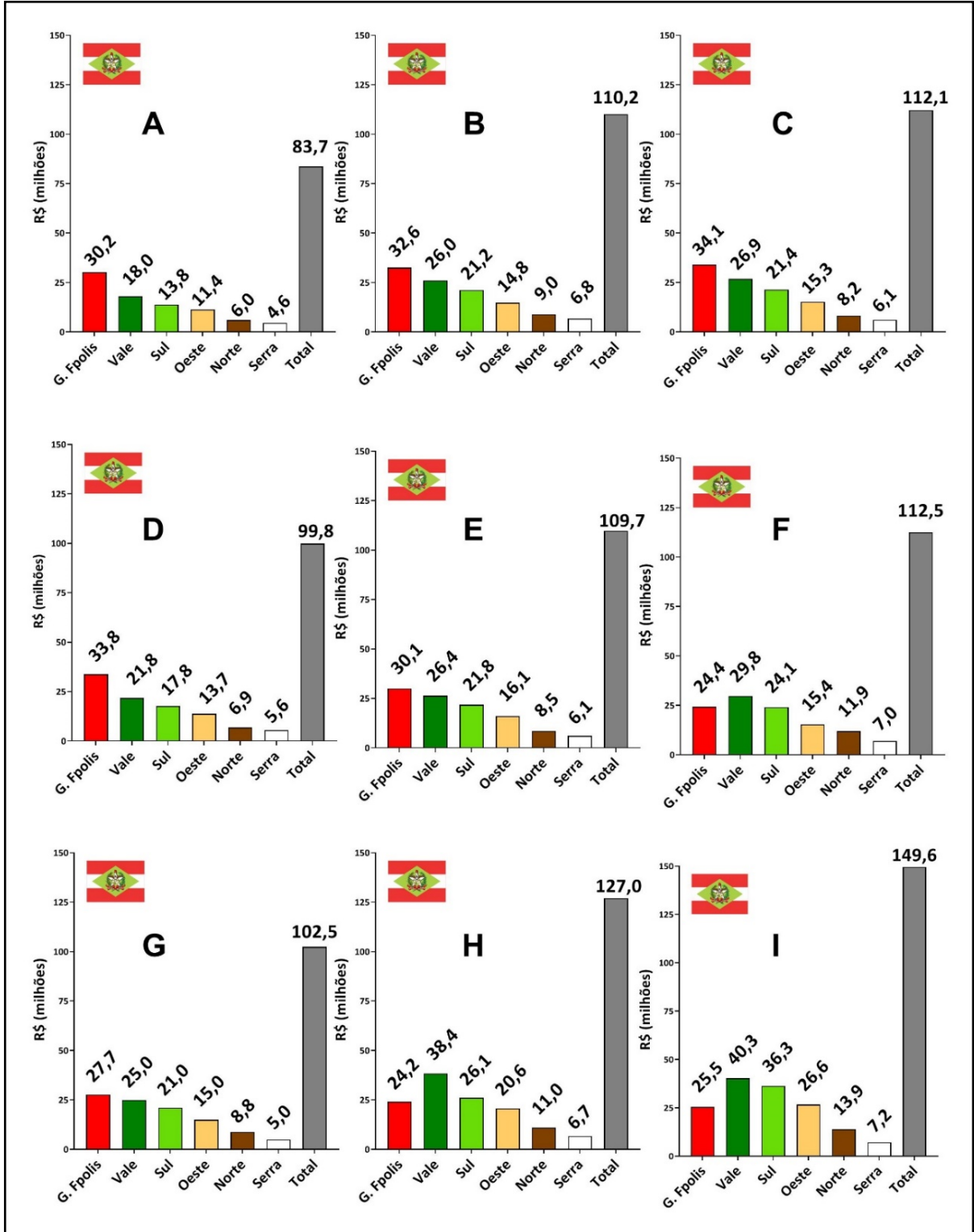
(24% do total), Sul com R\$ 21 milhões (20% do total), Oeste com R\$ 15 milhões (14% do total), Norte com R\$ 8,8 milhões (8% do total), e Serra com R\$ 5 milhões (4% do total).

O Gráfico H mostra as cifras com medicamentos e insumos para atendimento de demandas judiciais nas mesorregiões no ano de 2017, onde o gasto no estado foi de R\$ 127 milhões. A mesorregião do Vale do Itajaí apresentou gastos de R\$ 38,4 milhões (30% do total), seguida das mesorregiões: Sul com R\$ 26,1 milhões (20% do total anual); Grande Florianópolis com R\$ 24,2 milhões (19% do total anual); Oeste com R\$ 20,6 milhões (16% do total anual); Norte com R\$ 11 milhões (8% do total anual) e Serra com R\$ 6,7 milhões (5% do gasto total anual).

Finalmente, o Gráfico I retrata os gastos com medicamentos e insumos fornecidos para atendimento de ações judiciais nas mesorregiões catarinenses no ano de 2018, onde o dispêndio total para este ano foi de R\$ 149,6 milhões.

Ainda, de acordo com este gráfico, a sequência em ordem decrescente de valores gastos por mesorregiões estão: Vale do Itajaí, R\$ 40,03 milhões (27% do total), seguida de: Sul com R\$ 36,3 milhões (24% do total); Oeste com R\$ 26,6 milhões (17% do total); Grande Florianópolis com R\$ 25,5 milhões (17% do total); Norte com R\$ 13,9 milhões (9% do total) e Serra com R\$ 7,2 milhões (4% do total).

Quadro 1 - Gastos com o fornecimento de medicamentos e insumos demandados judicialmente nas mesorregiões do estado de Santa Catarina, 2010 a 2018.

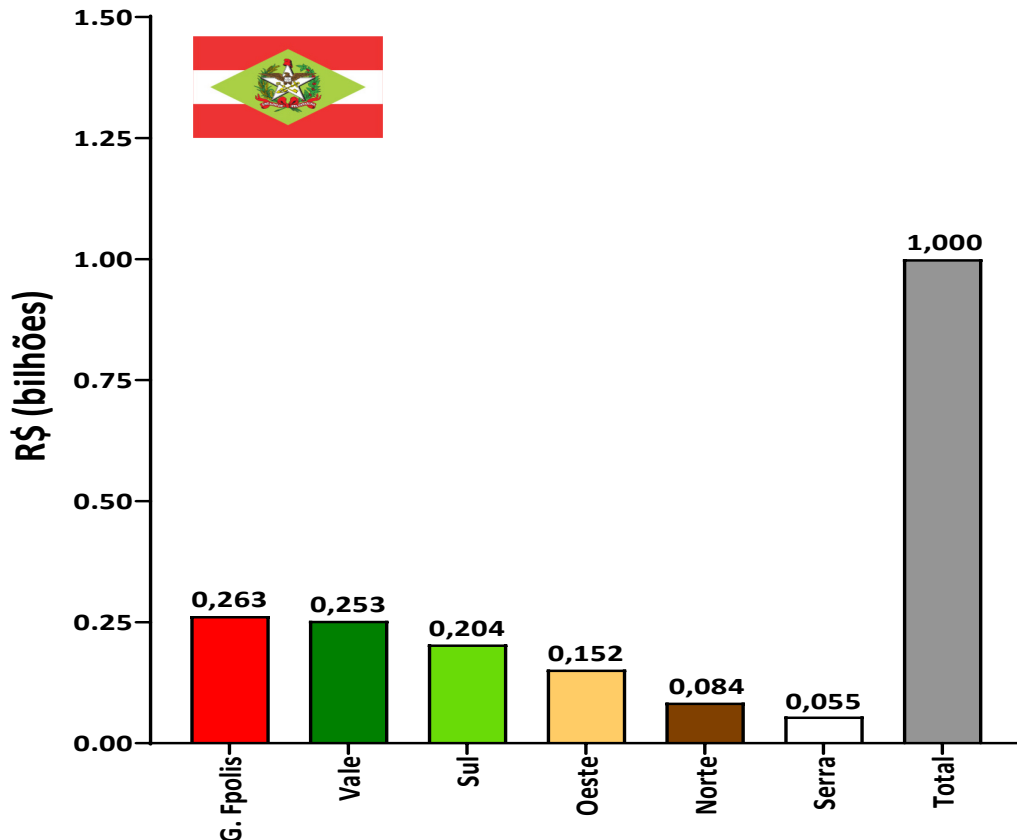


Fonte: GEJUD/SES/SC. Elaborado pelo autor deste trabalho (2018).

6.2.2 Custos com o fornecimento de medicamentos e insumos demandados judicialmente nas mesorregiões do estado de Santa Catarina, no período entre 2010 a 2018

A Figura 5 representa a somatória dos custos relativos ao fornecimento de medicamentos e insumos para atendimento das demandas judiciais nas mesorregiões catarinenses no período 2010 a 2018. O total de gasto do estado de Santa Catarina neste período foi de R\$ 1 bilhão. Por mesorregião, a Grande Florianópolis aparece em primeiro lugar com gasto total de R\$ 263 milhões (26,3% do total gasto) seguida da Região do Vale do Itajaí, R\$ 253 milhões (25,3% do total gasto), Sul com R\$ 204 milhões (20,4% do total gasto), Oeste com R\$ 152 milhões (15,2% do total gasto), Norte com R\$ 84 milhões (8,4% do total gasto) e Serra com R\$ 55 milhões (5,5% do total gasto).

Figura 5 - Somatória dos gastos com medicamentos e insumos fornecidos para atendimento das demandas judiciais nas mesorregiões catarinenses no período 2010 a 2018.

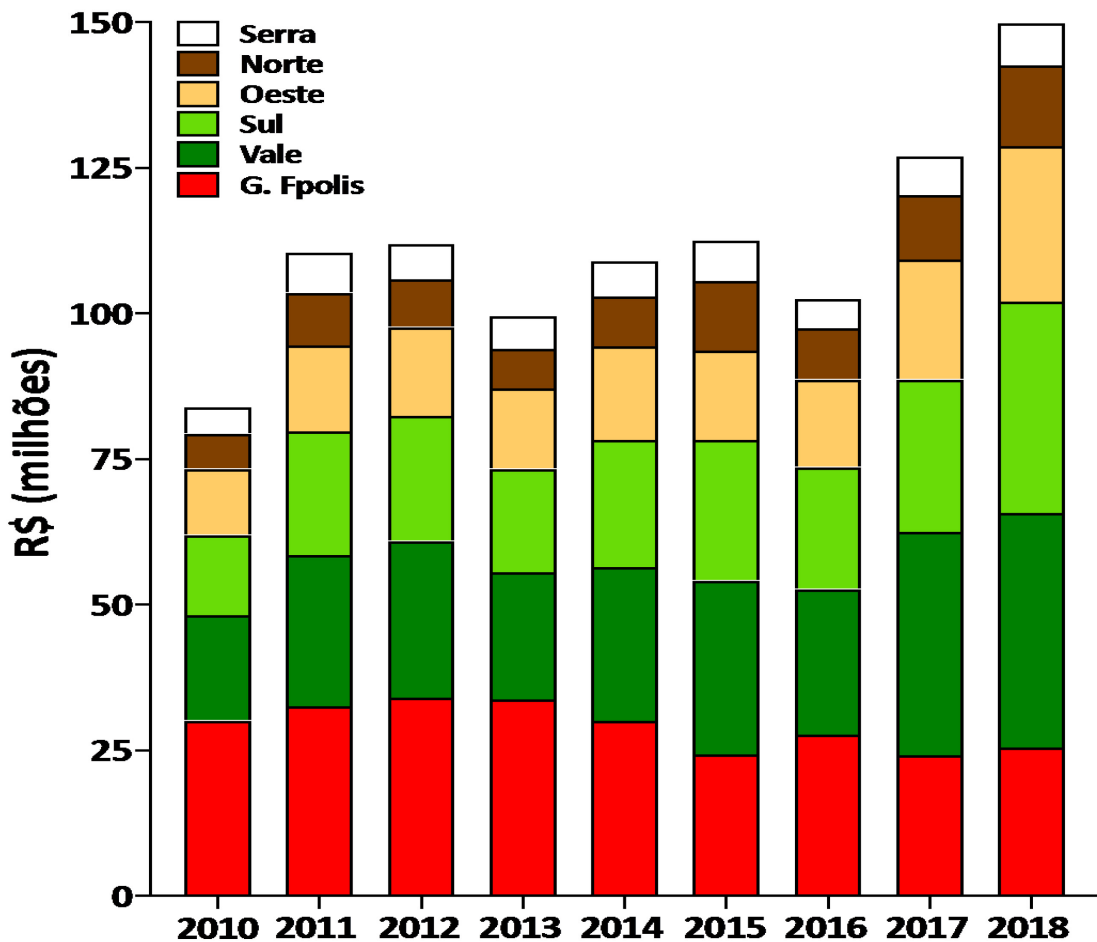


Fonte: GEJUD/SES/SC. Elaborado pelo autor deste trabalho (2018).

6.2.3 Comparativo anual dos gastos com medicamentos e insumos fornecidos para atendimento de demandas judiciais nas mesorregiões catarinenses

A Figura 6 traz as diferenças existentes entre os valores judicializados entre cada mesorregião e em cada ano no estado de Santa Catarina.

Figura 6 - Comparativo anual dos gastos com medicamentos e insumos fornecidos para atendimento de demandas judiciais nas mesorregiões catarinenses.



