



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
ESCOLA DE DIREITO E RELAÇÕES INTERNACIONAIS  
NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA  
COORDENAÇÃO ADJUNTA DE TRABALHO DE CURSO  
MONOGRAFIA JURÍDICA

**ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE:  
A JUDICIALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ACESSO À SAÚDE**

ORIENTANDA: ANNA LAURA LEITE ITACARAMBI  
ORIENTADOR: PROF. MS. NIVALDO DOS SANTOS

GOIÂNIA-GO  
2022

ANNA LAURA LEITE ITACARAMBI

**ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE:  
A JUDICIALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ACESSO À SAÚDE**

Monografia Jurídica apresentada à disciplina Trabalho de Curso II, da Escola de Direito e Relações Internacionais, Curso de Direito, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGOIÁS).

Prof. Orientador: Ms. Nivaldo dos Santos.

GOIÂNIA-GO  
2022

*Dedico esta pesquisa aos meus pais,  
meus maiores e melhores orientadores na  
vida.*

Agradeço em primeiro lugar, a Deus, fazendo com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos. Aos meus pais, por todo o apoio e ajuda, muito contribuíram para a realização deste trabalho. A minha grande amiga Lais, sempre está presente na minha vida. Ao meu orientador, Nivaldo dos Santos, pela ajuda e auxílio necessário para realização deste trabalho.

## RESUMO

No Brasil, a saúde é um direito humano fundamental garantido pela Constituição de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS). O sistema disponibiliza medicamentos para atendimento ambulatorial por meio da política de programas de assistência farmacêutica (AF). Assim, o objetivo geral desta pesquisa foi analisar o papel da Defensoria Pública nas demandas de saúde, analisando a inércia do Estado nas disponibilizações de medicações e a judicialização da saúde. Para responder o objetivo, foi realizada uma revisão da literatura, e os meios auxiliares utilizados foram leis, jurisprudências, artigos publicados na internet, pesquisas em doutrinas e artigos científicos. Apesar dos avanços nas políticas de AF que incluem a melhoria do acesso aos medicamentos, houve um aumento significativo de ações judiciais relacionadas a produtos e serviços de saúde. Assim, o sistema da Defensoria Pública no Brasil ampliou as suas ações alcançando a defesa da saúde. A Defensoria Pública zela pelo direito à obtenção de ações, produtos e serviços para a garantia da promoção, proteção e recuperação à saúde, tais como medicamentos, leitos de internação cirúrgica e de Unidades de Terapias Intensivas, cirurgias (urgentes ou eletivas), desde que indicados por profissional de saúde. Visto a ineficácia do poder executivo em atender as demandas de medicamentos levou a um ativismo judiciário maior, e o poder público em qualquer esfera da organização federativa brasileira, não pode se mostrar indiferente aos problemas ligados à saúde da população. Nesse ínterim tem-se a judicialização da saúde como uma alternativa eficaz para conter as omissões do Estado.

**Palavras-chave:** Assistência farmacêutica. Direito à saúde. Judicialização da saúde. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

In Brazil, health is a fundamental human right guaranteed by the 1988 Constitution, which created the Unified Health System (SUS). The system makes medicines available for outpatient care through the pharmaceutical assistance program (AF) policy. Thus, the general objective of this research was to analyze the role of the Public Defender's Office in health demands, analyzing the State's inertia in the availability of medication and the judicialization of health. To answer the objective, a literature review was carried out, and the auxiliary means used were laws, jurisprudence, articles published on the internet, research on doctrines and scientific articles. Despite advances in PA policies that include improving access to medicines, there has been a significant increase in lawsuits related to health products and services. Thus, the Public Defender's Office system in Brazil has expanded its actions, reaching the defense of health. The Public Defender's Office watches over the right to obtain actions, products and services to guarantee the promotion, protection and recovery of health, such as medicines, surgical hospitalization beds and Intensive Care Units, surgeries (urgent or elective), provided that recommended by a health professional. Since the executive power's ineffectiveness in meeting drug demands has led to greater judicial activism, and public power in any sphere of the Brazilian federative organization cannot be indifferent to the problems related to the population's health. In the meantime, there is the judicialization of health as an effective alternative to contain the omissions of the State.

**Keywords:** Pharmaceutical assistance. Right to health. Health Judicialization. Health Unic System.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Atenção Farmacêutica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Art.	artigo
BM	Banco Mundial
CAPS	Câmara Técnica de Avaliação em Saúde
CEAF	Componente Especializado de Assistência Farmacêutica
CF	Constituição Federal
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CNSS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Des.	Desembargador
DAMNP	Departamento de Avaliação de Medicamentos Não Padronizados
DMI 1	Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1)
DPCO	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DPU	Defensoria Pública da União
EC	Emenda Constitucional
et al.	entre outros
DF	Distrito Federal
DJe	Diário da Justiça Eletrônico
DMRI	Degeneração Macular Relacionada à Idade
GM	Gabinete do Ministro
HCFM USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LO	Lei Ordinária
MS	Ministério da Saúde
nº	número
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
p.	página

PAJs	Processos de Assistência Jurídica
PCDT	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica
PIB	Produto Interno Bruto
PJe	Processo Judicial Eletrônico
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNMA	Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
Rel.	Relator
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RJ	Rio de Janeiro
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TJ/GO	Tribunal de Justiça do Estado de Goiás
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI's	Unidades de Terapias Intensivas

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	04
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>1 O PAPEL DA DEFENSORIA PÚBLICA NAS DEMANDAS DE SAÚDE</b> .....	12
1.1 O PAPEL DA DEFENSORIA PÚBLICA NO ACESSO À JUSTIÇA.....	12
1.2 A DEFENSORIA PÚBLICA E A GARANTIA DE DIREITO À SAÚDE.....	14
1.3 PROTEÇÕES LEGAIS E O DIREITO À SAÚDE.....	17
<b>2 ACESSO À JUSTIÇA E FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL</b> .....	21
2.1 A CONSTRUÇÃO DO SUS E DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....	22
2.2 A COMPETÊNCIA DO ESTADO PARA DISPONIBILIZAR MEDICAÇÕES..	25
2.2.1 A responsabilidade do Estado no fornecimento de medicamentos e a assistência farmacêutica.....	29
<b>3 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A FALTA DE MEDICAMENTOS</b> .....	32
3.1 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: OPORTUNIDADES AOS EXCLUÍDOS...	37
3.2 AS NARRATIVAS CRÍTICAS CONSTRUÍDAS PARA A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	40
<b>CONCLUSÃO</b> .....	44
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	46

## INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 instituiu em seu artigo 6º o direito a saúde como um direito social, ou seja, um direito fundamental de todo ser humano. A sua garantia visa resguardar o bem-estar físico, mental e principalmente social, pois sabemos que uma pessoa saudável é uma pessoa mais ativa na sociedade.

Com efeito, a Constituição Federal (artigo 196) é enfática ao afirmar que 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.

Exsurge, igualmente, do texto constitucional (artigo 23, inciso II) a competência comum atribuída aos entes da Federação de zelar pela saúde do indivíduo e da coletividade, pelo que União, Estados, Distrito Federal e Municípios estão legitimados a ocupar o polo passivo de demandas que tenham como causa de pedir a negativa, pelo Sistema Único de Saúde, seja pelo gestor municipal, distrital, estadual ou federal, de prestações na mencionada área.

O Sistema Único de Saúde está cada dia mais distante na garantia de acesso à saúde para grande parte da população brasileira. A má distribuição de renda no Brasil cria uma impossibilidade ao acesso aos serviços privados de saúde.

O grande empecilho para um efetivo trabalho na prestação de serviços de saúde advém do desvio de recursos destinados à saúde, e lá na frente ocorre a escassez de medicamentos, serviços de saúde e tratamentos cirúrgicos.

A Constituição prevê ao Estado a obrigação de fornecimento de medicação, quando o Sistema Único de Saúde se recusa a fazer o fornecimento aos que deles necessitam, as pessoas ingressam com demandas judiciais para compelir o ente público a cumprir a sua obrigação constitucional.

A possibilidade de recorrer ao Judiciário é garantia do Estado de Direito consolidada antes do texto da Constituição de 1988, mas a sua coexistência com os novos direitos conquistados criou a inevitável demanda de uso desse instrumento para dar-lhes efetividade, em especial aos direitos sociais, que exigem atuação estatal mais ostensiva. Esse processo deve-se, à forma mais rápida como os direitos sociais foram postos no Brasil, quando comparado a outros países (SANTOS, 2007).

Segundo Barroso (2009), as pessoas necessitadas podem postular judicialmente, em ações individuais, os medicamentos constantes das listas elaboradas pelo Poder Público e, nesse caso, o réu na demanda haverá de ser o ente federativo – União, Estado ou Município – que haja incluído em sua lista o medicamento solicitado. Trata-se aqui de efetivar uma decisão política específica do Estado, a rigor já tornada jurídica.

Nota-se a Defensoria Pública participa efetivamente das demandas judiciais ligadas à saúde, e seu papel é fundamental para a população hipossuficiente afetadas pelas disfunções da saúde pública brasileira e possui papel importante e destacado nesta modalidade de atuação de controle judicial.