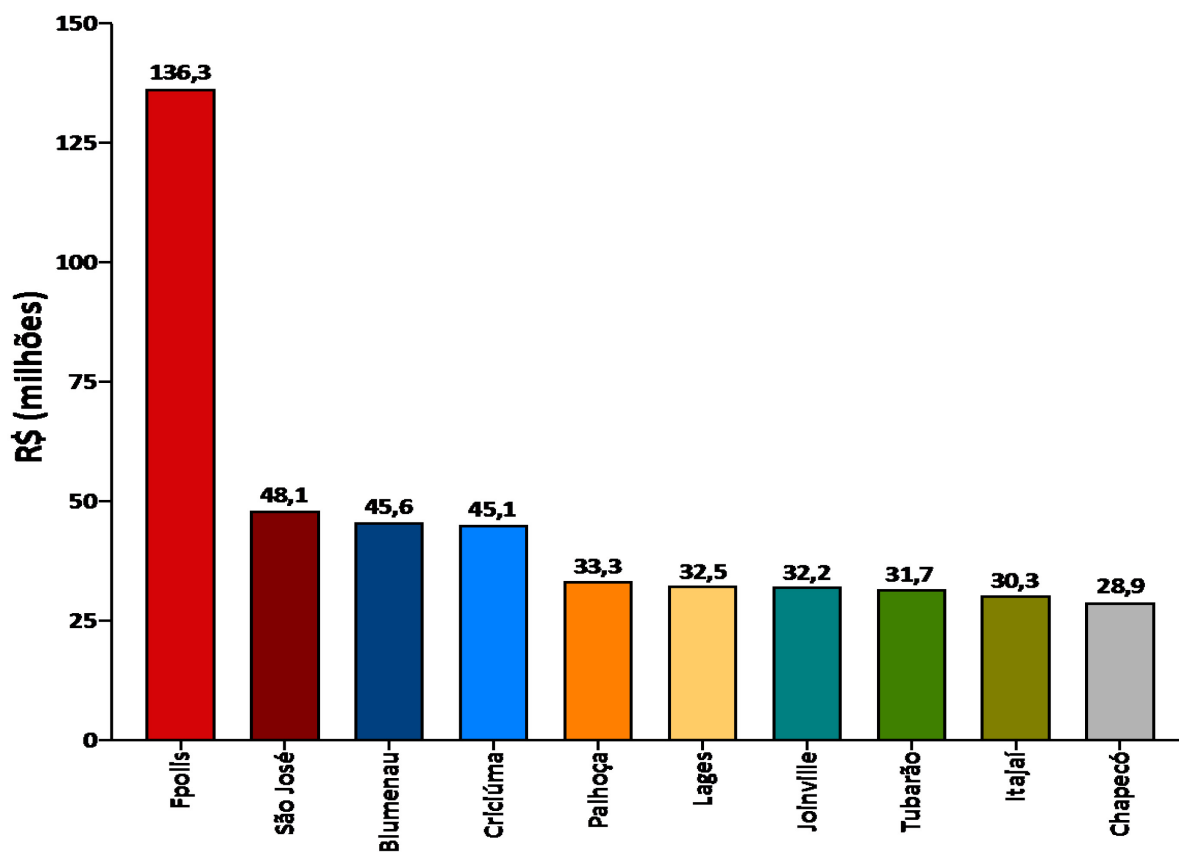
Fonte: GEJUD/SES/SC. Elaborado pelo autor deste trabalho (2018).

6.2.4 Dez municípios com maiores gastos com fornecimento judicial de medicamentos e insumos no estado de Santa Catarina

A Figura 7 apresenta os dez municípios com maiores custos com fornecimento judicial de medicamentos e insumos no estado de Santa Catarina. O somatório do

gasto total desses dez municípios equivale a R\$ 464 milhões (46,4% do total do estado de Santa Catarina), onde Florianópolis aparece como o município com maior volume de gastos, R\$ 136,3 milhões (29% do total gasto), seguida por São José, com R\$ 48,1 milhões (10% do total), Blumenau com R\$ 45,6 milhões (9,8% do total), Criciúma com R\$ 45,1 milhões (9,7% do total), Palhoça com R\$ 33,3 milhões (7,2% do total), Lages com R\$ 32,5 milhões (7% do total), Joinville com R\$ 32,2 (6,9% do total), Tubarão com R\$ 31,7 milhões (6,8% do total), Itajaí com R\$ 30,3 milhões (6,5% do total) e Chapecó com R\$ 28,9 milhões (6,2% do total).

Figura 7 - Dez municípios catarinenses com maior gasto em fornecimento judicial de medicamentos e insumos.



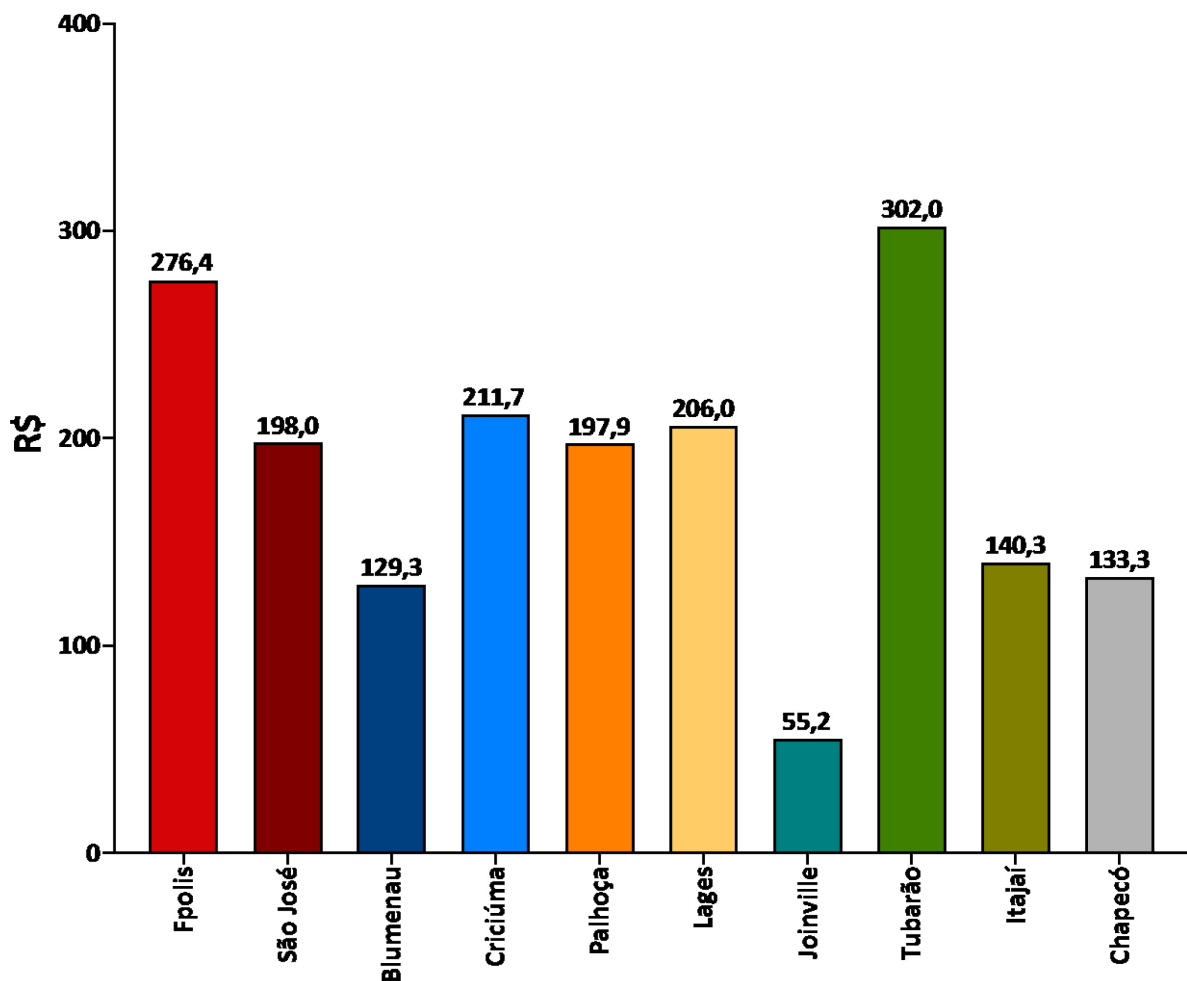
Fonte: GEJUD/SES/SC. Elaborado pelo autor deste trabalho (2018).

6.2.5 Dez municípios com maiores valores em fornecimento judicial de medicamentos e insumos no estado de Santa Catarina *per capita*

A Figura 8 apresenta o gasto *per capita* dos dez municípios com maiores custos na somatória entre os anos de 2010 a 2018, com fornecimento judicial de

medicamentos e insumos no estado de Santa Catarina. Tubarão foi o Município com o maior gasto *per capita*, com o valor de R\$ 302,00 por habitante seguido por: Florianópolis com R\$ 276,40 por habitante; Criciúma com R\$ 211,70 por habitante; Lages R\$ 206,00; São José com R\$ 198,00; Palhoça com R\$ 197,90; Itajaí com R\$ 140,30; Chapecó com R\$ 133,30; Blumenau com R\$ 129,30 e Joinville com R\$ 55,20 por habitante.

Figura 8 - Dez municípios com maiores gastos com fornecimento judicial de medicamentos e insumos no estado de Santa Catarina *per capita*.



Fonte: GEJUD/SES/SC. Elaborado pelo autor deste trabalho (2018)

6.3 PRODUTOS COM MAIORES CUSTOS DE FORNECIMENTO DEMANDADOS JUDICIALMENTE EM SANTA CATARINA, 2010 A 2018.

Objetivando apresentar os valores comprometidos com os medicamentos e insumos a partir de seus fornecimentos nos anos de 2010 a 2018, segregou-se os

produtos com maiores valores anuais para atendimento das demandas judiciais a partir dos seus registros. Neste sentido, foi elaborada Tabela 1 que é apresentada a seguir, logo após sua descrição.

Segundo a Tabela 1, é possível verificar que no ano de 2010, o gasto total com fornecimento de medicamentos e insumos demandados judicialmente no estado de Santa Catarina, foi da ordem de R\$ 83,7 milhões.

O medicamento Adalimumab respondeu por estes gastos com o valor de R\$11,1 milhões (correspondendo a 13% do total anual), seguido de: Trastuzumab R\$ 9,2 milhões (11% do total anual); Rituximab, R\$ 7,8 milhões (9,3%); Etanercept, R\$ 4,3 milhões (5,1%); Infliximab, R\$ 4,1 milhões (4,9%); Imunoglobulina humana, R\$ 2,8 milhões (3,3%); Sunitinib, R\$ 2,4 milhões (2,9%); Temozolamida, R\$ 2,4 milhões (2,9%); Bosentana, R\$ 2 milhões (2,4%) e Laronidase com custo total de R\$ 1,7 milhões (2%).

Quanto aos produtos com maior custo de fornecimento do ano de 2010, juntos, somam um valor aproximado de R\$ 48 milhões (57%), e a somatória de todos os demais medicamentos e insumos fornecidos, resultam em R\$ 35,3 milhões (43%).

Em relação aos medicamentos com maior volume de gastos no ano de 2011, nota-se que o gasto total foi de R\$ 110,2 milhões, onde o Trastuzumab é o medicamento que respondeu por R\$ 16 milhões, 15% do valor total dos gastos deste ano.

Em uma sequência de menores valores a partir do Trastuzumab, é possível identificar os seguintes medicamentos com os respectivos valores: Adalimumab com R\$ 12,2 milhões em gastos (11% do total deste ano); Rituximab R\$ 8,1 milhões (7,3%); Infliximab, R\$ 5,1 milhões (4,6%); Etanercept, com R\$ 4,9 milhões (4,4%); Sunitinibe, R\$ 4,1 milhões (3,7%); Bosentana, R\$ 3,2 milhões (2,9%); Alfapeginterferona, R\$ 2,9 milhões (2,6%); Sorafenib, R\$ 1,8 milhões (1,6%) e Cetuximab com participação total de gastos no montante de R\$ 1,7 milhões, 1,5% da participação total de gastos de 2011.

A somatória dos produtos com maior custo de fornecimento em 2011 totalizou R\$ 60 milhões, ou seja, 54% do gasto total anual com o fornecimento judicial de produtos. Os custos com os demais medicamentos e insumos fornecidos, foi de R\$ 50,3 milhões, ou 46% do total anual.

De acordo com a Tabela 1, também é possível verificar que os gastos com medicamentos fornecidos por meio das demandas judiciais no estado de Santa Catarina, no ano de 2012 foi de R\$ 112,1 milhões, e o medicamento Adalimumab é o líder em custos, com R\$ 11,5 milhões, que corresponde a 10,3% do total anual, seguido do medicamento Rituximab, R\$ 7,1 milhões, que corresponde a 6,4% do total anual; Trastuzumab, R\$ 6,9 milhões (6,1%); Infliximab, R\$ 5,4 milhões (4,8%); Sunitinibe, R\$ 5,1 milhões (4,5%); Etanercept, R\$4,9 milhões (4,4%); Temozolamida, R\$ 3,3 milhões (3%); Imunoglobulina Humana, R\$ 2,9 milhões (2,6%); Bevacizumab, R\$ 2,6 milhões (2,3%). Já a soma dos gastos com os medicamentos de maior custo no ano de 2012 foi de R\$ 52,9 milhões (47%) e os demais produtos custaram em torno de R\$ 59 milhões, 53% do valor total anual.

No ano de 2013 os valores da judicialização em saúde no estado de Santa Catarina foram de R\$ 99,8 milhões. E, ainda de acordo coma Tabela 1, o Adalimumab colabora com R\$ 9 milhões em custos (9% do valor anual total gasto nas demandas judiciais). Os outros valores despendidos neste ano foram: Rituximab, R\$ 4,9 milhões (4,9%); Etanercept, R\$ 4,6 milhões (4,6%); Temozolamida, R\$ 4,6 milhões (4,6%); Infliximab, com custo total de R\$ 4,4 milhões (4,4%); Telaprevir, R\$ 3,7 milhões (3,7%); Bevacizumab, R\$3,3 milhões (3,3%); Boceprevir, R\$ 2,9 milhões (2,9%); Ranibuzimab, também com R\$ 2,9 milhões (2,9%) e Imunoglobulina humana, R\$ 2,8 milhões (2,8%). A somatória dos medicamentos de maior valor total é de R\$ 43,1 milhões (43,1% do total anual), enquanto o valor gasto com todos os demais medicamentos e insumos é de R\$ 56,4 milhões, 56,5% do total gasto no ano de 2013.

Já no ano de 2014, houve um gasto total de R\$ 109,7 milhões com as despesas para provimento de demandas judiciais. Neste ano, o Adalimumab foi responsável por R\$ 7,6 milhões em fornecimentos (7,1% do custo total anual) seguido de: Ipilimumab, R\$ 4,4 milhões (4,4%); Infliximab, R\$ 4,3 milhões (3,9%); Bevacizumab, R\$ 4,1 milhões (3,7%); Etanercept, também com R\$ 4,1 milhões (3,7%); Vemurafenib, R\$ 3,7 milhões (3,4%); Temozolamida, R\$ 3,4 milhões (3,1%); Ranibuzimab, R\$ 2,9 milhões (2,6%) e o Sunitunib com R\$ 2,6 milhões (2,4%). A soma do custo total dos medicamentos de maior gasto neste ano foi de R\$ 44,2 milhões (40%) e dos demais produtos fornecidos, R\$ 56,4 milhões (51%).

A sumarização dos gastos com medicamentos e insumos fornecidos por demandas judiciais no estado de Santa Catarina no ano de 2015, também está presente na Tabela 1. O custo total neste ano foi de R\$ 112,5 milhões, sendo que o medicamento Rituximab apresenta R\$ 5,8 milhões em gastos (5,1% do total gasto neste ano), seguido por: Adalimumab com R\$ 4,8 milhões (4,2%); Infliximab com R\$ 4,1 milhões (3,6%); Ranibuzimab, R\$ 4 milhões (3,6%); Bevacizumab, R\$ 4 milhões (3,5%); Sofosbuvir R\$ 3,6 milhões (3,2%); Eculizumab R\$ 3,2 milhões (2,8%); Temozolamida 100 mg, R\$ 3,2 milhões (2,8%); Abiraterona, R\$ 3 milhões (2,7%), e Etanercept 25 mg e 50 mg, com gasto anual de R\$ 2,8 milhões (2,5%).