Logo, tem-se como objetivo geral desta pesquisa será analisar o papel da Defensoria Pública nas demandas de saúde, analisando a inércia do Estado nas disponibilizações de medicações e a judicialização da saúde.

Bem como elucidando problemas como a Defensoria Pública tem atuado na defesa da saúde? Por que ir para o judiciário para efetivar um tratamento médico ou a disponibilização de um medicamento que é dever do Estado fornecer?

Vê-se que no Brasil o sistema da Defensoria Pública no Brasil ampliou as suas ações alcançando a defesa da saúde.

A Defensoria Pública zela pelo direito à obtenção de ações, produtos e serviços para a garantia da promoção, proteção e recuperação à saúde, tais como medicamentos, leitos de internação cirúrgica e de Unidades de Terapias Intensivas (UTI's), cirurgias (urgentes ou eletivas), desde que indicados por profissional de saúde.

Visto a ineficácia do poder executivo em atender as demandas de medicamentos levou a um ativismo judiciário maior, e o poder público em qualquer esfera da organização federativa brasileira, não pode se mostrar indiferente aos problemas ligados à saúde da população. Nesse ínterim tem-se a judicialização da saúde como uma alternativa eficaz para conter as omissões do Estado.

A fim de tratar o tema de forma mais profunda e esclarecedora, será desenvolvida um levantamento teórico por meio de uma revisão da literatura, onde os meios auxiliares a serem utilizados no presente trabalho, serão: leis, jurisprudências, artigos publicados na internet, pesquisas em doutrinas e artigos científicos.

Inicialmente, será realizada uma pesquisa teórica através de análises textuais com o intuito de entender o papel da Defensoria Pública nas demandas de saúde e o papel do Estado.

Preliminarmente, apreende-se da estrutura provável da pesquisa científica, o papel da Defensoria Pública nas demandas de saúde, analisando a inércia do estado nas disponibilizações de medicações e pôr fim a falta de medicamentos e a judicialização da saúde.

## **1 O PAPEL DA DEFENSORIA PÚBLICA NAS DEMANDAS DE SAÚDE**

A Defensoria Pública é uma proposta inovadora no Sistema de Justiça que visa ampliar o acesso à justiça, ajudando a garantir assistência jurídica integral e gratuita àqueles considerados hipossuficientes. O ingresso nesta instituição permite o acesso a uma história ímpar na luta pelos direitos humanos no Brasil.

### **1.1 A DEFENSORIA PÚBLICA E O ACESSO À JUSTIÇA**

No sistema judiciário brasileiro, existem órgãos que atuam em nível federal e estadual. Na esfera federal, o Poder Judiciário inclui as seguintes unidades: Tribunais Federais (tribunais de jurisdição geral) - incluindo os Juizados Especiais Federais - e os Juizados Especiais - compostos pela Justiça do Trabalho, Justiça Eleitoral e Justiça Militar. A organização dos Tribunais estaduais, que inclui varas cíveis e criminais de pequeno porte, é atribuição de cada um dos estados brasileiros e do Distrito Federal. As Defensorias Públicas estaduais atuam no âmbito da Justiça Estadual e a Defensoria Pública federal atua no âmbito da Justiça Federal. O artigo 5º da Constituição Federal (CF) de 1988 relaciona os direitos individuais e o papel dos defensores públicos na garantia do acesso à justiça. A Defensoria Pública é regida pela Lei Complementar nº 80 de 1994, que estabelece as regras de sua organização nos estados. Esta lei foi alterada pela Lei Complementar nº 132 de 2009, que regulamentou as alterações decorrentes da Emenda Constitucional (EC) nº 45 de 2004, que garantiu a independência das Defensorias Públicas estaduais.

A CF de 1988 prescreve assistência jurídica integral aos que dela necessitem (art. 5º LXXIV) e também eleva a Defensoria Pública à de instituição indispensável ao exercício da função jurisdicional do Estado, ao qual compete para aconselhamento jurídico e defesa em todos os níveis de necessidade (art. 134). Com o retorno à democracia, a CF atribuiu à Defensoria Pública o papel de fiador do acesso à justiça para toda a população.

No processo de ampliação do acesso à justiça no Brasil, a expansão do Poder Judiciário deu-se em três fases. A primeira onda de expansão do Poder Judiciário brasileiro, ocorrida entre 1930 e 1940, foi impulsionada por uma tendência mais profunda e duradoura da política brasileira - a de desconfiança nas instituições

representativas políticas e na capacidade do regime democrático de atender às necessidades da sociedade (ARANTES, 2007, p. 104).

O segundo, da década de 1970, viu a responsabilidade pela defesa dos interesses difusos e coletivos perante o Poder Judiciário ser atribuída ao Ministério Público Estadual, como órgão do Estado. O terceiro viu a CF de 1988, consolidar-se como instrumento de efetivação da justiça social e promoção de direitos, incorporando valores de igualdade social, econômica e cultural ao mesmo tempo em que consolidava a ampliação do sistema de justiça para a proteção dos direitos coletivos, e também amplia acesso à justiça, especialmente por meio de inovações na estrutura judicial.

Os primeiros sinais da Defensoria Pública no Brasil surgiram no contexto da ditadura, mas só se desenvolveu de forma sistemática após a promulgação da CF de 1988, quando a democracia voltou ao Brasil e a outros países latino-americanos. A partir dessa fase, a Defensoria Pública passou a ser considerada imprescindível como fiadora de direitos e garantia de acesso à justiça (BRASIL/DPU, 2018).

Atualmente, a Defensoria Pública é instituída por lei como permanente e indispensável à função jurisdicional do Estado e como instrumento de democracia, incumbida não só de oferecer assistência jurídica e defesa gratuita a quem dela necessite, mas também de promoção individual e coletiva, e defesa de direitos em todas as instâncias judiciais e extrajudiciais (MADEIRA, 2014).

A EC n<sup>o</sup> 80, de 4 de junho de 2014, também aplica-se aos Defensores do artigo 93 da CF de 1998, estendendo à instituição a iniciativa de lei de criação de cargas e correção de remuneração, além da equivalência constitucional em relação à política de remuneração das carreiras no judiciário e o gabinete do procurador. O texto deixa claro que confere à Defensoria Pública a defesa dos direitos individuais e coletivos, em todas as utilizadas, judicial e extrajudicial, de forma plena e gratuita.

A EC n<sup>o</sup> 80/2014 também cria um prazo de oito anos para que a União, os Estados e o Distrito Federal garantam que todas as unidades jurisdicionais do país tenham defesas públicas, priorizando como regiões com maiores índices de exclusão social e populacional. densidade.

A Lei Complementar n<sup>o</sup> 80, de 1994, organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e Conselho como normas gerais de organização dos órgãos nos Estados. Após a aprovação da Lei Federal n<sup>o</sup> 11.448/2007, a

Defensoria Pública foi incluída entre as instituições que têm legitimidade para a ação civil na Lei Federal nº 7.347, de 1985.

Os princípios institucionais de unidade, indivisibilidade e independência funcional são garantidos por lei. Além disso, certos objetivos estabelecem a atuação da Defensoria Pública como instrumento da democracia, tais como o primado da dignidade do homem, a redução das desigualdades, a afirmação do Estado Democrático de Direito e a garantia efetiva dos direitos humanos e dos princípios constitucionais de defesa legal. Essas novas funções foram acrescentadas pelo artigo 4º da Lei Complementar 132/2009.

Atualmente, as Defensorias Públicas estaduais têm maior independência do que a Defensoria Pública do governo federal. O artigo 6º da CF de 1988 prescreve que o Presidente do Brasil deve escolher o Defensor Público federal e o artigo 99 prescreve que a escolha dos Defensores Públicos estaduais deve ser feita pelos governadores dos estados. Essas escolhas são feitas a partir de uma lista de funcionários cujos nomes são escolhidos pelo conselho da defensoria pública por meio de voto secreto.

Com a Emenda Constitucional nº 45 de 2004, a Defensoria Pública federal passou a ter conselho próprio, sendo criados também conselhos estaduais. Esses conselhos devem ser os mais altos órgãos normativos e de tomada de decisão de suas instituições.

Em relação à segurança de carreira, os defensores públicos - como juízes e promotores - são funcionalmente independentes em suas funções, inclusive em seus mandatos, não havendo possibilidade de redução salarial. A lei que rege a Defensoria Pública prevê a concorrência no preenchimento de cargos, define a composição do conselho e estabelece a independência funcional e administrativa da instituição.

## 1.2A DEFENSORIA PÚBLICA E A GARANTIA DE DIREITO À SAÚDE

A Defensoria Pública se encontra com previsão legal inicialmente no artigo 134 da CF de 1988, e tem como papel prestar assistência jurídica ao hipossuficientes:

Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do

regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal.

§ 1º Lei complementar organizará a Defensoria Pública da União e do Distrito Federal e dos Territórios e prescreverá normas gerais para sua organização nos Estados, em cargos de carreira, providos, na classe inicial, mediante concurso público de provas e títulos, assegurada a seus integrantes a garantia da inamovibilidade e vedado o exercício da advocacia fora das atribuições institucionais.