Já a somatória dos medicamentos com maior custo em 2015 foi de R\$ 38,5 milhões (34% do total) e dos demais produtos, R\$ 74 milhões (65% do total anual).

Também na Tabela 1, estão presentes os gastos no ano de 2016 no estado de Santa Catarina com os medicamentos e insumos fornecidos por demandas judiciais, com o registro de R\$ 102,5 milhões. O medicamento Adalimumab foi o responsável por R\$ 6,1 milhões (6% do valor total), relativos ao provimento destes atendimentos, seguido por: Bevacizumab R\$ 5 milhões (4,9%); Rituximab R\$ 4,7 milhões (4,6%); Ranibuzimab R\$ 4,5 milhões (4,4% do total); Elosulfase Alfa, R\$ 3,9 milhões (3,8%); Agalsidase Beta, R\$ 3,4 milhões (3,3%); Eculizumab, R\$ 3,4 milhões (3% do total); Infliximab, R\$ 2,8 milhões (2,7%); Abiraterona com R\$ 2,2 milhões (2,7%), e Ipilimumab com gasto total de R\$ 2,1 milhões (2,7%). Os demais produtos consumiram R\$ 74,0 milhões (72%) neste ano, e a somatória dos medicamentos de maior gasto é de R\$ 38,1 milhões (37% do total).

Conforme ainda pode ser observado na Tabela 1, os medicamentos e insumos fornecidos por demandas judiciais no estado de Santa Catarina no ano de 2017 foram responsáveis por R\$ 127 milhões em gastos. Dessa forma, o grupo dos medicamentos de maior valor de fornecimento apresentou R\$ 46,8 milhões, em gastos, 36,8% do valor total anual, e os demais produtos consumiram R\$ 80,1 milhões (63% do total) com seus fornecimentos.

Em uma apresentação do maior para o menor, os valores dos medicamentos fornecidos em 2017 foram: Bevacizumab com R\$ 7,8 milhões (6,1%), seguido de: Rituximab com gasto total de R\$ 6,3 milhões (5%); Insulina Glargina, R\$ 6 milhões (4,7%); Ranibuzimab, R\$ 5,3 milhões (4,17%); Infliximab, com gasto total de R\$ 4,3

milhões (3,4%); Adalimumab, R\$ 4,2 milhões (3,3%); Omalizumab com gasto de R\$ 3,8 milhões (3%); Abiraterona R\$ 3,4 milhões (2,7%); Trastuzumab 440 mg R\$ 3,2 milhões, (2%) e Pertuzumab com gasto total de R\$ 2,7 milhões (2,1% do gasto total anual).

No ano de 2018 os gastos com os medicamentos e insumos fornecidos para cobertura das demandas judiciais no estado de Santa Catarina foram de R\$ 45 milhões, correspondendo a 30% do valor total anual (R\$149, milhões) e o custo com os demais medicamentos fornecidos por solicitação judicial é no total de R\$ 104,5 milhões, 70% do gasto total no ano de 2018.

O medicamento Adalimumab foi responsável por R\$ 6,7 milhões em custos (4,5%), seguido por: Ranibuzimab , R\$ 5,5 milhões (3,7%); Infliximab R\$ 4,6 milhões (3,1%); Bevacizumab R\$ 4,5 milhões (3%); Ibrutinib R\$ 4,4 milhões (2,9%); Agalsidase Beta R\$ 4,3 milhões (2,8%); Abiraterona com gasto total de R\$ 3,9 milhões (2,6%); Pembrolizumab com gasto total de R\$ 3,8 milhões (2,5%); Nintedanib, R\$ 3,7 milhões (2,5%) e Insulina Glargina com gasto total de R\$ 3,6 milhões (2,4%). Os demais produtos consumiram R\$ 104,5 milhões.

Conforme observação na mesma Tabela (Tabela 1), é possível perceber que uma grande parte dos custos foram destinados a apenas 31 medicamentos demandados judicialmente e que correspondem a um percentual de 56,03 % dos gastos totais no ano de 2010, 55,01%; em 2011, 47,63%; em 2012, 43,51% em 2013, 39,25% em 2014, 34,54% em 2015, 47,45% em 2016, 36,43% em 2017 e 30,15% em 2018. Esses dados mostram, claramente, a quantidade expressiva de gastos públicos para atender apenas uma pequena parte da população com produtos via judicial.

Tabela 1 - Produtos de maior custo de fornecimento demandados judicialmente em Santa Catarina, 2010 a 2018.

Medicamento	Ano									
	2010 (Milhões)	2011 (Milhões)	2012 (Milhões)	2013 (Milhões)	2014 (Milhões)	2015 (Milhões)	2016 (Milhões)	2017 (Milhões)	2018 (Milhões)	2010 a 2018 (Milhões)
Abiraterona	x	x	x	x	x	R\$3,00	R\$2,20	R\$3,40	R\$3,90	R\$12,50
Adalimumabe	R\$11,10	R\$12,20	R\$11,50	R\$9,00	R\$7,80	R\$4,80	R\$6,10	R\$4,20	R\$6,70	R\$73,40
Agalsidase Beta	x	x	x	x	x	x	R\$3,40	x	R\$4,30	R\$7,70
Alfapeginterferona	x	R\$2,90	x	x	x	x	x	x	x	R\$2,90
Bevacizumab	x	x	R\$2,60	R\$3,30	R\$4,10	R\$4,00	R\$5,00	R\$7,60	R\$4,50	R\$31,10
Boceprevir	x	x	R\$3,20	R\$2,90	x	x	x	x	x	R\$6,10
Bosentan	x	R\$3,20	x	x	x	x	x	x	x	R\$3,20
Cetuximab	x	R\$1,70	x	x	x	x	x	x	x	R\$1,70
Ecuzilumabe	x	x	x	x	x	R\$3,20	R\$3,40	x	x	R\$6,60
Eosulfase	x	x	x	x	x	x	R\$3,90	x	x	R\$3,90
Etanercepte	R\$4,30	R\$4,90	R\$4,90	R\$4,60	R\$4,10	R\$2,80	x	x	x	R\$25,60
Ibrutinib	x	x	x	x	x	x	x	x	R\$4,40	R\$4,40
Imunoglobulina Humana	R\$2,80	x	R\$2,90	R\$2,80	x	x	x	x	x	R\$8,50
Infliximabe	R\$4,10	R\$5,10	R\$5,40	R\$4,40	R\$4,30	R\$4,10	R\$2,80	R\$4,30	R\$4,60	R\$39,10
Ipilimumabe	x	x	x	x	R\$4,40	x	R\$2,10	x	x	R\$6,50
Insulina Gargina	x	x	x	x	x	x	x	R\$6,00	R\$3,60	R\$9,60
Laronidase	R\$2,00	x	x	x	x	x	x	x	x	R\$2,00
Nintedanibe	x	x	x	x	x	x	x	x	R\$3,70	R\$3,70
Omazilumabe	x	x	x	x	x	x	x	R\$3,80	x	R\$3,80
Pembrolizumab	x	x	x	x	x	x	x	x	R\$3,80	R\$3,80
Pertuzumabe	x	x	x	x	x	x	x	R\$2,70	x	R\$2,70
Ranibizumabe	x	x	x	R\$2,90	R\$2,90	R\$4,00	R\$4,50	R\$5,30	R\$5,50	R\$25,10
Rituximabe	R\$7,80	R\$8,10	R\$7,10	R\$4,90	R\$6,90	R\$5,80	R\$4,70	R\$6,30	x	R\$51,60
Sofosbuvir	x	x	x	x	x	R\$3,60	x	x	x	R\$3,60
Sorafenibe	x	R\$1,80	x	x	x	x	x	x	x	R\$1,80
Sunitinib	R\$2,40	R\$4,10	R\$5,10	x	R\$2,60	x	x	x	x	R\$14,20
Telaprevir	x	x	x	R\$3,70	x	x	x	x	x	R\$3,70
Temozolamida	R\$2,40	x	R\$3,30	R\$4,60	R\$3,40	R\$3,20	x	x	x	R\$16,90
Trastuzumabe	R\$9,20	R\$16,00	R\$6,90	x	x	x	x	R\$3,20	x	R\$35,30
Verumafenibe	x	x	x	x	R\$3,70	x	x	x	x	R\$3,70
Demais Medicamentos	R\$35,30	R\$50,30	R\$58,80	R\$56,40	R\$65,30	R\$74,00	R\$64,30	R\$80,10	R\$104,50	R\$589,00
Total	R\$81,40	R\$110,30	R\$111,70	R\$99,50	R\$109,50	R\$112,50	R\$102,40	R\$126,90	R\$149,50	R\$1.003,70

Fonte: GEJUD/SES/SC. Elaborado pelo autor deste trabalho (2019)

6.4 DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS RESPONSÁVEIS PELOS MAIORES CUSTOS NAS MESORREGIONAIS DO ESTADO SEGUNDO CATEGORIA ATC

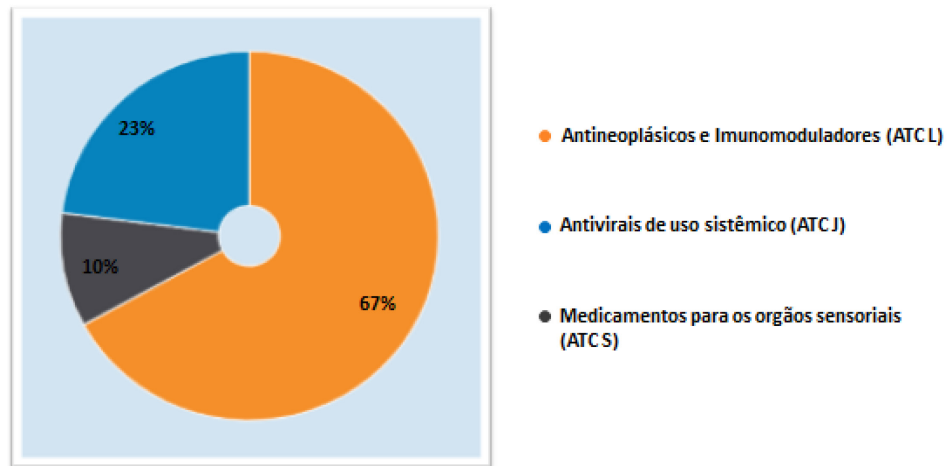
Nesta parte do trabalho serão apresentados os medicamentos judicializados que mais oneraram o estado classificados segundo categoria ATC e sua distribuição de acordo com a concentração de valores por mesorregionais.

6.4.1 Concentração dos produtos de maiores valores demandados judicialmente na mesorregião da Grande Florianópolis segundo categoria ATC

Como traz a Figura 9, na região da Grande Florianópolis a distribuição dos gastos se concentra nos seguintes medicamentos: 67% são antineoplásicos e

imunomoduladores (ATC L), 23% antivirais de uso sistêmico (ATC J) e 10% medicamentos para os órgãos sensoriais (ATC S).

Figura 9 - Distribuição dos medicamentos mais onerosos na mesorregião da Grande Florianópolis segundo categoria ACT.

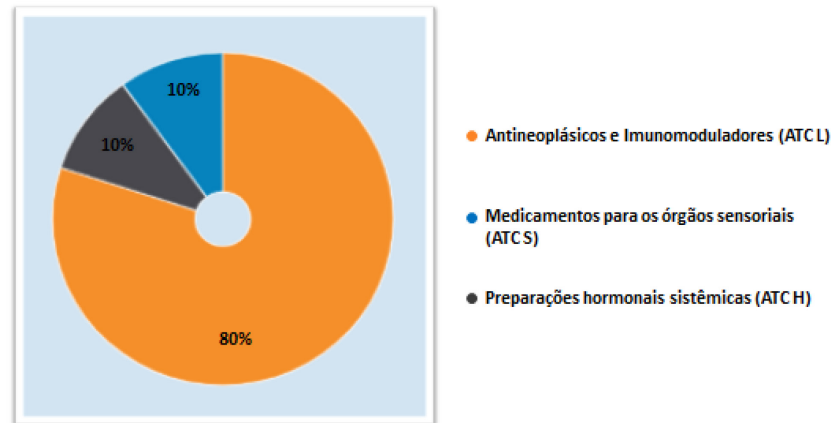


Fonte: GEJUD/SES/SC. Elaborado pelo autor deste trabalho (2018).

6.4.2 Concentração dos produtos de maiores valores demandados judicialmente na mesorregião do Vale do Itajaí segundo categoria ATC

De acordo com a Figura 10, a distribuição dos medicamentos se dá da seguinte forma na região do Vale do Itajaí: 80 % são antineoplásicos e imunomoduladores (ATC L), 10 % são medicamentos utilizados no tratamento dos órgãos sensoriais (ATC S) e 10 % são preparações hormonais sistêmicas (ATC H).

Figura 10 - Distribuição dos medicamentos mais onerosos na mesorregião do Vale do Itajaí segundo categoria ACT.

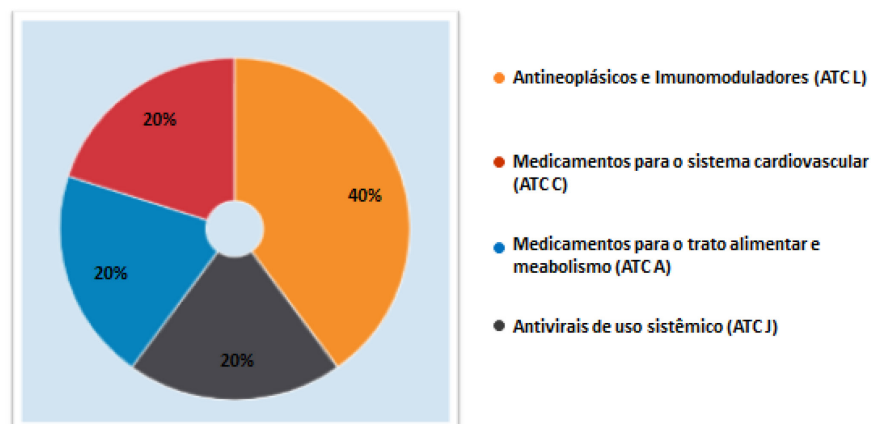


Fonte: GEJUD/SES/SC. Elaborado pelo autor deste trabalho (2018).

6.4.3 Concentração dos produtos de maiores valores demandados judicialmente na mesorregião Sul segundo categoria ATC

A Figura 11 mostra a distribuição dos medicamentos mais onerosos na mesorregião Sul do estado de Santa Catarina. Desta forma, é possível observar que 40% deles são antineoplásicos e imunomoduladores (ATC L), 20% são medicamentos do sistema cardiovascular (ATC C), 20 % medicamentos para o trato alimentar e metabolismo (ATC A) e 20 % antivirais de uso sistêmico (ATC J).

Figura 11 - Distribuição dos medicamentos mais onerosos na mesorregião Sul segundo categoria ACT.