O gozo do direito à saúde pelos pacientes hipossuficientes é uma das maiores questões humanitária delicada a se tratar atualmente. Desde meados dos anos 90 com a normatização dos planos de saúde por intermédio da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, tornou claro a separação entre indivíduos de classe alta, média e baixa.

Nas palavras de Souza (2009, p. 306):

[...] as debilidades no funcionamento das instituições públicas de saúde se afinam com a desigualdade social, reproduzindo-a, o que significa que na prática elas contradizem os preceitos constitucionais pelos quais o Sistema Único de Saúde, o SUS, foi criado, não favorecendo a proposta idealizada em seu bojo de propiciar cidadania inclusiva e igualitária.

A Defensoria Pública tem um importante papel, mesmo que com seu orçamento limitado, tem ganhado destaque quanto às seguridades dos direitos em gerais aos hipossuficientes. No contexto federal, a Defensoria Pública da União (DPU) atende diariamente pacientes que se esforçam para se valor dos direitos, através de início do procedimento da assistência gratuita do âmbito da saúde.

A representação dos autores desses processos, em 95,4% dos casos, foi feita pela Defensoria Pública Distrital. Este dado chama a atenção para o grande protagonismo da Defensoria Pública na propositura dessas ações neste ente federado. [...] No Distrito Federal, o acesso à justiça para a obtenção de medicamentos, é permeado pela forte atuação da Defensoria Pública, que representa um ator fundamental para que a discussão sobre a judicialização da saúde se trave no DF de forma satisfatória. Esse dado sugere que a demanda de medicamentos em face do Estado é feita pelas classes média e baixa da população do Distrito Federal (DELDUQUE; MARQUES, 2011, p. 101).

Ouverney (2016, p. 14) identificou que:

Em 2011, a DPU-RJ contabilizou um total de 16.343 PAJs - Processos de Assistência Jurídica. Entre esses, 7.995 (49%) foram referentes à área cível. As pretensões relacionadas a Saúde e Medicamentos somaram 674, o que corresponde a 8,4% da demanda cível.

Destarte, não resta dúvida que a atuação de tal instituto é de tamanha importância para os pacientes que sofrem com doenças que necessitam de medicamentos de alto custo e que são hipossuficientes.

Nas ações relacionadas à saúde a decisão quanto ao ajuizamento ou não de ação judicial, depende do Defensor Público e está atrelada, na maioria das vezes, à existência de relatório médico comprovando que aquele pleito é de urgência, caso a parte assistida o tenha será feita a ação judicial, caso não o tenha caberá ao Defensor avaliar através de outros elementos. A respeito da importância do relatório médico constando a urgência da demanda, segue o seguinte julgado:

APELAÇÃO CÍVEL E REMESSA NECESSÁRIA. DIREITO À SAÚDE. DEVER DO ESTADO. CONSULTA NEUROLÓGICA PEDIÁTRICA. HIDROCEFALIA. HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIA. DISTRITO FEDERAL. DEFENSORIA PÚBLICA. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 421 DO STJ. 1. A inviolabilidade do direito à vida é garantida, aos brasileiros e residentes no país, pelo artigo 5º da Constituição Federal, no capítulo dos direitos e garantias fundamentais. Outrossim, constitui dever do Estado, segundo normatização estabelecida no art. 196, da Carta Magna, garantir a saúde a todos os cidadãos brasileiros ou mesmo aos estrangeiros residentes no país. 2. Comprovado por meio de relatório médico que o paciente necessita de consulta médica de urgência, sob pena de comprometimento de sua saúde e integridade física, o Estado tem a obrigação constitucional de fornecer o atendimento adequado. 3. É incabível a condenação do réu sucumbente (Distrito Federal) a pagar honorários advocatícios à Defensoria Pública do Distrito Federal, na qualidade de patrona da parte autora, ante o teor da Súmula 421 do STJ. 4. Reexame necessário conhecido e parcialmente provido. Apelação conhecida e provida. (Acórdão 1239714, 07012131320198070018, Relator: ANA CANTARINO, 5ª Turma Cível, data de julgamento: 25/3/2020, publicado no PJe: 2/4/2020. Pág.: Sem Página Cadastrada.)

Também é necessário provar o direito líquido e certo do assistido, posta a situação fática que aflige e ameaça o direito à vida e à saúde do (a) impetrante, impende abordar o direito sanitário sob a ótica da legislação vigente.

Tal direito líquido e certo resta demonstrado pelo Relatório Médico e demais documentos que instruem a maioria das petições iniciais, os quais indicam a necessidade e a imprescindibilidade do fármaco, bem como pelas normas supracitadas, extraídas do ordenamento jurídico pátrio, posto que compete à Secretaria de Saúde do Estado a obrigação de dispensá-lo, com urgência, para o tratamento adequado.

Resta demonstrar que o requisito genérico da "verossimilhança" versa sobre o confronto entre o direito fundamental, líquido e certo à saúde e a abusividade e inconstitucionalidade que repousam sobre a omissão do Secretário Estadual de Saúde em ofertar o tratamento adequado para a moléstia que a parte, necessário à

manutenção da vida e à restituição da qualidade desta, sendo a doença progressiva e debilitante.

Quanto ao dever e não faculdade da Administração Pública disponibilizar o tratamento adequado, o Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de Goiás tem decidido que:

MANDADO DE SEGURANÇA. NEGATIVA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. DIREITO À SAÚDE. TEMA 106 DO STF OBSERVADO. CONCESSÃO DA ORDEM. I- O fornecimento gratuito de tratamentos e medicamentos necessários à saúde de pessoas hipossuficientes é obrigação solidária de todos os entes federativos, podendo ser pleiteado de qualquer deles, União, Estados, Distrito Federal ou Municípios. II - A demonstração do direito líquido e certo se faz diante da apresentação do relatório/parecer médico acompanhado dos exames laboratoriais, os quais mostram-se suficientes a comprovar a gravidade da enfermidade da paciente e a excepcional eficácia do tratamento indicado (Tema 106/STJ), atendendo os requisitos da prova pré-constituída e o ato omissivo de negativa da dispensação do medicamento solicitado. III - Para assegurar o controle administrativo fica condicionada a dispensação do medicamento à apresentação, pela paciente, de relatório médico (Enunciado 2 CNJ), bem como a possibilidade de aquisição do medicamento requestado pelo princípio ativo (Enunciado 15 CNJ). SEGURANÇA CONCEDIDA.

(TJGO, PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO -> Processo de Conhecimento -> Procedimento de Conhecimento -> Procedimentos Especiais -> Procedimentos Regidos por Outros Códigos, Leis Esparsas e Regimentos -> Mandado de Segurança Cível 5654894- 62.2020.8.09.0000, Rel. Des. LUIZ EDUARDO DE SOUSA, 1ª Câmara Cível, julgado em 08/04/2021, DJe de 08/04/2021).

Portanto, à luz da legislação vigente, seja de natureza constitucional ou infraconstitucional, bem como, firme posicionamento jurisprudencial, constitui direito líquido e certo o fornecimento da medicação.

Diante do exposto, a Defensoria Pública deve cumprir com o que a CF de 1988 estabelece promovendo os direitos humanos, e defendendo judicial e extrajudicialmente os direitos individuais e coletivos de maneira gratuita aos necessitados.

### 1.3 PROTEÇÕES LEGAIS E O DIREITO À SAÚDE

De acordo com os artigos 6, 194, 196, 198 e 200 da CF de 1988, cabe ao Estado à responsabilidade de oferecer a saúde como direito supremo, básico, social e fundamental a todo e qualquer cidadão brasileiro. Desta forma, são garantidos os seguintes princípios: igualdade no atendimento aos pacientes, respeito ao princípio

da dignidade humana e o “mínimo existencial” (SILVA, 2012; NEVES; PACHECO, 2017).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011), no Brasil, o acesso ao sistema público de saúde como fator de cidadania foi instituído apenas em 1988 com a promulgação da Constituição e, portanto, foi tratado como um direito do cidadão brasileiro (SANTOS et al., 2011). Esse fato ocorrido por meio do artigo 196 da CF de 1988, que dispõe:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida por meio de políticas sociais e promoção com o objetivo de reduzir o risco de doenças e outros agravos e a universalização e igualdade de acesso às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

No contexto da organização e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), há premissas básicas na Constituição, descentralização da gestão, como comando único em cada esfera de governo, governança democrática e participação da sociedade civil (CNSS, 2011; PESOTO et al., 2015). Enquanto o SUS tem como premissa a descentralização fundamental, uma importante forma de atender universalmente toda a população e gerir um complexo conjunto de atores, sua estrutura se desenvolve abrangendo as três esferas de Governo (PAIM et al., 2011).

O Ministério da Saúde (MS) é o principal responsável pela estratégia nacional por meio do planejamento, controle e avaliação das políticas públicas implementadas pela descentralização do sistema (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011). Porém, cabe ao estado seguir as linhas de competência na esfera federal, além de políticas próprias e públicas no financiamento, planejamento, controle e avaliação do SUS em suas regiões; finalmente, os municípios devem seguir as diretrizes nacionais e estaduais como missão, planejar, organizar, controlar, avaliar e financiar o sistema no âmbito municipal (GONÇALVES, 2014).

Em 1990, foram promulgadas duas importantes leis: a Lei Orgânica (LO) nº 8.080/90, que estabeleceu as bases para o funcionamento do SUS, e a Lei nº 8.142/90, que determina a criação de Conferências e Conselhos de Saúde. O artigo 6º da LO determina a implementação de ações de assistência terapêutica integral (inclusive farmacêutica) e a avaliação do impacto que as tecnologias causam à saúde (BARROSO, 2009). Em 2006, com a formulação do Pacto pela Saúde (Portaria GM / MS nº 399) e em 2011 pelo Decreto nº 7.508/11, algumas lacunas no processo estratégico do SUS foram preenchidas, estabelecendo políticas e diretrizes nacionais (SILVA; PIMENTA, 2017).

A assistência farmacêutica é o conjunto de ações e medidas, aprovadas pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Após a implantação das Portarias nº 2.577/2006 e 204/2007, a assistência farmacêutica foi organizada em Componentes. O Componente Básico visa fornecer medicamentos para as doenças de maior prevalência na população (como diabetes e hipertensão arterial sistêmica) e é financiado com recursos de três fontes (Federação, Estados e Municípios). Já o Componente Estratégico visa fornecer medicamentos para o controle de endemias, sob responsabilidade financeira exclusiva do MS (BRASIL, 2014; FIGUEIREDO, 2019).

Os dispositivos legais voltados à assistência farmacêutica foram implementados inicialmente pela Portaria nº 3.916 / 98, que institui a elaboração da Política Nacional de Medicamentos e a criação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). (GRINOVER et al., 2014). O Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) destinava-se à dispensação excepcional de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, raras ou de baixa prevalência, com indicação do uso de medicamentos de alto custo unitário ou com alto custo anual agregado. Esses medicamentos são financiados pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas secretarias estaduais de saúde, e são incluídos na lista de componentes após a criação do Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) para cada doença (BRASIL, 2015).

Desde 2010, o MS também fornece o CEAF, e para sua, os medicamentos devem ser aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) e integrados ao PCDT (BRASIL, 2014; BRITO, 2015).

Apesar dos avanços nas políticas públicas e ações voltadas ao atendimento das demandas dos usuários por saúde integral, ainda é possível observar que o SUS enfrenta dificuldades para atender as necessidades dos usuários de forma regular (D'ESPÍNDULA, 2013; TRAVASSOS et al., 2013). Diante disso, a indisponibilidade de medicamentos e terapias é comum que resulte na busca pelo direito à saúde garantida constitucionalmente (ZAGO et al., 2016).

Além disso, com a rápida expansão tecnológica, diversos tratamentos altamente eficazes surgem no mercado farmacêutico e estão constantemente associados a elevados investimentos financeiros. Por questões orçamentárias, a

velocidade de inclusão de certas tecnologias no CEAF não acompanha a velocidade da indústria farmacêutica, o que ocasionou o surgimento do fenômeno das ações judiciais para obtenção de medicamentos, aumentando os gastos públicos na área da saúde (BRASIL, 2014; FIGUEIREDO, 2019).

A Lei nº 12.401/2011 definiu os critérios e prazos para incorporação de novas tecnologias no sistema público de saúde, exigindo o registro prévio do produto na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e também estabeleceu que o MS, assistida pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), no relatório para a sociedade nº 97 tem como atribuições incorporar, excluir ou alterar a lista de medicamentos e produtos aprovados (BRASIL, 2018).

## 2 ACESSO À JUSTIÇA E FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

A medicação é um elemento importante nos sistemas de saúde e garantir sua disponibilidade, acessibilidade e uso racional, manter a relação custo-benefício e a sustentabilidade é um desafio para a maioria dos países do mundo, principalmente diante da demanda crescente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), esse fenômeno ocorre devido ao envelhecimento populacional, hábitos de vida inadequados, condições crônicas associadas, medicalização da sociedade e pressão do mercado farmacêutico (OMS, 2008).

A disponibilidade de medicamentos essenciais no setor público, em muitos países do mundo, ainda é considerada baixa. A disponibilidade média em países de baixa renda em 2016 foi de 60% e em países de renda média foi de 56% (OMS, 2016).

No Brasil, o acesso gratuito à atenção terapêutica integral pelo SUS é direito de todos os cidadãos garantido pelo art. 6º da Lei nº 8.080/90, que regulamenta o princípio da universalidade adotado pela CF de 1988 (BRASIL, 1990).

Segundo Vasconcelos Filho (2010), a efetivação dos direitos sociais está diretamente relacionada à intervenção do Estado, principalmente por meio das políticas sociais. O direito à saúde é um exemplo de direito social com titularidade individual, correspondendo às suas necessidades básicas não apenas para a existência física, mas para a existência psíquica e moral.

Os direitos sociais, em particular, os direitos à saúde não são feitos automaticamente. A efetivação dos direitos sociais enfrenta muitos desafios, além da legalidade expressa na CF de 1988, há, segundo alguns autores, uma realidade que se distancia da “letra fria da lei”, ou seja, o distanciamento entre norma e prática é uma realidade brasileira (RIBEIRO, 2013; VALLE; CAMARGO, 2011). Esse distanciamento entre norma e prática foi contra a arte. 5º, em seu inciso XXXV, onde prevê que: “a lei não excluída da apuração do judiciário ou ameaça à lei” (BRASIL, 1988).

O acesso à justiça e o fornecimento de medicamentos é um tema preocupante e, por isso, está incorporado às metas relacionadas à saúde dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da OMS e à agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU). Além disso, o tema também integra estudos nacionais e internacionais,

principalmente nas últimas duas décadas (2000-2018). (MATTA et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2017; ALSAIRI, 2017; EMMERICK et al., 2015). O surgimento desta questão se dá através do contexto de uma crise econômica e humanitária instalada, circunstância que tem acentuado as barreiras de acesso dos utentes aos serviços de saúde.

## 2.1 A CONSTRUÇÃO DO SUS E DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

De acordo com os artigos 6º, 194, 196, 198 e 200 da CF de 1988, cabe ao Estado à responsabilidade de oferecer a saúde como direito supremo, básico, social e fundamental a todo e qualquer cidadão brasileiro. Dessa forma, são assegurados os seguintes princípios: igualdade no atendimento aos pacientes, respeito ao princípio da dignidade humana e ao “mínimo existencial”.

Em 1990, duas importantes leis foram promulgadas: a Lei Orgânica nº 8.080/90, que estabeleceu as bases para o funcionamento do SUS, e a Lei nº 8.142/90, que determina a criação das Conferências e Conselhos de Saúde. O artigo 6º da referida lei determina a implementação de ações de assistência terapêutica integral (inclusive farmacêutica) e a avaliação do impacto que as tecnologias causam à saúde. Em 2006, com a formulação do Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399) e em 2011 pelo Decreto nº 7.508/11, algumas lacunas no processo estratégico do SUS foram preenchidas, estabelecendo políticas e diretrizes nacionais (SILVA; PIMENTA, 2017).

No entanto, a judicialização da saúde no Brasil surgiu com o ativismo de pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e demandavam tratamento medicamentoso (TCU, 2017). Isso aconteceu logo após a promulgação da CF de 1988 e a criação do SUS em 1990, onde, pela primeira vez, o governo brasileiro considerou a saúde um direito fundamental de quem vive no país (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Sendo assim, o SUS é a sua principal política de saúde e uma das maiores políticas de inclusão social do mundo. Oferece atendimento universal e integral a todas as pessoas, sem distinção, a fim de garantir o acesso aos cuidados de saúde. A participação social é um fator importante para a construção do sistema e para a redução das iniquidades (VIEIRA et al., 2014; BRASIL, 2019).

O SUS no Brasil é universal e visa fornecer vacinação, assistência farmacêutica, clínica geral, médicos especialistas, assistência hospitalar, odontológica e outros serviços de saúde para todos. Como mencionado, é um sistema de saúde dinâmico e complexo que visa oferecer atenção integral, universal, preventiva e curativa por meio da prestação de serviços de saúde (PAIM et al., 2011).

O acesso universal a medicamentos essenciais foi padronizado pelo SUS em 1998 e desde esta data aumentou a oferta de medicamentos para a assistência à saúde. Apesar desses programas públicos para melhorar o acesso a medicamentos, garantir o acesso a medicamentos essenciais ainda é um desafio no Brasil. O acesso é influenciado por fatores sociodemográficos e socioeconômicos (MAGARINOS-TORRES et al., 2014).

No Brasil, 54% dos gastos com saúde ocorrem no setor privado, que atende apenas 25% da população. O SUS, que atende exclusivamente 75% da população, atende a toda a sociedade, mas recebe apenas 46% dos recursos disponíveis. Seria impraticável, tanto financeira quanto socialmente, estender um sistema de seguro saúde privado focado no mercado para toda a população. Em um relatório recente, o Banco Mundial (2017) sugere que o Brasil gastou excessivamente com saúde (9,3% do PIB); no entanto, o relatório não apontou que a maior parte desse gasto se refere aos setores mais ricos da população.