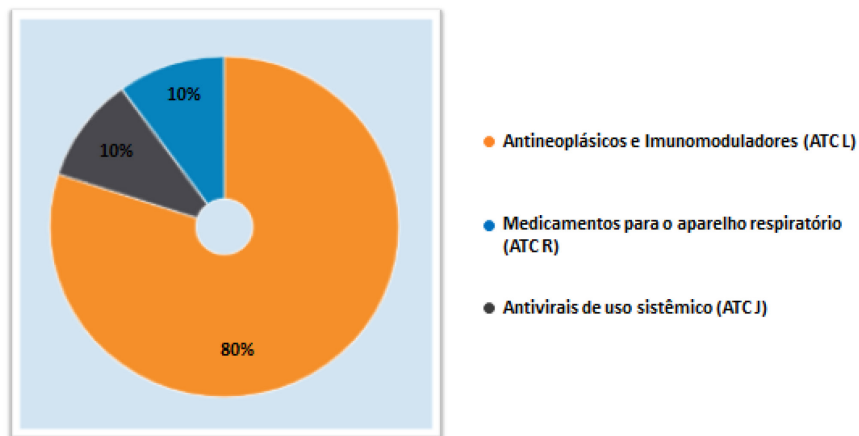


Fonte: GEJUD/SES/SC. Elaborado pelo autor deste trabalho (2018).

6.4.4 Concentração dos produtos de maiores valores demandados judicialmente na mesorregião Oeste segundo categoria ATC

A Figura 12 traz a disposição dos medicamentos mais onerosos judicializados na mesorregião Oeste. Esta distribuição se dá da seguinte forma: 80 % são antineoplásicos e imunomoduladores (ATC L), 10 % são medicamentos para o aparelho respiratório (ATC R) e 10 % antivirais de uso sistêmico (ATC J).

Figura 12 - Distribuição dos medicamentos mais onerosos na mesorregião Oeste segundo categoria ACT.

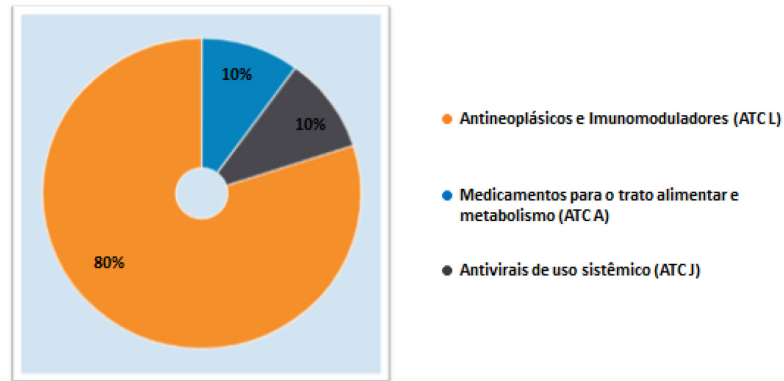


Fonte: GEJUD/SES/SC. Elaborado pelo autor deste trabalho (2018).

6.4.5 Concentração dos produtos de maiores valores demandados judicialmente na mesorregião Norte segundo categoria ATC

A Figura 13 apresenta o arranjo dos medicamentos judicializados responsáveis pelos maiores gastos na mesorregião Norte do estado catarinense. Esta distribuição ocorre da seguinte maneira: 80% são antineoplásicos e imunomoduladores (ATC L), 10% medicamentos para o trato alimentar e metabolismo (ATC A) e 10% antivirais de uso sistêmico (ATC J).

Figura 13 - Distribuição dos medicamentos mais onerosos na mesorregião Norte segundo categoria ACT.

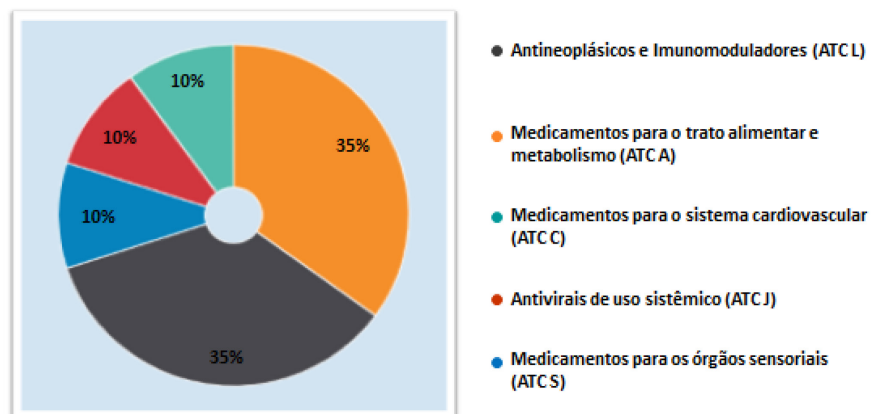


Fonte: GEJUD/SES/SC. Elaborado pelo autor deste trabalho (2018).

6.4.6 Concentração dos produtos de maiores valores demandados judicialmente na mesorregião da Serra catarinense segundo categoria ATC

Como é possível verificar na Figura 14, a região Serrana apresenta a distribuição dos medicamentos judicializados mais onerosos da seguinte forma: 35% antineoplásicos e imunomoduladores (ATC L), 35% medicamentos para o trato alimentar e metabolismo (ATC A), 10% medicamentos para o sistema cardiovascular (ATC C), 10% antivirais de uso sistêmico (ATC J) e 10% medicamentos para os órgãos sensoriais (ATC S).

Figura 14 - Distribuição dos medicamentos mais onerosos na mesorregião Serrana segundo categoria ACT.



Fonte: GEJUD/SES/SC. Elaborado pelo autor deste trabalho (2018).

6.5 ELENCO DOS PRODUTOS MAIS DEMANDADOS JUDICIALMENTE

Diferentemente dos medicamentos responsáveis pelos maiores valores dispendidos pelo estado para cumprimento de ações judiciais, compilou-se nesta seção os dados relativos ao número de solicitações de fornecimentos, o que tornou possível outra forma de abordagem da situação. Estes resultados estão sumarizados na Tabela – 2, a seguir.

Tabela 2 – Medicamentos judicializados no estado de Santa Catarina com maiores números de fornecimentos no período de 2010 a 2018.

Produto	Solicitações
Insulinas e Acessórios para Controle e Monitoração Glicêmica	15.225
Ranibizumab	11.697
Rituximab	3.189
Brometo de Tiotrópio	3.048
Temozolamida	2.673
Metformina	2.321
Rivaroxaban	2.257
Trastuzumab	2.256
Venlafaxina	2.226
Bevacizumab	2.119
Glicosamina + Condroitina	1.907
Aflibercept	1.906
Pregabalina	1.763
Quetiapina	1.659
Duloxetina	1.513
Enoxaparina	1.359
Valsartan	1.279
Rosuvastatina	1.158
Ácido Acetilsalicílico	1.115
Escitalopram	1.030

Fonte: GEJUD/SES/SC. Elaborado pelo autor deste trabalho (2018).

6.6 ELENCO DOS PRODUTOS IMPORTADOS JUDICIALIZADOS EM SANTA CATARINA

Para uma maior visibilidade envolvendo a situação dos medicamentos importados judicializados no estado de Santa Catarina, elaborou-se uma tabela com todos estes medicamentos, suas apresentações e indicações desde o ano de 2010 até o ano de 2018. Esta tabela, está disponível no anexo B deste documento.

7 DISCUSSÃO

7.1 EVOLUÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SANTA CATARINA

O presente trabalho é de caráter inédito no estado de Santa Catarina, tendo em vista a magnitude de sua pesquisa em relação a sua abrangência em anos e às cidades alcançadas. Além da coleta e da apresentação dos dados relativos aos produtos e valores dos itens judicializados, este trabalho traz, também, a situação da judicialização de medicamentos de forma regionalizada, alcançando desde as cinco mesorregionais catarinenses até seus municípios.

É importante ressaltar que, assim como observado em outros trabalhos em que o tema pesquisado é a judicialização da saúde envolvendo as Secretarias de Saúde dos Estados e o Poder Judiciário, foram encontradas inúmeras dificuldades na coleta e obtenção dos dados nas formas requisitadas. O que se percebe é que há muita dificuldade de diálogo entre os setores envolvidos dentro da própria SES/SC, outras Secretarias, por todo o Brasil, mas também entre outros órgãos detentores das informações (ARAÚJO, 2018; BRASIL, 2015).

Segundo relato de funcionária do TJSC, os *softwares* utilizados pelo Tribunal de Justiça do Estado e pela SES/SC para o cadastro dos processos e de pacientes, passaram por atualizações. A pesquisa por Jurisprudência, por exemplo, melhorou muito no decorrer dos últimos anos, mas os sistemas de registro ainda apresentam incongruências e falta de informações precisas.

Esta informatização inclui, além da modernização dos sistemas, a nova forma de cadastro e classificação das ações que são protocoladas e, já em primeira instância (quando deve ser definido o seu objeto), devem seguir modelo de codificação pré-definido mediante listagem e distribuído pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a todo o país.

Porém, embora estes dados sejam organizados em classificações oficiais, nem sempre estas classificações refletem a realidade, a exemplo de um mandado de segurança expedido contra autoridade pública, no qual o seu fim, é a requisição de medicamentos. Assim:

Muitas vezes um processo começa com um assunto, uma matéria, chegando ao Tribunal de Justiça com recurso de apelação. Nós, funcionários, verificamos que a matéria não condiz com o teor do processo. Mas, neste ponto, já não há como voltar atrás e refazer, reclassificar. Uma vez que um processo é cadastrado e o objeto da ação classificado, seguirá assim, até o fim. (informação verbal)².

A problemática que circunda a captação do número de ações é tamanha, que o próprio TJSC se reporta (em resposta a *e-mail* contendo solicitação referente ao número de ações judiciais), utilizando o com o seguinte texto:

“Esclarecemos que esta demanda, assim como as anteriores, são de captação e análise complexas, diante da multiplicação de processos originada pela multiplicidade de assuntos que um processo pode ter, pela multiplicidade de partes e pela falta de padronização do nome das partes” (DRESCH, 2019).

Diante deste escopo e considerando as diversas nuances e possibilidades de análise que um trabalho desta consistência possa gerar, esta discussão se limita a tentar responder algumas perguntas, que são as perguntas motivadoras desta investigação, porém, sem descartar futuras análises que possam surgir a partir da amplitude dos objetivos deste trabalho e para além, sob outros olhares.

Os dados são impactantes. Boing (2008), traz a palavra explosão para se referir ao tamanho do aumento dos gastos da SES/SC para atendimento das demandas judiciais em saúde no estado de Santa Catarina.

Este crescimento, no entanto, atinge tanto o estado de Santa Catarina, como outros estados brasileiros, municípios, e até outros países, como já apresentado na parte introdutória desta dissertação.

Seguindo esta linha de raciocínio, nas publicações desde Boing (2008), até Ronsein (2010), os números apontados sofrem saltos vertiginosos em crescimento e o que se nota com o passar dos anos, é a persistência deste mesmo cenário.

Ronsein (2010), registra o valor de R\$ 60 milhões gastos em provimento destas ações no ano de 2008, enquanto este estudo aponta a continuidade deste

² Informação fornecida por funcionário(a) do TJSC à Leila Mello Pioner. Florianópolis.2019.

crescimento, quando em 2010 (Quadro 1/ Gráfico A), o valor dos gastos em judicialização de medicamentos e insumos passaram a R\$ 83,7 milhões, 40% de aumento em relação ao estudo de Ronsein (2010).

Os gastos registrados no estado de Santa Catarina para o ano seguinte (2011), podem ser visualizados no Quadro 1, Gráfico B e são na ordem de R\$ 111 milhões, uma diferença para mais, em torno de R\$ 27 milhões, correspondendo a 33% de aumento dos valores gastos em relação ao ano anterior. Este montante supera o valor encontrado no estado de Minas Gerais no mesmo ano, ficando apenas atrás do estado de São Paulo, que contabilizou em torno de R\$ 223 milhões com a judicialização de medicamentos (ALVES, 2016; ARAÚJO, RODRIGUES, KAMIMURA; 2018).

Nos anos subsequentes entre 2012 a 2016 (Gráficos C a G do Quadro 1), os números continuam bastante altos e oscilam em relação aos gastos, mas não há um grande salto ou remissão destes valores. A distribuição dos gastos neste período está registrada da seguinte forma: 2012 (R\$ 112,1 milhões), 2013 (R\$ 99,8 milhões), 2014 (R\$ 109,7 milhões), 2015 (R\$ 112,5 milhões), 2016 (R\$ 102,5 milhões). Ainda assim, o que se encontra para os anos seguintes, não é a contenção ou diminuição destes valores, mas novos aumentos.

Em continuidade às análises, entre o ano de 2016 e 2017 (Gráficos G e H do Quadro 1), os gastos do estado de Santa Catarina para custear os fornecimentos das demandas judiciais voltaram a crescer. Desta vez com aumento de R\$ 25 milhões, correspondendo a 25 % de aumento em relação ao ano anterior (2016).

A evolução desses gastos no decorrer dos anos seguintes mostra novo crescimento no ano de 2018 (Gráfico I do Quadro 1), desta vez na ordem de R\$ 23 milhões, que corresponde a 19 % de aumento em relação ao ano anterior, 2017 (Gráfico H do Quadro 1), e 50% de aumento em relação a 2016 (Gráfico G do Quadro 1).

Ainda, ao se considerar o aumento percentual do montante gasto para os atendimentos judiciais em todo o percurso cronológico deste trabalho, observa-se aumento de 80% nos gastos ao comparar-se o primeiro (2010) e o último ano (2018). E, ao se falar de totalidade, é possível registrar o valor de R\$ 1 bilhão ao somar-se os gastos por estes nove anos em Santa Catarina.

Em que pese a distribuição dos recursos públicos para os fins aos quais se destinam e a eterna escassez de recursos públicos para atender a demanda da sociedade, a judicialização da saúde pode comprometer ainda mais o planejamento financeiro e na decisão de quais áreas devem ser atendidas prioritariamente (CONSELHO NACIONAL DE JUSTICA, 2015; WANG *et al.*, 2014)

Diante desta situação, é plausível a colocação de que, em algumas situações, o poder judiciário extrapola sua função de julgar, comprometendo o planejamento do orçamento para atender todas as demandas estaduais (FOLHA DE SÃO PAULO, 2019).

7.2 DIFERENÇAS ENTRE OS VALORES PERTENCENTES ÀS COMPRAS PARA ATENDIMENTO DAS DEMANDAS JUDICIAIS E O CONSUMO EFETIVO DOS PRODUTOS JUDICIALIZADOS, SOB A LUZ DO INTERESSE PÚBLICO

As diferenças entre os valores destinados ao provimento de demandas judiciais podem ser analisadas sob algumas perspectivas, ora de acordo com a entrada das notas fiscais de compra de mercadoria pela SES, ora de acordo com as notas fiscais de saída desses produtos, conforme o objetivo e o alcance da pesquisa realizada.