Os sistemas públicos de saúde, implantados em diversos países, constituem espaços não-mercantis nas economias capitalistas. A sustentabilidade dessas políticas depende de vários fatores, incluindo a construção de uma cultura diferente daquela que prevalece no mercado. É uma cultura que considera o desenvolvimento humano mais importante que o crescimento econômico. Do ponto de vista público, o conceito de efetividade também deve considerar a inclusão social como um de seus indicadores, a fim de enfatizar a ideia de que a política, o gasto público e a prestação de serviços têm impacto no bem-estar. Da mesma forma, o conceito de eficiência não pode ser calculado sem considerar a exclusão de pessoas em atendimento devido a medidas “racionalizadoras” sugeridas pela economia (CAMPOS, 2018).

No referido relatório, baseado em indicadores de produtividade, o Banco Mundial (2017) afirmou que a assistência hospitalar foi ineficiente por não considerar os benefícios em relação ao acesso e à inclusão das pessoas:

Racionalização da rede de prestação de serviços, especialmente a rede hospitalar, para obter um melhor equilíbrio entre acesso e escala (eficiência). Mais especificamente, isso exigiria a redução do número de hospitais de pequeno porte (a maioria dos hospitais brasileiros tem menos de 50 leitos, e cerca de 80% tem menos de 100 leitos - quando o tamanho ideal estimado varia entre 150 e 250 leitos para alcançar economias de escala).

Esse tipo de cálculo do Banco Mundial ignora o contexto de milhares de pequenos municípios e periferias de regiões metropolitanas do Brasil. Também desconsidera que a solução para a maioria desses pequenos hospitais seria transformá-los em unidades mistas, integrando nos mesmos serviços equipes que lidam com questões como saúde da família, atendimento prioritário, maternidade e procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade. Essa transformação garantiria maior cobertura populacional, incorporando excelência assistencial e racionalidade financeira. Exemplos disso já existem em algumas cidades brasileiras (RIGHI, 2002).

No entanto, o mesmo relatório do Banco Mundial reconhece e destaca o uso privado das finanças públicas, bem como os impostos repassados diretamente aos grupos empresariais e aos grupos de maior renda:

O setor público também gasta recursos significativos por meio de gastos tributários, principalmente para subsidiar seguros privados de saúde (0,5% do PIB). As pessoas singulares podem deduzir as despesas de saúde dos seus rendimentos tributáveis e o mesmo se aplica às pessoas coletivas que prestam cuidados de saúde aos seus colaboradores. O governo também deduz impostos e contribuições da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos (BM, 2017).

A sustentabilidade do SUS depende do aumento dos recursos financeiros. Não é possível financiar o sistema apenas aumentando o déficit público; é preciso destacar distorções na utilização desse orçamento e sugerir que recursos sejam repassados para o financiamento de políticas públicas. Assim, uma solução seria aprovar uma legislação para proibir o uso desses recursos orçamentários para financiar planos de saúde privados ou administrados por empresas. Essa seria uma forma de induzir setores das elites econômicas e políticas a considerar o uso do SUS, além de aumentar as contribuições financeiras para o sistema sem aumentar os gastos públicos.

O relatório do Banco Mundial citado anteriormente faz parte de um poderoso movimento político e cultural que visa empurrar para trás os espaços públicos, substituindo-os por processos típicos de mercado (por exemplo, acesso mediado pelo poder de compra e competição de um indivíduo, ou seja, sobrevivência do mais

apto ou chamado Darwinismo Social) e atribuindo prioridade aos fatores econômicos ao invés do desenvolvimento humano e ecológico (CAMPOS, 2018).

Em termos de saúde, essas medidas implicam em enfraquecimento e redução da abrangência do SUS, tanto em relação à cobertura populacional quanto aos serviços prestados. As seguintes recomendações foram repetidas monotonamente em intervalos regulares: privatização; terceirização; parcerias público-privadas; descentralização, com desregulamentação e fragmentação da rede; e fim do tratamento gratuito; resumidamente, a ideia de um SUS restrito aos muito pobres e funcionando como se fosse uma entidade baseada no mercado, sem noções de solidariedade e da importância da garantia de direitos. Os meios de comunicação de massa divulgaram e recomendaram acriticamente esse raciocínio contrarreformista como solução para os problemas de saúde e as políticas sociais em geral.

## 2.2 A COMPETÊNCIA DO ESTADO PARA DISPONIBILIZAR MEDICAÇÕES

Como mencionado anteriormente, o SUS é administrado pelos governos Federal, Estadual e Municipal. Os municípios prestam serviços de saúde, os estados coordenam as ações de saúde e o governo federal regula e financia o sistema. O Poder Executivo é responsável pela gestão do SUS - que também garante o acesso aos medicamentos essenciais, orientado pela Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) e por outras leis e políticas que definem os medicamentos no formulário do SUS (aqueles pertencentes às listas oficiais de medicamentos do SUS). (BRASIL, 2017). No entanto, o sistema não consegue atender às demandas ilimitadas dos brasileiros. Quando o estado enfrenta dificuldades em oferecer serviços de saúde e bem-estar universal adequado a todos os cidadãos, muitas pessoas buscam esses direitos por meio do judiciário (BERTOLDI et al., 2012).

Os cidadãos recorrem às ações judiciais para contornar a falta de acesso aos medicamentos, seja pela falta de recursos financeiros para adquiri-los, seja pela indisponibilidade no serviço público de saúde, seja pelo alto custo do tratamento. Remédios que tratam doenças genéticas e câncer que estão fora da política de assistência farmacêutica representam uma parte importante do problema (WANG et al., 2014).

No contexto democrático brasileiro, por um lado, a judicialização da saúde pode expressar reivindicações e formas legítimas de atuação dos cidadãos. Por

outro lado, reforça o desequilíbrio de direitos ao conferir o privilégio de obter esses direitos a grupos de pessoas que têm conhecimento das ações judiciais e dos recursos financeiros para recorrer ao sistema de justiça (BARROSO, 2012).

Alguns estudos mostram que quem recorre ao Judiciário para solicitar um medicamento costuma vir de melhores condições socioeconômicas, pois pode arcar com as despesas processuais geradas pela judicialização. Assim, esse fenômeno privilegia determinados segmentos sociais, favorecendo aqueles que têm maior acesso ao sistema de justiça e, no que se refere ao acesso à saúde, agrava as iniquidades de um sistema já marcado por desigualdades (BOING et al., 2013).

O acesso a medicamentos no Brasil pelo SUS ocorre de duas formas, seja pela via legal ou extrajudicial, ou pela via judicial, caso o direito seja negado ao cidadão. O percentual de acesso a medicamentos pelo SUS pela lei entre 2003 e 2015 foi, em média, 50% (MONTEIRO et al., 2016; MATTA et al., 2018). Os resultados mostram que, após 20 anos da aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), o acesso gratuito a medicamentos pelo SUS aumentou nos últimos anos. No entanto, considerando os parâmetros da OMS (2011), esse percentual é classificado entre baixo e médio, principalmente no contexto de um sistema de saúde universal como o brasileiro, no qual emerge um paradoxo político que indica falhas na Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PNMA), afetando e comprometendo o acesso aos medicamentos.

Quando se trata de medicamentos destinados ao tratamento de doenças crônicas, o acesso pelo SUS gira em torno de 45% (TAVARES et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2016), e aumentos para doenças crônicas específicas, como hipertensão e diabetes, chegando a 69% para hipertensão e 75% para diabetes, sem contabilizar o acesso pela Farmácia Popular Brasileira (MENGUE et al., 2016). O aumento do acesso a medicamentos para hipertensão e diabetes deve-se principalmente ao aumento da prevalência dessas doenças na população brasileira. Esse cenário levou o MS (2016) a criar programas como o HiperDia (BRASIL, 2002) reorganizar a atenção aos segmentos populacionais com hipertensão e diabetes, com o incentivo à distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos por meio do Programa Farmácia Popular e o Programa Saúde não tem preço (ARAÚJO et al., 2016).

Após a criação, em 2010, do CEFAP pelo Ministério da Saúde, o SUS passou a oferecer, por meio de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), o

acesso a medicamentos de alto custo, com melhorias no acesso a esses medicamentos. No entanto, no PCDT, existem barreiras limitantes ao acesso, como problemas na regulação do sistema de saúde, protocolos burocráticos e dificuldades de acesso aos serviços para exames diagnósticos e consultas para atender suas necessidades (ROVER et al., 2016).

Embora o acesso a medicamentos pelo SUS seja universal, igualitário e gratuito para todos os cidadãos brasileiros e fruto de uma conquista histórica legalmente concretizada, ainda não é uma realidade, pois são visíveis as desigualdades no acesso a medicamentos entre as regiões do Brasil, especialmente nas regiões desfavorecidas socioeconomicamente que, em certa medida, reproduzem a desigualdade socioeconômica do País. Nas regiões Sul e Sudeste, a conquista de medicamentos do sistema público é maior (MATTA et al., 2018; MONTEIRO et al., 2016; MENGUE et al., 2016). As diferenças regionais na organização, estruturação e financiamento dos serviços impactam na assistência farmacêutica prestada.

No Brasil, o acesso universal aos medicamentos pelo setor público ainda é um grande desafio, pois grande parte da população ainda precisa recorrer ao desembolso direto para obter os medicamentos necessários ao seu tratamento (MATTA et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2016; MENGUE et al., 2016; ÁLVARES et al., 2017). Essa realidade representa um comprometimento significativo da renda familiar com os gastos com saúde e, conseqüentemente, caracteriza uma penalidade para a população de menor poder aquisitivo.

Desigualdades de acesso também ocorrem entre diferentes estratos populacionais, segmentos da população mais vulnerável socialmente têm obtido seus medicamentos pelo SUS, preferencialmente porque o SUS é a opção de atenção à saúde dessa população (MATTA et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2017; BALDONI et al., 2014).

Outra forma de obter acesso a medicamentos no Brasil por meio do SUS é o uso da tutela jurisdicional. É uma forma de efetivação de direitos no Poder Judiciário quando o cidadão enfrenta dificuldades de acesso. Nesse caso, a maioria das ações para solicitação de medicamentos pelo SUS é individual, ou seja, as decisões decorrentes das demandas apenas garantem o atendimento de seus solicitantes, contrariando os princípios de universalidade e equidade (CARVALHO; LEITE, 2014; LISBOA; SOUZA, 2017).

Da mesma forma, o acesso à justiça também é desigual e condicionado por determinantes socioeconômicos, como evidenciados pela predominância da representação de advogados particulares em ações judiciais e por prescrições de serviços privados de saúde com demandantes, em sua maioria, de estratos populacionais de baixa renda ou sem vulnerabilidade social. Esses dados indicam que pessoas com menor poder aquisitivo e sem condições de arcar com as ações acabam recorrendo menos aos meios judiciais (CAMPOS NETO et al., 2012).

Entende-se que o acesso a medicamentos pelo sistema judiciário no Brasil está refletindo e perpetuando as desigualdades na sociedade brasileira ao privilegiar a parcela da população com melhores condições socioeconômicas que tem acesso à justiça, além de reforçar o direito individual dos cidadãos em detrimento do coletivo.

Em geral, as solicitações de medicamentos não incorporados aos protocolos e programas executados pelo SUS são altas, e o percentual de medicamentos fora do padrão solicitados varia de 56,7% a 77% (BOING et al., 2013). Na maioria das vezes, são medicamentos caros, alguns não aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou solicitados para tratamentos não indicados, o uso *off-label*<sup>1</sup>; ou indicações clínicas para as quais não há evidência clínica de sua eficácia (LISBOA; SOUZA, 2017; CAMPOS NETO et al., 2012).

No Brasil, a incorporação de novas tecnologias em saúde pelo SUS passa pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC), que avalia novas tecnologias com base em evidências de eficácia, precisão, efetividade e segurança, bem como avaliação econômica comparativa de benefícios e custos em relação às tecnologias existentes, visando também a sustentabilidade do sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Por fim, o acesso a medicamentos no Brasil pelo SUS envolve problemas relacionados à incorporação e oferta de novos medicamentos pelo sistema, mas principalmente devido às dificuldades enfrentadas pelos usuários para ter acesso aos medicamentos já contemplados.

---

<sup>1</sup> *Off-label* ou não licenciada como a prescrição de medicamentos ou de produtos correlatos para indicações, usos e finalidades distintos daqueles constantes na bula aprovada pela autoridade sanitária competente. Conforme diversos autores, a prescrição *off-label* é frequente em diversas especialidades médicas. Pode-se diferenciar o uso *off-label* do uso experimental ou em pesquisa, sendo esta o uso de produtos novos ainda em fase de estudos, ou mesmo livremente comercializados dentro do contexto do protocolo de uma pesquisa (NOBRE, 2013).

### 2.2.1 A responsabilidade do Estado no fornecimento de medicamentos e a assistência farmacêutica

A importância da assistência farmacêutica no SUS se deve à promoção do acesso dos usuários a medicamentos e insumos e ao papel desses serviços na inovação e desenvolvimento tecnológico e no uso racional de medicamentos (TAVARES; PINHEIRO, 2014).

Os dispositivos legais voltados à assistência farmacêutica foram implementados pela Portaria nº 3.916/98, que institui a elaboração da Política Nacional de Medicamentos e a criação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). (GRINOVER et al., 2014). O CEAF destinava-se à dispensação excepcional de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, raras ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamentos de alto custo por unidade ou com alto custo anual agregado. Esses medicamentos são financiados pelo MS e secretarias estaduais de saúde e são incluídos na lista de componentes após a criação do PCDT para cada doença (BRASIL/TCU, 2015).

A Lei nº 12.401/2011 definiu os critérios e prazos para a incorporação de novas tecnologias no sistema público de saúde, exigindo o registro prévio do produto na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e também estabeleceu que o MS, assistida pela CONITEC, tem as atribuições de incorporar, excluir ou alterar a lista de medicamentos e produtos aprovados.

A política de assistência farmacêutica é descentralizada. A Lista Nacional de Medicamentos, baseada no perfil epidemiológico regional, é uma base para a organização dos estados e municípios. Estados e Municípios são responsáveis pelo financiamento dessas e também pela entrega dos medicamentos incluídos nas três listas (Nacional, Estadual e Municipal).

A Assistência Farmacêutica (AF) é um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde coletiva e individual, tendo os medicamentos como elemento essencial visando garantir o acesso e o uso racional. Essas ações visam promover a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição, prescrição, dispensação, garantia da qualidade de produtos e serviços, monitoramento e avaliação de seu uso, na perspectiva de alcançar resultados concretos e melhoria da qualidade de vida (Resolução SES/MG nº 1.416, de 21 de fevereiro de 2008).

Isso demanda articulação contínua com setores técnicos, gestão, coordenações de programas de saúde, programas de saúde da família, programas de saúde comunitária, regulação sanitária, epidemiologia, financeiro, planejamento, inventário, licitação, auditoria, ministérios, agências reguladoras, conselhos de saúde, profissionais de saúde, universidades e outros segmentos da sociedade para aprimorar a atuação, divulgação e apoio às suas ações.

A AF é um processo dinâmico e multidisciplinar que visa suprir os sistemas, programas e serviços de saúde com medicamentos de alta qualidade. Assim, permitindo que os pacientes tenham acesso à medicação necessária. O farmacêutico é fundamental para garantir que quem precisa de medicamentos tenha acesso a ele. Vale ressaltar que tal acesso requer um profissional capacitado. Portanto, há uma demanda para capacitar gestores e profissionais em todas as atividades clínicas (prescrição, entrega, gestão, acompanhamento e inscrição) e gerenciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição) relacionadas à assistência farmacêutica.

As ações de financiamento da saúde são organizadas em blocos e a Assistência Farmacêutica é uma delas. Este bloco específico está subdividido em três componentes: Medicamentos Básicos, Medicamentos Especializados e Medicamentos Estratégicos. O financiamento da Assistência Farmacêutica não cobre medicamentos utilizados em hospitais. Esses são financiados pelo bloco de financiamento da Atenção Secundária e Terciária. O tratamento oncológico é realizado por estabelecimentos credenciados ao SUS e reembolsado posteriormente (OLIVEIRA et al., 2020a).

Os tratamentos para as doenças mais comuns são realizadas por meio de unidades básicas de saúde (UBS), por meio do componente básico de AF; medicamentos e insumos são fornecidos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e endemias por meio do componente estratégico de AF; e medicamentos definidos de cuidado foram definidos em PCDT pelo Ministério da Saúde são fornecidos por meio do componente especializado de AF.

O componente básico compõe medicamentos para o tratamento de, entre outros, hipertensão e outras doenças cardiovasculares, infecções infantis e doenças respiratórias, desidratação infantil, parasitas intestinais e transtornos mentais. O componente estratégico refere-se a medicamentos para o tratamento de distúrbios nutricionais, distúrbios hemorrágicos, cólera, dependência de nicotina, doença de

Chagas, dengue, doença enxerto versus hospedeiro, esquistossomose, filariose, hanseníase, Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), influenza, leishmaniose, lúpus eritematoso sistêmico, malária, meningite, micoses sistêmicas, mieloma múltiplo, raiva humana, tracoma e tuberculose. O componente especializado fornece medicamentos para o tratamento de 78 doenças (CHIEFFI et al., 2017).

Para complementar os medicamentos disponíveis nos programas de AF, o Ministério da Saúde criou em 2004 o Programa Farmácia Popular. Este programa fornece medicamentos gratuitos ou a preço de custo para o tratamento de hipertensão, diabetes, asma, dislipidemia, rinite, doença de Parkinson, osteoporose e glaucoma e contraceptivos.

Em oncologia, através da Portaria nº 874, o cuidado ao paciente envolve o uso de protocolos e orientações terapêuticas fornecidas pelo médico, o fornecimento de medicamentos e o tratamento integral de pacientes com câncer por meio de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento adequado e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Segundo Oliveira et al. (2020a), na cadeia de serviços de saúde, a assistência farmacêutica é um instrumento estratégico e suas ações devem visar o acesso, a qualidade e o uso racional dos medicamentos; cuidando da sustentabilidade do sistema. Os profissionais desse segmento enfrentam os desafios para a qualificação dos aspectos relacionados ao desenvolvimento das atividades clínicas e gerenciais.