Esta ressalva se faz importante ao se considerar que as compras de medicamentos realizadas com o objetivo de atender as demandas judiciais não garantem “*per se*” que o paciente terá acesso ao produto comprado pois, ao se considerar a realidade operacional envolvendo as demandas judiciais em saúde, e de acordo com a rotina estabelecida pela SES/SC, existem algumas variáveis que podem interferir diretamente em todo este processo.

Uma dessas variáveis é o tempo, já que mesmo existindo prazo legal para a aquisição e o fornecimento do produto litigado, há os entraves burocráticos envolvidos em todo o processo e, em alguns casos, são efetuadas compras de itens que nunca serão utilizados pelos solicitantes.

Dentro deste contexto, é importante destacar certas situações (algumas rotineiras), assumidas pela SES/SC no âmbito operacional e que podem ser apontadas como responsáveis ou corresponsáveis pelas diferenças entre os valores gastos com a aquisição destes produtos e os valores gastos com os atendimentos aos pacientes de forma efetiva.

Com o intuito de esclarecimento, é possível descrever algumas destas situações:

- I) Paciente vai a óbito e/ou deixa de necessitar do medicamento entre o deferimento da liminar e a compra do produto e o envio ou recebimento deste;
- II) Paciente vai a óbito e/ou deixa de necessitar do medicamento ou insumo durante o tratamento, e esta informação não é repassada de maneira célere para a devida suspensão, no sistema MEJUD, do fornecimento do medicamento ou insumo, gerando continuidade no atendimento por certo período;
- III) Ocorrência de mudanças no decorrer do tratamento em relação à posologia, ou até mesmo em relação ao tipo de medicamento prescrito após sua compra.

Por exemplo, na situação em que médico muda a prescrição de um paciente, onde o medicamento já foi adquirido pela SES/SC e que, portanto, não será mais utilizado para o fim ao qual estava destinado.

Nestes casos, além desta nova prescrição gerar nova compra, o produto comprado anteriormente gera um estoque até que a informação da descontinuidade do tratamento anterior seja atualizada (e que as vezes demora algum tempo), causando custos desnecessários ao erário público, pois em muitas dessas ocasiões, o medicamento chega a vencer antes de um possível redirecionamento para outro usuário.

Em outras situações (onde cabe o exemplo do medicamento manipulado), os medicamentos já chegam no almoxarifado com prazo de validade muito curto, dado todo o trâmite licitatório ou a extemporaneidade do produto, de forma que o tratamento adquirido não poderá ser utilizado na sua completude, gerando mais desperdício dos recursos públicos que poderiam ser melhor aplicados pela sociedade.

Todos estes são casos passíveis de discussão em prol de melhorias, mas no caso dos produtos manipulados, fica até mais difícil a sua reutilização ou aproveitamento para o uso de outro paciente, dada a personalização deste tipo de tratamento.

Além disso, outras situações também frequentes, embora não tão abundantes quanto as anteriores, mas não menos importantes e que revelam erros na condução e acompanhamento dessas ações judiciais como por exemplo:

- I) Desconhecimento (por parte do litigante), da expedição de liminar em seu favor, denotando falta de comunicação do representante legal do paciente (normalmente o advogado), com as unidades de saúde;
- II) Mudança de domicílio dos pacientes, até mesmo para outros estados (não repassando seus novos endereços às unidades de saúde), ADRs ou à SES/SC, gerando a continuidade da compra do item ou o envio do item já adquirido e que poderia servir a outros pacientes.

É diante deste tipo de cenário, em consequência dos não atendimentos de algumas ações judiciais por motivos diversos (incluindo os motivos relatados acima), que são frequentes os casos de recebimento de medicamentos e insumos devolvidos e que, poderiam ser reutilizados para o atendimento de outros pacientes em outras demandas judiciais onde a prescrição médica é idêntica, se já não chegassem ao almoxarifado da SES/SC vencidos ou próximo do vencimento no momento da devolução.

7.2.1 Atendimento das demandas judiciais por medicamentos importados do estado de Santa Catarina

Prosseguindo-se em análise à rotina da SES-SC em relação aos medicamentos judicializados, é possível entender que até o momento do deferimento da liminar o paciente não existe dentro do orçamento previsto para o ano vigente, nem dentro do planejamento de compras de medicamentos e, quando se trata de um medicamento importado, o acesso ao medicamento é ainda mais complicado, pois é necessário o cumprimento dos protocolos que são relativos tanto à parte burocrática de importação de medicamentos, como ao controle de qualidade dos mesmos, na tentativa de garantir o máximo de segurança ao paciente, uma vez que grande parte dos medicamentos importados não têm registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O tempo envolvido em todo este processo, desde o recebimento da informação de que existe a necessidade de compra de fornecimento do medicamento pela SES-SC, com o deferimento da liminar, passando pelo processo licitatório, a chegada do medicamento ao Brasil e todo o processo aduaneiro até o medicamento chegar ao paciente, é de 90 dias, em média.

Na tentativa de oferecer um panorama dos medicamentos e insumos judicializados no estado e, mesmo ciente da necessidade de discussão mais detalhada a respeito de todas as situações envolvidas aqui, esta equipe precisou ser bastante concisa, deixando de fora seus usos e indicações terapêuticas, datas de seus registros junto à ANVISA até situações de aprovação junto à CONITEC, sob pena desta discussão se tornar algo muito maior que uma proposta de pesquisa desta natureza pudesse suportar, superior ao que é possível detalhar em um trabalho deste porte, inviabilizando sua apresentação no formato de dissertação.

Sendo assim, apresenta-se, a seguir, apenas alguns comentários sobre a situação do Eculizumab e do Canabidiol, medicamentos importados na data de confecção deste trabalho, e que servem como exemplo para esta situação.

De acordo com os registros disponíveis no MEJUD, o Eculizumab foi o primeiro medicamento importado pleiteado judicialmente no estado, com a sua data de inclusão no MEJUD no ano de 2010, mas com registro recente na ANVISA (BRASIL, 2017), e incorporado ao SUS para o tratamento de pacientes com hemoglobinúria paroxística noturna (HPN) (BRASIL, 2018d).

Já foi considerado o medicamento mais caro do mundo, o Eculizumab responde por R\$ 6,6 milhões em atendimentos em 34 solicitações judiciais no período entre 2010 e 2018, porém o período mais expressivo da sua participação nas demandas judiciais em saúde no estado de Santa Catarina, data do ano de 2016, quando este medicamento esteve presente entre os dez medicamentos responsáveis pelo maior volume de gastos (REVISTA ÉPOCA, 2012).

Já o Canabidiol (CBD), objeto de diversos estudos científicos e já utilizado em países como Canadá, Holanda, Alemanha, Itália, Finlândia, Reino Unido, EUA, Austrália, Nova Zelândia, Alemanha, África do Sul e principal componente não psicoativo da planta *Cannabis sativa* (maconha), é utilizado no tratamento dos transtornos psíquicos, dor oncológica e neuropática, com algumas indicações no

tratamento da esclerose múltipla, doença de Parkinson/distúrbios motores e, em especial, nas epilepsias refratárias (BRUCKI et al., 2015; MATOS et al., 2017).

De acordo com os dados disponíveis no MEJUD, a primeira solicitação cadastrada para fornecimento envolvendo CBD, foi no ano de 2015, na apresentação *Real Scientific Hemp Oil (RSHO)*, na concentração de 15 - 19%, em tubo de 10 gramas, comercializada pela HempMeds®, mas em 2018, contabilizou-se em torno de 900 pacientes atendidos.

7.3 CUSTOS *PER CAPITA*

Detentor da quinta maior renda nominal mensal domiciliar *per capita* do país no último censo (2010): R\$1.660,00, possuindo o terceiro maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país (0,774), segundo dados do CNJ, o estado de Santa Catarina foi o responsável pelo terceiro maior gasto com a compra de medicamentos e insumos para atendimento de demandas judiciais do país no ano de 2014 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2017a; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012; 2018a).

Ainda, ao se considerar o último censo do IBGE , com a população registrada em solo catarinense de 6.248.436 e a estimativa divulgada por este mesmo órgão, de que no ano de 2018 a população estaria em torno de 7.075.494 pessoas, pode-se fazer algumas relações, pertinentes ao valor utilizado para atendimentos em demandas judiciais em Santa Catarina (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012; 2018b).

Considerando o ano de 2010, quando a média nacional de rendimento domiciliar *per capita* foi de R\$ 1.345,00, o gasto com o fornecimento para atendimento das demandas judiciais *per capita* em Santa Catarina foi de R\$13,77 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Portanto, Santa Catarina, um estado com renda *per capita* acima da média nacional, gastou mais de 1 % do valor da renda mensal domiciliar *per capita* do brasileiro com a aquisição judicial de medicamentos. Valor bastante alto ao se considerar que, para composição destas razões e proporções, é considerada a população total do local ao qual se quer contabilizar.

Um valor maior ainda pode ser encontrado ao relativizar-se o total de R\$ 1 bilhão do somatório dos gastos de todos os anos (2010 a 2018) com a judicialização da saúde no estado pelo quantitativo populacional. Este valor *per capita* (R\$ 141,33), relata um custo quase três vezes maior que o montante diário (R\$ 55,33) necessário para compor o rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* deste mesmo estado no ano de 2018 (R\$ 1.660,00) (BRASIL, 2018b).

Porém, ao considerar-se os valores aproximados mobilizados pela SES/SP para o atendimento das demandas judiciais por medicamentos em São Paulo que apontam entre R\$ 900 milhões e R\$ 1 bilhão para o ano de 2016, é possível traçar a comparação entre Santa Catarina e São Paulo no que diz respeito aos gastos *per capita* (SÃO PAULO, 2016).

Sendo assim temos, de um lado, o estado Santa Catarina, onde gastos com o provimento judicial de medicamentos gira em torno de R\$ 100 milhões ao ano, para o atendimento de 7 milhões de pessoas, atingindo um valor *per capita* aproximado de R\$ 14,00 e do outro lado o estado de São Paulo, com o valor de R\$ 1 bilhão para o atendimento judicial de medicamentos de uma população estimada em torno de 45 milhões de pessoas, com um gasto *per capita* em torno de R\$ 22,00. Valor deveras aproximado, dada a diferença populacional entre estes dois entes federados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017; SÃO PAULO, 2016).

7.4 IDENTIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS ENVOLVENDO A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM TERRITÓRIO CATARINENSE

7.4.1 Judicialização da saúde por mesorregião do estado de Santa Catarina e a distribuição dos medicamentos segundo classificação ATC

Em análise à distribuição dos valores monetários referentes ao fornecimento de medicamentos e insumos judicializados, segundo as regiões do estado de Santa Catarina, os resultados obtidos são semelhantes a outros estudos que consideram o número de ações e processos por limites geográficos (LEITÃO *et al.*, 2016; NUNES; RAMOS JUNIOR, 2016; RONSEIN, 2010).

Sob este olhar, desde o ano de 2010 até o ano de 2014 e no ano de 2016, os gastos para atendimento das demandas judiciais em saúde se concentraram de maneira muito clara na mesorregião da Grande Florianópolis, de acordo com os Gráficos A, B, C, D, E e G (Quadro 1), e, ao se considerar os cinco medicamentos mais onerosos desta mesorregião, os gastos ficaram centralizados nos medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores (ATC L), antivirais de uso sistêmico (ATC J) e medicamentos para tratamento dos órgãos sensoriais (ATC S) (Figura 9).

Nos anos em que a Grande Florianópolis não está em primeira posição no volume de gastos, aparece liderando esta pesquisa nos anos de 2015, 2017 e 2018 e segundo lugar nos anos de 2010 a 2014 e 2016 (Quadro 1), a outra mesorregião que se destaca na judicialização da saúde no estado de Santa Catarina o do Vale do Itajaí, na qual predominam as indústrias têxtil, naval e tecnológica.

Porém, a mesorregião do Vale do Itajaí apresenta o maior índice de desenvolvimento sustentável do estado e um dos maiores IDHs do país, refletindo um menor grau de exclusão social (FECAM, 2018a; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018; SANTA CATARINA, 2018).

Dos medicamentos pleiteados judicialmente nos anos onde esta região foi a responsável pelo maior volume de gastos do estado, a predominância está em apenas três classes de medicamentos, conforme Figura 10: antineoplásicos e imunomoduladores (ATC L), preparações hormonais sistêmicas (ATC H) e medicamentos utilizados no tratamento dos órgãos sensoriais (ATC S).

Estes dados corroboram aos achados de outros estudos, que relatam maior volume de gastos em judicialização em localidades mais desenvolvidas, o que evidencia a desigualdade do acesso à assistência e o não equacionamento do direito à saúde, como colocam VIEIRA, ZUCCHI (2007) e NUNES, RAMOS JUNIOR (2016).

Já a região Sul, que se destaca economicamente pelos segmentos do vestuário, plásticos descartáveis, carbonífero e cerâmico, apresenta posição mediana em relação às questões judiciais envolvendo medicamentos quando comparada às outras mesorregiões catarinenses no decorrer do período desta pesquisa (SANTA CATARINA, 2018).

Os medicamentos mais onerosos e responsáveis pela maior concentração de gastos na mesorregião Sul ficaram concentrados em quatro classes terapêuticas,

segundo classificação ATC: antineoplásicos e imunomoduladores (ATC L), antivirais de uso sistêmico (ATC J), medicamentos do trato alimentar e metabolismo e medicamentos do sistema cardiovascular (ATC C) (Figura 11).

Com a variação de gastos entre R\$ 11 e 20 milhões e o segundo menor Índice de Desenvolvimento Sustentável (IDS) do estado, a região Oeste centraliza atividades de produção alimentar e de móveis, registrando concentração dos custos de medicamentos judicializados na categoria dos antineoplásicos e imunomoduladores (ATC L), dos antivirais de uso sistêmico (ATC J) e nos medicamentos para tratamento do aparelho respiratório (ATC R) (Figura 12) (FECAM, 2018b; SANTA CATARINA, 2018).

Já a segunda mesorregião em maior IDS, maior renda *per capita* do estado, polo tecnológico, moveleiro e metalomecânico e onde está situada Joinville (cidade mais populosa de Santa Catarina), a mesorregião Norte apresenta baixo índice de judicialização em saúde se comparada às outras mesorregiões e segundo lugar em menores volumes de gastos registrados no decorrer de todos os anos (FECAM, 2018b; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018b; SANTA CATARINA, 2018).

A informação acima se repete, ao se comparar trabalhos antecedentes a este e no mesmo estado, mas vem de encontro a outros tantos trabalhos em outros estados brasileiros, que relatam a maior presença do fenômeno da judicialização em grandes centros urbanos, onde é maior o acesso ao poder judiciário (NUNES; RAMOS JUNIOR, 2016; PEREIRA *et al.*, 2010; RONSEIN, 2010).