### 3 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A FALTA DE MEDICAMENTOS

A maioria dos medicamentos solicitados à Justiça não está incorporada ao SUS, embora haja uma alternativa terapêutica disponível. Há associação entre a classe de medicamentos reivindicada e sua presença na RENAME, com baixa adesão dos prescritores aos medicamentos incluídos nos componentes da assistência farmacêutica e predominância de medicamentos prescritos não incluídos na RENAME por médicos vinculados a instituições filantrópicas e privadas.

Uma das hipóteses que justifica esse panorama heterogêneo é que a judicialização da saúde apresenta diferenças regionais relevantes que se refletem nos sistemas de saúde e de justiça. Portanto, nos estados em que o maior número de ações judiciais é para medicamentos incluídos na política nacional, pode haver falhas na gestão da atenção farmacêutica, enquanto naqueles em que as solicitações são principalmente para medicamentos fora das listas oficiais, a política funciona bem, e só chega à Justiça o que não é fornecido ao cidadão por ainda não estar disponível no SUS (CNJ/BRASIL, 2019a).

Outra hipótese para a judicialização de medicamentos ainda não disponíveis no SUS é que há demora na incorporação de tecnologias, bem como falta de critérios técnicos e transparência no processo de incorporação (OSORIO DE CASTRO et al., 2018). No entanto, uma análise que comparou as edições da RENAME publicadas de 2000 a 2014 observou um aumento do número de medicamentos nas edições publicadas após 2012, sem a esperada diminuição da judicialização e da pressão pela incorporação tecnológica de produtos inovadores, que, ao contrário, aumentaram nos últimos anos (YAMAUTI et al., 2017).

No Brasil, a criação do Departamento de Avaliação de Medicamentos Não Padronizados (DAMNP) e da Câmara Técnica de Avaliação em Saúde (CATS) foram estratégias implantadas por um estado brasileiro. O DAMNP foi um departamento criado pelo Poder Executivo em 2006 para analisar exclusivamente a racionalidade técnico-científica dos medicamentos solicitados pelos usuários do sistema público de saúde por meio de um processo administrativo que possui uma receita e um relatório médico. A análise técnica foi realizada por farmacêuticos que avaliaram as demandas de acordo com as normas das políticas e legislação nacional. Quando o medicamento solicitado estava fora do formulário do SUS, os farmacêuticos sugeriram sua substituição por uma das listas oficiais do SUS. Essa estratégia foi

responsável por estabelecer protocolos de acesso a medicamentos pelo poder executivo e, quando necessário, pela inclusão ou exclusão de medicamentos nas listas oficiais do SUS (GOIÂNIA, 2013).

O CATS foi criado em 2009 pelo Ministério Público do Estado de Goiás com o objetivo de oferecer suporte técnico ao Ministério Público no que se refere a medicamentos solicitados por usuários dos sistemas de saúde público e privado. As opiniões são de médicos especialistas e farmacêuticos que analisam as prescrições médicas e fazem relatórios com base em critérios médicos e científicos e nas políticas farmacêuticas. Além disso, esses profissionais, quando possível, podem capacitar prestadores para prescrever alternativas terapêuticas disponibilizadas pelo SUS. Isso tem contribuído para aperfeiçoar os protocolos de acesso a medicamentos pelo poder executivo, sugerindo que os medicamentos sejam incorporados às políticas, reduzindo os custos legais e trazendo evidências e perícia para a questão, ao invés de apenas ter advogados resolvendo o assunto (GOIÁS, 2014).

A competência do CATS foi reafirmada em 2010, quando foi assinado um acordo de cooperação técnica entre o Executivo e o Ministério Público. Esse acordo decretou que todas as demandas por medicamentos não incluídos nas listas oficiais do SUS seriam atendidas por meio de ação administrativa no Poder Executivo. A institucionalização desses processos administrativos foi vista como uma forma de reduzir o número de ações judiciais (GOIÁS, 2010).

Observou-se que essas estratégias foram adotadas por juristas e gestores de saúde em diversos estados brasileiros e transmitiram respeito aos princípios constitucionais, como o direito à saúde como aspecto da dignidade humana e o acesso à justiça (CNJ, 2010a, b; ASENSI, 2010). No entanto, pouco se sabe sobre os efeitos dessas estratégias, visto que dizem respeito às repercussões negativas da judicialização do sistema de saúde.

A RENAME sofreu alterações em seu processo de elaboração, passando de uma lista baseada no conceito de essencialidade nas edições de 1998 a 2010, para uma relação positiva de medicamentos cobertos pelo SUS a partir de 2012, com a publicação da lei nº 12.401/2011 e decreto 7.508/2011, que regulamentou o conceito de integralidade no SUS e trouxe mudanças no processo de incorporação de tecnologia (VASCONCELOS et al., 2017; YAMAUTI et al., 2017).

Num estudo desenvolvido por Oliveira et al. (2020) mostrou que a maioria dos medicamentos reivindicados fora da RENAME tem alternativa terapêutica no SUS. Por exemplo, um dos medicamentos mais solicitados foi o brometo de tiotrópio, indicado para o tratamento da asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), que tem a associação de formoterol e budesonida como alternativa terapêutica no SUS, pertencente ao CEAF. Estudos anteriores que avaliaram a proporção de medicamentos solicitados que possuem alternativa terapêutica no SUS mostraram prevalências variando de 41,7% a 96,0%. Esses dados mostram que a administração do SUS não é totalmente omitida, pois oferece opções de tratamento para as doenças que justificam os pedidos judiciais (CATANHEIDE et al., 2016).

Algumas classes de medicamentos são alvos preferenciais das solicitações de medicamentos não incorporados, embora não tratem as doenças mais prevalentes na população. A análise dos pedidos de incorporação à RENAME de 2012 a 2016 mostrou que os medicamentos das classes anti-infecciosas de uso sistêmico para tratamento do HIV/AIDS e hepatite C, e os indicados para distúrbios osteomusculares, neoplasias, transtornos mentais e comportamentais, e as doenças respiratórias representaram 64,5% dos medicamentos incorporados. Esses dados mostram que há um aumento na disponibilidade de medicamentos pelo SUS, incluindo classes que normalmente são demandadas judicialmente, o que corrobora nossos achados (CAETANO et al., 2017).

Ao abandonar o conceito de essencialidade, baseado nas demandas epidemiológicas da população, a RENAME tornou-se mais suscetível às pressões políticas e sociais para incorporar novas tecnologias, que nem sempre apresentam superioridade terapêutica. Este é um fato preocupante que contraria as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), pois compromete a gestão da AF e a adesão dos profissionais médicos às listas do SUS (VASCONCELOS et al., 2017; YAMAUTI et al., 2017).

Outra diretriz prioritária estabelecida pela PNM é o uso racional e a segurança dos medicamentos, sendo a prescrição *off-label* um indicativo da falta de eficácia e segurança no uso. Nossos dados mostram que o medicamento mais prescrito para uso *off-label* foi o bevacizumabe intravítreo, com 35 solicitações por várias indicações clínicas, com destaque para retinopatia diabética, glaucoma e degeneração macular relacionada à idade (DMRI).

O bevacizumabe é registrado na ANVISA com indicação para tratamento de câncer, mas tem sido usado *off-label* para DMRI. Diante da intensa judicialização e da falta de opção terapêutica no SUS, em 2016, a ANVISA autorizou seu uso excepcional e temporário por três anos para o tratamento da DMRI, conforme regras estabelecidas em protocolo que prevê o uso intravítreo apenas para DMRI (código H35.3 da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças). No entanto, verificamos que, dos 35 pedidos judiciais desse medicamento, apenas cinco tinham essa indicação, evidenciando que o SUS tem buscado preencher lacunas em suas políticas, porém, novos usos e indicações acabam alimentando continuamente a judicialização (CONITEC, 2020).

Um dos protagonistas da judicialização da saúde são os profissionais médicos. Estudos sobre o tema têm apontado as relações entre prescritores, indústria farmacêutica e advogados que atuam de forma coordenada, gerando demanda judicial por medicamentos e, assim, pressionando sua incorporação (CAMPOS NETO et al., 2012; CAMPOS NETO et al., 2017). Observa-se que médicos de instituições filantrópicas e serviços privados de saúde prescrevem mais medicamentos não incluídos na Renome do que médicos do SUS, apesar de todos os prescritores solicitarem predominantemente medicamentos não padronizados.

Isso mostra que os autores dos serviços privados e filantrópicos recorrem à Justiça para ter acesso, pelo SUS, principalmente aos medicamentos não incorporados pelo sistema. Ressalta-se que, em nossa amostra, o principal serviço filantrópico que gerou processos foi um hospital oncológico conveniado ao SUS e que, portanto, já recebe financiamento por meio do Procedimento de Alta Complexidade em Oncologia. Estudos empíricos mostram que o principal critério judicial para uma decisão favorável ao litigante é a prova apresentada pelo autor, geralmente baseada em laudo ou prescrição médica (MAPELLI JR., 2017).

Portanto, é preciso cautela, sobretudo, em relação à prescrição de medicamentos não incluídos nas listas oficiais de medicamentos ou em descumprimento de protocolos clínicos oficialmente estabelecidos. É preciso questionar se o tratamento pretendido possui comprovação científica e se é possível substituí-lo por uma alternativa terapêutica disponível na rede pública de saúde, pois, caso contrário, os efeitos nocivos de decisões individuais fragmentadas prejudicarão as políticas públicas, que priorizam escolhas para a alocação de recursos escassos. Ignorar as políticas públicas acaba por fortalecer situações

discriminatórias e tecnologias médicas insustentáveis do ponto de vista científico (SANT'ANA et al., 2011; MAPELLI JR., 2017).