Na região Norte então, os custos se concentram nos antineoplásicos e imunomoduladores (ATC L), antivirais de uso sistêmico (ATC J) e medicamentos do trato alimentar e metabolismo (Figura 13).

A mesorregião da Serra catarinense, com o menor IDS do estado, menor renda *per capita* e onde a atividade econômica concentra-se na indústria de papel, celulose e da madeira, apresentou os menores volumes de gastos com medicamentos e insumos judicializados e a concentração dos gastos está distribuída da seguinte forma, conforme Figura 14: antineoplásicos e imunomoduladores (ATC L), medicamentos do trato alimentar e metabolismo, antivirais de uso sistêmico (ATC J), medicamentos do sistema cardiovascular (ATC C) e medicamentos utilizados no

tratamento dos órgãos sensoriais (ATC S) (FECAM, 2018b; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018b; SANTA CATARINA, 2018).

Seguindo esta linha de análise, é possível perceber diferenças proeminentes em relação a indicadores importantes, mas também semelhanças em relação aos gastos com medicamentos e insumos judicializados entre estas duas últimas mesorregiões catarinenses analisadas.

Ora, é sabido que a região Norte do estado está em posição diametralmente oposta à região Serrana (ao considerar-se a densidade demográfica e a participação relativa do PIB do estado), mas é possível inferir semelhanças entre estas duas mesorregiões (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018b; SEBRAE, 2013). Estas semelhanças são percebidas aqui, no âmbito deste trabalho e são referentes aos gastos no provimento das demandas judicializadas de medicamentos e insumos, e que podem refletir maneiras diferentes na gestão da saúde e/ou na organização da assistência farmacêutica, como já relatado por Pereira *et al.* (2010).

Com o intuito de visualizar a totalidade dos gastos com a judicialização no estado, foi elaborado gráfico com a somatória destes valores, representado pela Figura 5 e o gráfico comparativo constante na Figura 6. Estas Figuras trazem a informação de que a região da Grande Florianópolis se mantém líder em relação ao volume de gastos em relação às outras mesorregionais e que as posições das mesorregionais permanecem as mesmas de quase todos anos apresentados anteriormente, no Quadro 1.

Também de acordo com as Figuras 5 e 6, é possível inferir que mais de 50% dos gastos totais estão concentrados em apenas duas mesorregionais, a Grande Florianópolis (formada por 21 municípios) e a mesorregião do Vale do Itajaí (formada por 54 municípios), revelando as seguintes situações: concentração extrema de gastos em duas mesorregionais catarinenses, evidenciando a disparidade em função do restante dos 220 municípios deste mesmo estado que, juntos, formam as outras quatro mesorregionais e que não chegam a somar, juntos, nem 50% do valor destinado à judicialização.

Outras relações também chamam atenção a partir das Figura 5 e 6, como por exemplo a diferença de mais de 400% para menos da mesorregião da Serra

catarinense em relação à mesorregião da Grande Florianópolis e a situação da região Norte do estado, onde está localizada a cidade de Joinville e que apresenta gastos em judicialização abaixo do esperado, por ser a maior cidade do estado.

Para possibilitar uma visão pormenorizada dos municípios que compõe as Figuras 5 e 6, a equipe deste trabalho confeccionou o gráfico constante na Figura 7.

7.4.2 Municípios responsáveis pelos maiores gastos com fornecimento judicial de medicamentos e insumos

Ao analisar-se a Figura 7, é possível mensurar a participação dos dez municípios onde a concentração de gastos para o atendimento das demandas judiciais em saúde foi maior. Merece destaque a participação financeira da capital catarinense, Florianópolis, em relação aos gastos com fornecimento de medicamentos e insumos, se comparada às outras cidades, que também contam com altos índices de judicialização no estado.

Florianópolis apresenta 185% a mais em gastos com fornecimentos para atendimentos de demandas judiciais, se comparado ao segundo município que mais gastou com estes atendimentos, a cidade de São José. É possível verificar ainda que, dos 296 municípios do estado de Santa Catarina, três municípios da mesorregião da Grande Florianópolis (Florianópolis, São José e Palhoça), estão entre os dez municípios que mais demandam recursos financeiros para o fornecimento de medicamentos judicializados.

Dos municípios da mesorregião Sul, dois demandam elevados gastos com o fornecimento de medicamentos, Criciúma e Tubarão. Já na mesorregião do Vale do Itajaí, merecem destaque o município de Blumenau (o maior desta mesorregião), assim como o município de Itajaí. Na mesorregião da Serra catarinense, o seu maior município, Lages, e na mesorregião do Oeste, Chapecó, também entram na lista dos dez municípios com maiores índices de gastos.

Joinville é um município que, novamente, tem destaque neste cenário, aparecendo neste gráfico como o sétimo em números de gastos com judicialização de medicamentos, apesar de ser o maior do estado de Santa Catarina, mas fica atrás de outros municípios com menores densidades populacionais, trazendo, como já mencionado anteriormente, a ideia de uma organização bastante diferente no que diz

respeito à assistência farmacêutica, corroborando com estudos anteriores a este (BOING, 2008; PEREIRA, 2010; RONSEIN, 2010).

7.4.3 Gastos *per capita* em dez municípios catarinenses

Na tentativa de ir mais além no que já foi dito anteriormente, foi confeccionado o gráfico presente na Figura 8, que revela diferença significativa no custeio da judicialização da saúde no estado de Santa Catarina sob uma perspectiva dos gastos *per capita* nos dez municípios onde este gasto foi maior.

Desta forma, dois municípios se destacam, Tubarão (décimo terceiro município no *ranking* estadual e o de menor população dentre os municípios pertencentes à Figura 8, com o maior gasto *per capita* acumulado nos anos desta pesquisa, e Joinville (município mais populoso do estado), que se destaca por registrar o menor gasto *per capita* nas demandas judicializáveis em saúde quando comparado aos outros municípios elencados.

Na busca da complementaridade de informações para justificar o que está provado matematicamente (o êxito na diminuição da judicialização em saúde no município de Joinville), se chegou a algumas respostas que pode ser indicativa de um caminho possível de solução para os excessos na judicialização de medicamentos e insumos no estado.

7.5 O QUE PODE SER UM CAMINHO PARA A DIMINUIÇÃO DAS DEMANDAS JUDICIAIS EM SAÚDE

Em investigação aos movimentos realizados pelo município de Joinville para tentar explicar de que forma o município mais desenvolvido e populoso do estado mantém os níveis de judicialização bem abaixo do esperado (na contramão de todos os outros municípios, da própria capital catarinense e de outros estados brasileiros), encontrou-se o que pode ser a explicação definitiva para os resultados apresentados aqui.

A exemplo do que ocorre em outros locais do estado e do país, no sentido do combate à judicialização, o município de Joinville seguiu o que preconiza a Resolução Nº 238 de 06/09/2016 do CNJ e, mediante convênio estabelecido entre o TJSC e a

SES/SC, criou seu Núcleo de Apoio Técnico (NAT) (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016).

Porém, diferentemente dos outros NATs, o NAT de Joinville não trabalha apenas no assessoramento das decisões dos magistrados ou na pesquisa de alternativas terapêuticas já disponíveis. Para além disto, o trabalho do NAT/Joinville prioriza a resolução das demandas judiciais em saúde ainda na fase administrativa, agindo de forma preventiva à problemática da judicialização.

O que existe na prática no município de Joinville (e que não há registros de que aconteça em outras cidades e estados, é que o Ministério Público de Santa Catarina (MPSC), a Defensoria Pública do Estado (DPESC) e da União (DPU), Ministério Público Federal (MPF), unidades do SUS e diversos outros órgãos estão aptos a formular e encaminhar documentos eletrônicos no formato de requerimentos administrativos para a solução das demandas judiciais em saúde envolvendo, principalmente, medicamentos.

Sabe-se, todavia, que este movimento só foi possível após estabelecimento do Decreto nº 30.043, de 14 de novembro de 2017, que prioriza o atendimento administrativo das demandas por medicamentos, auxiliando no ótimo desempenho apresentado pelo NAT/Joinville, que assim consegue efetividade na resolução das demandas judiciais em saúde, antes mesmo da sua ascensão aos tribunais.

O alto grau de resolutividade administrativa alcançado pelo município de Joinville, que tem como resposta a mitigação dos litígios causados pela carência de bens e serviços regionais em saúde, pode ser acompanhado por meio dos seus Relatórios Anuais de Gestão (RAG), emitidos periodicamente pela própria prefeitura do município e disponibilizados via *internet*, mas também, estas respostas são comprovadas nos gráficos presentes neste trabalho.

8 CONCLUSÃO

A análise conjunta dos resultados obtidos neste estudo revelam que Santa Catarina ainda mantém movimento ascendente em relação ao comprometimento de recursos públicos para atender a demanda de medicamentos pleiteados judicialmente e que, atualmente, é o terceiro estado da federação que mais compromete recursos com este tipo de situação, registrando a somatória de mais de 1 bilhão de reais entre 2010 e 2018.

À medida que esta pesquisa avançou, ao tentar-se entender justiça e igualdade, a realidade foi uma enxurrada de ações judiciais em saúde onde preponderaram a litigância individual e o foco curativo das demandas em detrimento à prevenção, preconizada em saúde pública. E é, neste momento, que desponta a situação da judicialização no mapa das mesorregionais catarinenses, evidenciando a Grande Florianópolis como a mesorregião que apresenta os maiores valores com estes atendimentos, seguida do Vale do Itajaí, Sul, Oeste, Norte e Serra.

Porém, há um fato marcante nesta pesquisa e que confirma o que, no projeto desta, fora apenas uma condição hipotética: de que é possível a diminuição das demandas judiciais por medicamentos, a exemplo do município de Joinville que (mesmo sendo a maior cidade do estado), consegue conter ou equilibrar este movimento.

Na direção de investigar quais seriam os objetos responsáveis por tamanho volume de comprometimento financeiro, encontrou-se os anticorpos monoclonais, destinados ao tratamento de doenças crônicas, principalmente o câncer e doenças autoimunes, e que evidenciam a importância de um olhar ao futuro a partir da perspectiva de envelhecimento da população devido ao aumento da ocorrência das doenças crônicas associadas à velhice, paralelamente ao progressivo aumento dos preços dos medicamentos lançados anualmente.

Sendo assim, a equipe deste trabalho, a partir de toda a análise realizada, sugere ao estado de Santa Catarina que priorize algumas situações na direção do combate à judicialização da saúde:

- 1 – Aprofundar a pesquisa em relação a situação da judicialização no município de Joinville para, talvez, ampliar seu modelo de gestão para todo o estado.

2 – Aparelhar o estado com os recursos humanos qualificados visando a resolução desta problemática, associando, em movimentos harmônicos e sincronizados o potencial de pesquisa ao bom funcionamento estatal, sob pena do comprometimento cada vez maior de recursos públicos para atendimento das demandas judiciais por medicamentos.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Jéssica; SANTOS, Alethele. O conceito de integralidade em saúde nos artigos científicos, no Supremo Tribunal Federal (STF) e nos enunciados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário**, Brasília, 5(4):96-111, out./dez, 2016 96. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i4.275>>. Acesso em: 23 jan. 2018.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.2067-2074. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>>. Acesso em: 12 dez. 2019.
- AMERICAN CANCER SOCIETY - ACS. 2016. **Monoclonal antibodies to treat cancer**. Disponível em: <<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/immunotherapy/monoclonal-antibodies.html>>. Acesso em: 14 jun. 2017.
- Andrade et al. **Desafios do sistema de saúde brasileiro**. 2018. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8468>>. Acesso em: 09 mai. 2019.
- ARAÚJO, Izabel Cristina de Souza. **A judicialização da saúde em Manaus: análise das demandas judiciais entre 2013 a 2017**. 2018. 81f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2018.
- ARAÚJO, Walcyline Castilho de; Rodrigues, Marilsa de Sá; KAMIMURA, Quésia Postigo. **Judicialização da saúde: um estudo no estado de São Paulo**. 2018. Disponível em: <<https://www.lajbm.net/index.php/journal/article/view/463>>. Acesso em: 09 mai. 2019.
- ASENSI, F.; PINHEIRO, R. Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages (SC). **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 48-65, 25 out. 2016.
- BALDONI, A. O.; PEREIRA, L. R. L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 313-321, 2012.
- BERMUDEZ, Jorge Antônio Zepeda et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1937-1949, junho 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601937&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2019.

BÍBLIA. **Salomão julga a causa de duas mulheres**. Tradução de João Ferreira de Almeida. Rio de Janeiro. Sociedade Bíblica do Brasil. 2003 (1 REIS 3:16-28).
BOING, A.; BLOEMER, N.; ROESLER, C.; FERNANDES, S. A judicialização do acesso aos medicamentos em Santa Catarina: um desafio para a gestão do sistema de saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, n. 1, p. 82-97, 12 jun. 2013.

BOING, ALEXANDRA CRISPIM. **Política e Constituição**: a judicialização do acesso a medicamentos em Santa Catarina. 2008. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_11968.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2017.

BORGES, Danielle da Costa Leite; UGA, Maria Alicia Dominguez. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-69, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100007>>. Acesso em: 04 mar. 2017.

BRASIL. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Consultas**. 2017. Disponível em: <<https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/25351199836201512/?substancia=25890>>. Acesso em: 03 fev. 2018.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. 2018d. Eculizumab para o tratamento da Hemoglobinúria Paroxística Noturna. Nº 413. Dezembro/2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_Eculizumabe_HPN.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. art. 196. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/atividade/const/constituicao-federal.asp#>. Acesso em: 16 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO – EXERCÍCIO DE 2017**. 2018a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>>. Acesso em: 09 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2018c. **Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)**. 2013. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/assistencia->

[farmaceutica/medicamentos-rename/componente-basico-da-assistencia-farmaceutica-cbaf>.](#) Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 338, DE 06 DE MAIO DE 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 06 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 06 jul. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 9.313, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/civil_03/LEIS/L9313.htm>. Acesso em: 06 jul. 2017.

BRASIL. 2017b. Sistema Único de Saúde. [Online] Ministério da Saúde, 18 de 05 de 2017b. [Citado em: 22 de 03 de 2019.] <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus/770-sistema-nacional-de-saude/40183-sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 08 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Considerações sobre a Portaria 3.992, de 28/12/2017, que trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde.** 2018b. Disponível em: <<http://portalfns.saude.gov.br/ultimas-noticias/1898-consideracoes-sobre-a-portaria-3-992-de-28-12-2017-que-trata-do-financiamento-e-da-transferencia-dos-recursos-federais-para-as-acoes-e-os-servicos-publicos-de-saude>>. Acesso em: 16 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.916, DE 30 DE OUTUBRO DE 1998. 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 06 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII conferência nacional de saúde.** 1986. Disponível em : <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 08 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro.** 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2017.

BRASIL. **ONU aponta Brasil como referência mundial no controle da Aids**. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/07/onu-aponta-o-brasil-como-referencia-mundial-no-controle-da-aids>>. Acesso em: 08 set. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei Nº 12.401, de 28 de Abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>. Acesso em: 08 set. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. DECRETO Nº 7.646, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Decreto/D7646.htm>. Acesso em: 11 set. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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. 1990^a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 11 set. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 11 set. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 12.527, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 05 jan. 2017.

BRUCKI, Sonia M. D. et al. Cannabinoids in neurology – Brazilian Academy of Neurology. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 73, n. 4, p. 371-374, abr. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20150041>>. Acesso em: 13 jan. 2020.

BRUNO, Mariana Pioner. Entrevista I (março de 2019). Entrevistadora Leila Mello Pioner. Florianópolis. 2019.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, julho 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; Minayo, Maria Cecília De Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria De; (Org). **Tratado De Saúde Coletiva**. 2006. Edição 1. Editora Hucitec. Editora Fiocruz.

CARVALHO, RALPH KNOCHENHAUER. **A judicialização do acesso à saúde no Brasil: O caso HIV-AIDS**. 2007. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/7532853-A-judicializacao-do-acesso-a-saude-no-brasil-o-caso-hiv-aids.html>>._ Acesso em: 15 jan. 2018.

CATANHEIDE, Izamara Damasceno; LISBOA, Erick Soares; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 [4]: 1335-1356, 2016.

CHIEFFI, Ana Luiza. **Análise das demandas judiciais de medicamentos junto a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo à luz da política de assistência farmacêutica**. 2017. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. doi:10.11606/T.5.2017.tde-31072017-130420. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-31072017-130420/pt-br.php>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência**. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. - Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/2011/02/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução Nº 238 de 06/09/2016. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. 2016. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=2339>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **TCU e Estados apontam aumento dos gastos com a judicialização da saúde**. 2017a. Disponível em:

<<https://www.cnj.jus.br/tcu-e-estados-apontam-aumento-dos-gastos-com-a-judicializacao-da-saude/>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **CNJ debate judicialização da saúde em audiência pública**. 2017b. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/cnj-debate-judicializacao-da-saude-em-audiencia-publica/>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **América Latina discute judicialização da saúde**. 2018. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/america-latina-discute-judicializacao-da-saude/>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

CONJUR. **Com judicialização da saúde, juízes passam a ditar políticas públicas do setor**. 2018. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-ago-15/judicializacao-saude-juizes-passam-ditar-politicas-publicas-setor63>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

CONJUR. **Demora na inclusão leva demanda ao Judiciário**. 2009. Disponível em : <<https://www.conjur.com.br/2009-fev-23/demora-incluir-remedio-gratuito-sus-leva-demanda-judiciario>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **A assistência farmacêutica no SUS**. Conselho Federal de Farmácia, Conselho Regional de Farmácia do Paraná; organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia, Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 124 p. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**, 2. 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_2.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 22 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2, atualização jun., 2015). 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L02_O-Financiamento-da-Saude_jun2015.pdf>. Acesso em: 09 out. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **A Assistência Farmacêutica no SUS**. Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia, Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=478&titulo=A+Assist%C3%Aancia+Farmac%C3%AAutica+no+SUS>>. Acesso em: 09 mar. 2019.

DAUDT, Carmen Vera Giacobbo. **Fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis em uma comunidade universitária do sul do Brasil (UFRGS)**.

2013. 178f. Tese de Pós-graduação em Medicina: Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2013.

DISTRITO FEDERAL. Secretária de Saúde do Distrito Federal. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. 2018 Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/>>. Acesso em: 11 out. 2019.

DRESCH, Silvane. **Ouvidoria 2019-000161-01[mensagem pessoal]**. Mensagem recebida por <leilapioner@gmail em> em 09 de abril de 2019.

FECAM. **Índice de desenvolvimento sustentável da mesorregião Vale do Itajaí - 2018**. 2018a. Disponível em: <<https://indicadores.fecam.org.br/indice/mesorregiao/ano/2018/codMesoRegiao/3>>. Acesso em: 27 mar. 2019.

FECAM. **Mesorregiões catarinenses - média dos índices municipais - 2018**. 2018B. Disponível em: <<https://indicadores.fecam.org.br/indice/mesorregioes/ano/2018>>. Acesso em: 27 mar. 2019.

FERREIRA, Clara Fontes; DIAS, Gustavo Nobre; FRANCISCON, Isabela Nunes; MOTA, João Paulo Tavares da; OLIVEIRA, Thamires Quinhões. **Guia de Estudos. Organização Mundial da Saúde**. 2014. Disponível em: <<https://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

FLEURY, Sonia; CARVALHO, Antonio Ivo de. **INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (INAMPS)**. 1998. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

Folha de São Paulo. **Do médico ao juiz**. O que a Folha pensa. 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2019/03/do-medico-ao-juiz.shtml>>. Acesso em: 17 out. 2019.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. **Personalized medicine: A biological approach to patient treatment**. 2016. Disponível em: <<https://www.fda.gov/drugs/news-events-human-drugs/personalized-medicine-biological-approach-patient-treatment>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Os sistemas de saúde pública brasileiro e inglês enfrentam dilemas no ano em que completam 30 e 70 anos**. Conjuntura política. Centro de Estudos Estratégicos Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz. 2018. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=os-sistemas-de-saude-publica-brasileiro-e-ingles-enfrentam-dilemas-no-ano-em-que-completam-30-e-70-anos>>. Acesso em: 07 mar. 2019.

GARRIDO, Neyde Glória. **Dilemas da organização e gestão do Sistema Único de Saúde**: fundamentos, prática e reflexões. 2016. Disponível em: <http://caop.mpse.mp.br/Documentos/AbriuDocumento.aspx?cd_documento=1800>. Acesso em: 04 set. 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil**: Uma análise do Sistema Único de Saúde. 2013. Série Direções em desenvolvimento. Desenvolvimento Humano. Washington, DC: World Bank. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/15801/PORT-TYHSRB_WEB_FULLL.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 07 mar. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. 2012. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?view=noticia&id=1&idnoticia=2125>>. Acesso em: 07 mar. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/panorama>>. Acesso em: 01 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **CONHEÇA CIDADES E ESTADOS DO BRASIL**. 2018b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>>. Acesso em: 27 mar. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita 2017**. 2018a. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20154-ibge-divulga-o-rendimento-domiciliar-per-capita-2017>>. Acesso em: 27 mar. 2019.

INTERFARMA. **Guia 2017**. 2018. Disponível em: <<https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/guia-interfarma-2017-interfarma1.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2018.

INTERFARMA. **Judicialização da saúde na prática**: Fatos e dados da realidade brasileira. Set. de 2016. Disponível em: <<https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/102-caderno-judicializacao-jul2016-site.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2018.

LAMPREA, Everaldo. **The Judicialization of health care**: A global south perspective. 2017. Annual Review of Law and Social Science. Disponível em: <<https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-110316-113303>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

LEITÃO, Luana Couto Assis et al. **Análise das demandas judiciais para aquisição de medicamentos no estado da Paraíba**. Saúde soc. [online]. 2016, vol.25, n.3, pp.800-807. ISSN 0104-1290. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016153819>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

LEITE, S.; PEREIRA, S.; SILVA, P.; NASCIMENTO JUNIOR, J.; CORDEIRO, B.; VEBER, A. 2009. Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito de acesso a medicamentos em Florianópolis-SC. **Revista de Direito Sanitário**, 10(2), 13-28. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i2p13-28>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

LEME, Alessandro André. **Neoliberalismo, globalização e reformas do estado: reflexões acerca da temática**. Barbaroi, Santa Cruz do Sul, n. 32, p. 114-138, jun. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782010000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2017.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-598, jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2017.

MATTA, Gustavo C.; MOROSINI, Marcia V. G. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

MATOS, R. L. A. et al. O uso do canabidiol no tratamento da epilepsia. **Revista Virtual de Química**, Niterói, v. 9, n. 2, p. 786-814, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21577/1984-6835.20170049>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios**. Estud. av., São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2018.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciências da Saúde Coletiva**, v 17, n 3, 2012, p 621-626. Nature Reviews Drug Discovery. 2013. **Pharmacogenetics in the evaluation of new drugs: a multiregional regulatory perspective**. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/nrd3931>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

NUNES, Carlos Francisco Oliveira; RAMOS JUNIOR, Alberto Novaes. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 192-199, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000200192&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Investir no controle de doenças crônicas não transmissíveis gera grandes retornos financeiros e de saúde, afirma OMS**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5675:investir-no-controle-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-gera-grandes-ganhos-financeiros-e-de-saude-afirma-oms&Itemid=839>. Acesso em: 14 mar 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Obesidade entre crianças e adolescentes aumentou dez vezes em quatro décadas, revela novo estudo do Imperial College London e da OMS**. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5527:obesidade-entre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-em-quatro-decadas-revela-novo-estudo-do-imperial-college-london-e-da-oms&Itemid=820>. Acesso em: 17 dez. 2018.

ORNELAS, Thaíse Siqueira. **A desjudicialização das demandas por medicamentos**: uma análise sobre a efetividade do Núcleo de Apoio Técnico – NAT após a sua instalação no município de Joinville 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.14295/revistadaesmes.v25i31.p13>>. Acesso em: 14 mar 2019.

OSHIRO, Glaucio Ney Shiroma. **A saúde como direito e a repercussão das decisões judiciais sobre o direito à saúde**. 2017. 117 f., il. Dissertação (Mestrado em Direito) —Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/31092>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2009. (Coleção Temas em Saúde).

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, junho de 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. Acesso em 07 nov. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **“O maior desafio do SUS é político”, afirma Jairnilson Paim, em aula aberta na Fiocruz**. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) por André Bezerra. 2016. Disponível em: <<https://www.icict.fiocruz.br/content/%E2%80%9Cco-maior-desafio-do-sus-%C3%A9-pol%C3%ADtico%E2%80%9D-afirma-jairnilson-paim-em-aula-aberta-na-fiocruz>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

Parmar, Sharanjeet; Namita Wahi. **India: Citizens, Courts and the Right to Health: Between Promise and Progress?** (2011). 2011, pp. 155–89. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2284302&download=yes>. Acesso em: 14 mai. 2017.

PEREIRA, Januária Ramos et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciência da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3551-3560, nov. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2017.

PEREIRA, Januária Ramos. **Análise das demandas judiciais solicitando medicamentos encaminhados à diretoria de assistência farmacêutica da secretaria de estado da saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004.** 2006. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/89228/245434.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

PIOLA, S.F., et al. **Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde.** FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 -prospecção estratégica do sistema de saúde. brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial[online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 19-70. ISBN 978-85-8110-018-0. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf>>. Acesso em 24 nov. 2018.

PORTELA, Luis Eugênio. **“O problema do SUS é político”** [entrevista na internet]. Recife (PE): Portal DSS Nordeste; 2013 Maio 01. Entrevista concedida a Maira Baracho. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/entrevistas/o-problema-do-sus-e-politico/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

REVEIZ, L; Chapman, E; Torres, R; Fitzgerald, J, Mendoza, A; Bolis. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. **Revista Panam Salud Publica.** 2013;33(3):213–22.
REVISTA ÉPOCA. O paciente de R\$ 800 mil. 2012. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/tempo/noticia/2012/03/o-paciente-de-r-800-mil.html>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

REY, Tatiana Samay Andia. 2009. **Reportes de ventas de solo 7 productos equivalen a 22% de los COL \$1.115.000.000.000 recobrados al FOSYGA en 2008.** Bol. Inform. Salud 19:37/2009. Disponível em: <http://www.medinformatica.net/BIS/WebMail_07a13sep09.htm>. Acesso em: 27 mar. 2018.

ROMERO, Luiz Carlos. **Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal**. 2008. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/96829>>. Acesso em: 22 set. 2018.

RONSEIN, Juanna Gabriela. **Análise do perfil das solicitações de medicamentos por demanda judicial no estado de Santa Catarina no período de 2005 a 2008**. 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/93534?show=>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

SALERNO, Mario Sergio; MATSUMOTO, Cristiane; FERRAZ, Isabela. **Biofármacos no Brasil: características, importância e delineamento de políticas públicas para seu desenvolvimento**. 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8522/1/TD_2398.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2019.

SALVADOR, Evilasio da Silva. **O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 130, p. 426-446. Dec. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.117>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

SANTA CATARINA. **Economia de Santa Catarina é rica e diversificada**. 2018. Disponível em: <<http://www.sc.gov.br/conhecasc/economia>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **SP cria ofensiva para combater 'judicialização' da Saúde**. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2016/abril/sp-cria-ofensiva-para-combater-judicializacao-da-saude>>. Acesso em: 01 jan. 2020.

SANTOS, Joelma Cristina; MELO, Walter. **Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba**. Gerais, Rev. Interinst. Psicol., Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 79-98, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2019.

SCHEREN, Gilvan; WERNKE, Rodney; ZANIN, Antonio. **Gastos com a judicialização da saúde no provimento de medicamentos no município de Chapecó (2008 A 2015)**. 2017. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rcmccuerj/article/view/31905>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

SEBRAE. **Santa Catarina em Números**. 2013. Disponível em: <<http://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/Relatorio%20Estadual.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2018.

SILVEIRA, Claudia Hausman. Falando de modelos de assistência à saúde e do programa de saúde da família do Ministério da Saúde - Brasil. **Revista**

Internacional Interdisciplinar INTERthesis, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 66-91, ago. 2008. ISSN 1807-1384. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2008v5n1p66>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos - SINDUSFARMA. **Dinâmicas e Perspectivas do Mercado Farmacêutico e *Consumer Health***. 2017. Disponível em: <http://sindusfarma.org.br/arquivos/sydney-clark-quintilesims_ago2017.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2018.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Soiedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, Apr. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000100002>>. Acesso em: 15 out. 2018.

TIGRE, Paulo Bastos; NASCIMENTO, Caio Victor Machado França; COSTA, Laís Silveira. **Janelas de oportunidades e inovação tecnológica na indústria brasileira de medicamentos**. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/pt_1678-4464-csp-32-s2-e00103315.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2017.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Aumentam os gastos públicos com judicialização da saúde. 2017. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm>>. Acesso em: 03 out. 2018.

Tribunal de Contas da União. RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SANTA CATARINA. 2015. TC 016.757/2015-7 Fiscalização: 290/2015.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO. **TRF4 debate a judicialização da saúde e os desafios para o julgamento dos processos que envolvem acesso aos serviços e medicamentos**. 2018. Disponível em: <https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.hp?acao=noticia_visualizar&id_noticia=14000>. Acesso em: 04 jul. 2019.

VARGAS, Marco Antonio et al. **Indústrias de base química e biotecnológica voltadas para a saúde no Brasil: panorama atual e perspectivas para 2030**. 2013. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/scfy6/pdf/noronha-9788581100197-04.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2017.

VARGAS-PELÁEZ, Claudia Marcela. **Judicialization of access to medicines and pharmaceutical policies in latin american countries**. Florianópolis. SC. 2016. 235 p. Tese (Doutorado-UFSC-CCS-Programa de Pós Graduação em Farmácia). Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/168117/341243.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, abr. 2007. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2019.

WANG, Daniel Wei L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, Oct. 2014. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/0034-76121666>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **CONSTITUTION of the WORLD HEALTH ORGANIZATION**. 1946. New York. USA. Disponível em:

<<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2018**. 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International language for drug utilization research**. 2015. Disponível em: <<https://www.whocc.no>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

ZAGO, Bruna et al. Aspectos Bioéticos da Judicialização da Saúde por Medicamentos em 13 Municípios no Meio-Oeste de Santa Catarina, Brasil. **Acta Bioethica**, Santiago, v. 22, n. 2, p. 293-302, nov. 2016. Disponível em:

<https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000200016&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2018.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Número de ações judiciais em primeira e segunda instâncias no estado de Santa Catarina, onde o estado é réu no fornecimento de medicamentos.

Ações	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1ª Instancia	2138	2609	3164	3480	2334	851	3055	1330	877
2ª Instancia	895	1124	1526	1776	2696	2876	2697	2550	2464
Total	3033	3733	4690	5256	5030	3727	5752	3880	3341

Fonte: TJ /SC. Elaborado pelo autor deste trabalho (2018)

Anexo B - Medicamentos importados judicializados no estado de Santa Catarina desde o ano de 2010 até o ano de 2018, suas apresentações e indicações.

Descrição	Indicação
ALECTINIB 150CMG, CÁPSULA	Câncer de Pulmão
ANAKINRA 100MG/0,67ML, SOL. INJ.	Artrite Reumatóide
ATALURENO 250 MG, GRANULADO P/ SUSP. ORAL	Distrofia de Duchenne
ATOMOXETINA, CLORIDRATO 40MG	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
AZTREONAM 75MG - KIT COM 84 FRASCOS	Antibiótico
CANABIDIOL (CBD) 1000MG, BLUE LABEL, FRASCO LÍQUIDO - RSHO*	Epilepsias Refratárias
CANABIDIOL (CBD) 1000MG, FRASCO 30ML - REVIVID*	Epilepsias Refratárias
CANABIDIOL (CBD) 1000MG, GOLD LABEL, FRASCO 120ML - RSHO*	Epilepsias Refratárias
CANABIDIOL (CBD) 1000MG, THC FREE, FR 118ML - RSHO-X*	Epilepsias Refratárias
CANABIDIOL (CBD) 15 - 19%, TUBO 10 G - RSHO*	Epilepsias Refratárias
CANABIDIOL (CBD) 20 - 25%, TUBO 10 G*	Epilepsias Refratárias
CANABIDIOL (CBD) 20 - 25% GOLD, TUBO 10G - RSHO*	Epilepsias Refratárias
CANABIDIOL (CBD) 25MG, RSHO BLUE, CAPSULA*	Epilepsias Refratárias
CANABIDIOL (CBD) 38%, TUBO 10 G - RSHO SPECIAL BLEND*	Epilepsias Refratárias
CANABIDIOL (CBD) 5000MG, THC FREE, FR 236ML - RSHO-X*	Epilepsias Refratárias
CANABIDIOL (CBD) 6000MG 30ML - PURODIOL ENHANCED OILS*	Epilepsias Refratárias
CANABIDIOL/THC 500MG (22:1) 30ML - REVIVID*	Epilepsias Refratárias
CANETA DE EPINEFRINA AUTO INJETORA 0,15MG - EPIPEN JR.*	Quadros Anafiláticos
CANETA DE EPINEFRINA AUTO INJETORA 0,3MG - EPIPEN*	Quadros Anafiláticos
CEVIMELINE 30MG	Síndrome de Sjögren
CUREFINI DERMAL OINTMENT 240 ML	Epidermólise Bolhosa
DACLATASVIR 60MG*	Hepatite C
DIAZÓXIDO 100MG	Redução Emergencial da Pressão Arterial
DIAZÓXIDO 25MG	Redução Emergencial da Pressão Arterial
DIAZÓXIDO 50MG/ML FRASCO 30ML	Redução Emergencial da Pressão Arterial
ECULIZUMAB 300MG	Síndrome Hemolítico-urémico e Hemoglobinúria Paroxística Noturna
ELOSULFASE ALFA 1MG/1ML, FRASCO AMPOLA 5ML	Síndrome de Morquio
ESTIRIPENTOL 250MG - DIACOMIT	Epilepsia
EXTRATO DE CANNABIS SATIVA L. 40G, FR. 10ML - EPIFRACTÁN 2%	Epilepsia
FEBUXOSTATE 80MG	Síndrome de Dravet

Descrição	Indicação
FÓRMULA INFANTIL ISENTA DE GALACTOSE E GLICOSE (RCF) - LATA 384 ML	Intolerância a GALACTOSE E GLICOSE
HEMATINA LIOFILIZADO 350 MG, INJETÁVEL, FRASCO-AMPOLA	Porfíria Aguda Intermitente, Porfíria Variegata e Coproporfíria Hereditária
IGF1 (MECASERMIN) 10MG/ML AMPOLA 4ML	Deficiência de Hormônio do Crescimento
LUMACAFTOR 200MG + IVACAFTOR 125MG	Fibrose Cística
MIDODRINE 5MG	Hipotensão Ortostática
NELARABINE 250MG/50ML, SOLUÇÃO PARA PERFUSÃO, FRASCO-AMPOLA	Leucemia Linfoblástica Aguda
NITISINONA 5MG	Usada em Pacientes com Dieta de Restrição com Fenilalanina e Tirosina
NITISINONA 20mg	Usada em Pacientes com Dieta de Restrição com Fenilalanina e Tirosina
PENTOSAN PHYSULFATE SODIUM 100MG CP I	Trombos e Sistite intestinal
PIRFENIDONA 200MG	Fibrose Pulmonar Idiopática
PONATINIB 45 MG, CP REVESTIDO	Leucemia Mielóide Crônica e da Leucemia Linfoblástica Aguda Positiva do Cromossoma Filadélfia
RIBAVIRINA 250MG (CONTR. C1)*	Hepatite C
SARGRAMOSTIM 500MCG/ML	Imunoestimulador
SOFOSBUVIR 400MG*	Hepatite C
SULTHIAME 200MG	Anticonvulsivo
TETRABENAZINA 25MG (CX C/ 112 CP)	Distúrbios do Movimento Hipercinético
TETRACOSACTÍDIO (ACTH SINTÉTICO) 0,25MG	Agente de diagnóstico no teste de estímulo com ACTH
TIOTEPA 10MG/ML, PÓ PARA SOLUÇÃO PARA PERFUSÃO, 1,5ML	Usado no Tratamento de Alguns Tipos Câncer
TRIENTINA 250 MG	Doença de Wilson
UNGUENTO AQUAPHOR ORIGINAL OINTMENT POTE 396G	Acelera a Regeneração cutânea
UNOPROSTONA ISOPROPÍLICA 1,5ML/ML	Anti-hipertensivo Oftálmico

Fonte: GEJUD/SES/SC. Elaborado pelo autor deste trabalho (2018)

Anexo C - Termo de Autorização e Compromisso Para Uso de Dados.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/SESNC

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO PARA USO DE DADOS

Florianópolis, 07/08/2017


Eu, Vicente Augusto Caropreso, ocupante do cargo de Secretário de Estado da Saúde na instituição: Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina, após ter tomado conhecimento do projeto de pesquisa intitulado JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DO ACESSO AO MEDICAMENTO NO ESTADO DE SANTA CATARINA E OS GASTOS PÚBLICOS ENVOLVIDOS NOS ANOS DE 2010 A 2016, que tem como objetivo Trazer à luz do interesse público o número de ações judiciais impetradas contra o estado de Santa Catarina nos anos de 2010 a 2016, onde o objeto destas ações é o medicamento (nacional e importado) e relacionar o gasto público, compreender os atores sociais envolvidos e as conclusões que podem ser inferidas a partir dos dados produzidos, e para tanto necessita coletar as seguintes informações: Dados relacionados às ações judiciais disponíveis nos sistemas da SES - SC, tais como: MEJUD, SESSMED, SCCD e SGM¹ e **autorizo** os pesquisadores Professor Dr. João Batista Calisto e Leila Mello Pioner a terem acesso a esses dados para a referida pesquisa.

Essa autorização está sendo concedida desde que as seguintes premissas sejam respeitadas: as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto; os pesquisadores se comprometem a preservar as informações, garantindo o sigilo e a privacidade dos pacientes.


 De: Vicente Augusto Caropreso - Secretário de Estado da Saúde - SC

Dr. Vicente Augusto Caropreso
 Secretário de Estado da Saúde
 Matr. 1716.882.4/SC

Nós, pesquisadores acima descritos e abaixo assinados, garantimos que as informações a serem coletadas, descritas acima, serão exclusivamente para realização do presente projeto de pesquisa. Além disso, comprometemo-nos a observar todos os requisitos éticos estabelecidos pela Resolução CCNS 466/12.


 Prof. Dr. João Batista Calisto

João B. Calisto, PhD
 Diretor - CEP


 Leila Mello Pioner

Leila Mello Pioner
 Farmacêutica DR
 TMS
 02.02.00000000

Anexo D - Parecer Consubstanciado 2.268.762.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DO ACESSO AO MEDICAMENTO NO ESTADO DE SANTA CATARINA E OS GASTOS PÚBLICOS ENVOLVIDOS NOS ANOS DE 2010 A 2016

Pesquisador: João Batista Calixto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73331717.5.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.268.762

Apresentação do Projeto:

O presente projeto, "JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DO ACESSO AO MEDICAMENTO NO ESTADO DE SANTA CATARINA E OS GASTOS PÚBLICOS ENVOLVIDOS NOS ANOS DE 2010 A 2016", trata de uma pesquisa de dissertação de mestrado de Leila Melo Pioner, junto ao Programa de Mestrado Profissional em Farmacologia/CCB/UFSC. Foi submetido pelo Prof. Dr. João Batista Calixto, que assina a folha de rosto como pesquisador responsável juntamente com o Prof. Dr. José Eduardo da Silva Santos, coordenador do referido Programa. O projeto propõe-se à coleta e análise de dados e informações que existem nos sistemas de registro da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, os quais envolvem os medicamentos e insumos que atendem a demanda judicial em saúde nos anos de 2010 a 2016 e o envolvimento financeiro da instituição para este atendimento. O número de amostras (8.329) que será utilizado para a coleta e análise de dados corresponde ao número de processos judiciais impetrados contra a Secretaria de Estado da Saúde - SC nos anos de 2010 a 2016, onde o estado é réu no fornecimento de medicamentos e/ou insumos. Não haverá identificação dos litigantes seja por nome, imagem, número de documento, endereço, data de nascimento ou qualquer dado que venha a envolver seres humanos de forma direta, tampouco o uso de qualquer tipo de questionário ou metodologia que envolva animais ou seres humanos de forma direta, indireta ou característica

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.268.762

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Avaliar as ações judiciais para o fornecimento de medicamentos impetradas contra o estado de Santa Catarina no período de 2010 a 2016, com ênfase nos seguintes aspectos: I) Impactos financeiros, em especial quanto aos recursos públicos destinados à saúde, II) O perfil dos atores sociais envolvidos, III) Medicamentos mais reivindicados e aqueles de maiores custos, IV) Distribuição por área de delimitada por Regional de Saúde/ Município V) Estratégias de políticas públicas que poderiam ser implementadas para a otimização dos custos e das ações de judicialização da saúde com vistas a seu impacto sobre o SUS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- i) Registrar o número de ações judiciais ocorridas no estado de Santa Catarina, entre 2010 e 2016;
- ii) Identificar principais medicamentos que mais contribuíram para as ações judiciais no período;
- iii) Identificar os medicamentos com os quais o gasto é maior, desde o maior gasto em valor unitário até o maior gasto em volume de medicamento (lista de mais ou menos 20 medicamentos);
- iv) Elencar os municípios onde o gasto com judicialização é maior e identificar o município que mais gasta com estas ações judiciais;
- v) Possibilitar alternativas para a diminuição nas ações judiciais no estado de Santa Catarina;
- vi) Analisar o uso de marcadores moleculares na verificação da eficácia dos medicamentos litigados nas ações judiciais e
- vii) Elencar outros fatores de impactos financeiros que tendem aumentar com o tempo no SUS, como o envelhecimento acentuado da população, as aposentadorias crescentes e as demais formas de judicialização da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o que foi citado no PB apresentado:

Riscos: O maior risco existente, é um risco indireto e em uma análise deste porte trata-se de que todas as etapas durante todo o processo de fornecimento de um medicamento/insumo que venha a atender um ou mais pacientes judicialmente estão sendo manipulados por pessoas e, assim, passíveis de alguns erros desde seu cadastro, relatos, análises, compras e julgamentos e fornecimentos. Desta forma, em algum ponto deste processo, alguma falha na manipulação das informações pertinentes podem dar margem a erros em fornecimentos indevidos e que pode

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.268.762

acarretar em erro ao acesso ao medicamento e/ou ao duplo financiamento, ou até a falta do mesmo na rede pública regional.

Benefícios: Este estudo é o único estudo, até o momento, com tanta riqueza de detalhes em fornecimento judicial de medicamentos e insumos, por período, por medicamento e por município e que poderá servir de base informativa, analítica e descritiva para discussão no sentido da construção de novos caminhos no acesso ao medicamento no estado de Santa Catarina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação adequada. A carta de anuência é assinada pelo Dr. Vicente Augusto Caropreso, Secretário de Saúde do Estado de Santa Catarina. Os pesquisadores propõem a dispensa do TCLE, "pois é um estudo onde serão analisados dados existentes em planilhas geradas através dos fornecimentos de medicamentos/insumos pertinentes ao atendimento de processos judiciais, existentes na Secretaria de Estado da Saúde, entre os anos de 2010 a 2016 e esta coleta e, subsequente, análise será feita em planilhas onde constem somente: quantidade de processos, nome do medicamento/insumo, quantidade de medicamento fornecido por processo, gasto unitário para a aquisição do medicamento/insumo, gasto por período mensal e/ou anual para aquisição do medicamento/insumo, gasto por período e por município para aquisição do medicamento/insumo e avaliação da literatura pertinente ao assunto. Não será usado questionário junto ao paciente ou qualquer outro tipo de proposta onde o paciente possa ser identificado, consultado ou citado. Não haverá ainda, de forma alguma, o envolvimento de pessoas ou animais, nem metodologia que delate qualquer necessidade de autorização pelos próprios pacientes."

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.268.762

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_958848.pdf	10/08/2017 10:44:59		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodeciencia.JPG	10/08/2017 10:14:11	João Batista Calixto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeautorizacaoassinado.jpg	10/08/2017 10:09:51	João Batista Calixto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoLeila.doc	01/08/2017 11:09:59	LEILA MELLO PIONER	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/08/2017 11:00:55	LEILA MELLO PIONER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Setembro de 2017

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br