Ao analisar os medicamentos mais solicitados não disponíveis no SUS, observa-se a predominância de solicitações de análogos de insulina de curta e longa ação. Estudos empíricos realizados em outros estados, como São Paulo e Bahia, também encontraram análogo de insulina como os medicamentos mais solicitados não incluídos na RENAME (SIQUEIRA, 2015; LISBOA; SOUZA, 2017). Dos 10 medicamentos mais solicitados, apenas o bevacizumabe para uso intravítreo e para tratamento do câncer não possui alternativa disponível no SUS.

Também é interessante observar a dinâmica entre judicialização e incorporação de tecnologias ao SUS. Cinco dos dez medicamentos mais solicitados judicialmente ao estado no período estudado, inclusive alguns com opinião contrária à incorporação ao SUS, foram incorporados recentemente, entre 2016 e 2019. O caso do análogo de insulina é didático para essa relação entre judicialização e incorporação, uma vez que, após duas posições negativas sobre a incorporação em 2014, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), recomendou a incorporação de insulinas de ação rápida pelo SUS para o tratamento do diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) em 2017 e, em março de 2019, novo parecer favorável foi emitido a favor do análogo de insulina de ação prolongada para DM1, mesmo sem novas evidências científicas de superioridade. O parecer descreveu as “ações judiciais desses medicamentos” como questão a ser analisada (CONITEC, 2020).

Outros medicamentos alvo de ações judiciais recentemente incorporadas foram a enoxaparina para prevenção de trombofilia em gestantes e o já descrito bevacizumabe intravítreo, com uso excepcional aprovado por três anos. As demais foram avaliadas pela CONITEC, que se opôs à incorporação por não apresentar eficácia superior às tecnologias já disponíveis no SUS. Apenas o denosumabe não possui registro de avaliação pela CONITEC até o momento (CONITEC, 2020).

Embora a maioria dos medicamentos solicitados judicialmente não estejam incluídos na RENAME, uma porcentagem considerável desses medicamentos já incorporados pela política também foi solicitada, sendo a maioria do CEAF. A busca do Judiciário por medicamentos desse componente pode significar falhas em sua gestão, bem como tentativas de burlar os critérios legalmente estabelecidos. Ao analisar a concordância entre o medicamento solicitado e a indicação clínica descrita

no laudo médico com o atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), observa-se possíveis falhas na gestão da atenção farmacêutica na solicitação dos medicamentos somatropina, azatioprina, ácido acetilsalicílico e mesalazina, uma vez que a vasta maioria das solicitações concordaram com protocolos. Para os demais medicamentos solicitados, a maior prevalência foi para indicações clínicas não padronizadas em protocolos oficiais, a maioria para uso *off-label*. Destaca-se o micofenolato de mofetil, para o qual nenhuma das indicações clínicas descritas nas ações pactuadas com o PCDT, e em 12 das 18 solicitações foi prescrito para uso *off-label* (SANT'ANA et al., 2011; VASCONCELOS et al., 2017).

Observa-se que as ações judiciais geralmente carecem de critérios técnicos probatórios, sendo instruídas com laudo e prescrição médica, raramente com a presença de exames, e tornaram a via judicial um caminho mais rápido com maiores taxas de sucesso na obtenção do medicamento solicitado, pois esses documentos seriam insuficientes em muitos casos para garantir o acesso pelo SUS.

### 3.1 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: OPORTUNIDADES AOS EXCLUÍDOS

Os três princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade – fundamentam a maioria das análises do sistema público de saúde brasileiro. Como esses três elementos se combinam para garantir o direito à saúde é uma questão que permite diferentes interpretações. Uma possibilidade é pela lente da judicialização, tema tratado com muita competência por Octávio Ferraz (2021), a partir de dados consistentes e de uma discussão teórica minuciosa.

O sistema público universal significou um enorme avanço na garantia do direito à saúde no Brasil, dando acesso às populações antes excluídas aos serviços públicos de saúde em seus distintos níveis de complexidade. Com ele, o Brasil conseguiu criar um sistema universal, acessível a todos – algo inquestionável. Dados de 2019 demonstram que 74% da população depende do sistema público para atendimento de saúde (população 'dependente do SUS'), enquanto 26% possuem algum tipo de plano de saúde privado (IBGE, 2020).

O princípio da integralidade significa tanto uma visão inclusiva dos indivíduos, em relação às suas necessidades específicas e sua relação com o contexto social em que estão inseridos, quanto a própria atenção integral à saúde, envolvendo um conjunto de ações que vão desde a prevenção até os cuidados mais complexos. A

integralidade tem sido buscada por meio de políticas, programas e protocolos e da incorporação de medicamentos e tratamentos no SUS, ampliando o rol de serviços e tratamentos prestados pelo sistema público – apesar das limitações orçamentárias que qualquer governo enfrenta e com as quais os sistemas de saúde de todo o mundo o mundo tem que lidar (OLIVEIRA, 2022).

No entanto, a equidade tem sido o princípio menos debatido do SUS, tanto administrativa quanto politicamente. Relacionado aos conceitos de igualdade e justiça, assume que a igualdade de acesso ao sistema não eliminou as desigualdades em saúde, decorrentes de outras desigualdades sociais que afetam as chances de indivíduos de diferentes grupos adoecerem ou morrerem. As desigualdades em saúde sempre existirão, mas o sistema tem que combater 'desigualdades injustas', o que envolve equidade na distribuição de recursos em favor de indivíduos em situação de maior vulnerabilidade (DUARTE, 2000).

Segundo Ferraz (2021), a atuação do Judiciário nos últimos anos, assumindo a definição dos contornos das políticas de saúde, deveria ser deixada para os atores políticos dos poderes Executivo e Legislativo, em suas interações com os atores sociais – como ocorreu na luta para garantir o direito à saúde na redemocratização.

A vitória na Constituinte garantiu a inclusão de milhares de brasileiros no sistema de saúde, melhorando diversos indicadores importantes, como a taxa de mortalidade infantil, que caiu de mais de 60 nascimentos por mil na década de 1990 para cerca de 15 em 2016, levando em conta a taxa média nacional. A expectativa de vida aumentou, a imunização infantil avançou enormemente, a mortalidade materna também caiu, assim como uma série de mortes evitáveis. A cobertura do sistema expandiu-se rapidamente e os serviços de atenção primária à saúde atingiram populações de todo o país.

No entanto, as desigualdades regionais em saúde permaneceram. Isso se deve ao fato de o Brasil gastar relativamente pouco, em termos per capita e em relação ao PIB, quando comparado a países com nível de desenvolvimento econômico semelhante. Além disso, muito mais é gasto nas regiões Sul e Sudeste do país, que concentram grande parte dos recursos e serviços de saúde, principalmente os mais complexos (OLIVEIRA, 2022).

Como consequência, os principais indicadores de saúde são muito distintos nas diferentes regiões do país, o que demonstra a persistência das desigualdades em saúde, juntamente com outras desigualdades sociais que caracterizam a

sociedade brasileira. O sistema público evoluiu e se fortaleceu ao longo do tempo, mas agora enfrenta o desafio da equidade, fortemente impactado pela judicialização (OLIVEIRA, 2022).

Ao apresentar os dados sobre judicialização no Brasil, Ferraz (2021) demonstra tanto seu crescimento exponencial em termos numéricos quanto em relação aos gastos públicos. Usando estimativas calculadas por meio de dados secundários, ele afirma que cerca de 3% do gasto total em saúde pública é gasto com a judicialização. Considerando a tendência de crescimento apresentada pelos dados históricos, esse número é preocupante. Sobretudo porque, como demonstra o livro, essa judicialização proporcionou o acesso a medicamentos e serviços à parcela economicamente mais favorecida da população brasileira.

Esse quadro de acesso desigual à justiça foi alterado ao longo dos anos com a disseminação da via judicial, cada vez mais utilizada pelos grupos sociais menos privilegiados por meio da Defensoria Pública ou do Ministério Público (CNJ, 2019b), judicial e extrajudicialmente. No entanto, o perfil regressivo da judicialização se manteve, razão pela qual Ferraz (2021) tem razão ao afirmar que a judicialização beneficia os mais ricos em um contexto de desigualdade de acesso à justiça, aumentando ainda mais as desigualdades em saúde.

A judicialização no Brasil está intrinsecamente relacionada às desigualdades, afetando negativamente a equidade do sistema: resulta do acesso desigual à justiça, mais acessível a quem paga advogados particulares e garante a aceitação de suas demandas pela justiça; e gera desigualdades em saúde em um sistema público que sofre com a falta de recursos, o que acaba ampliando ainda mais as desigualdades sociais existentes (OLIVEIRA et al., 2020b).

Na opinião de Ferraz (2021), este é um debate que não deve se basear nos tribunais ou nos atores judiciais; é necessário que as instituições políticas tratem dessa questão, mantendo os atores do sistema judiciário afastados desse processo. A política é capaz de garantir direitos, como demonstrado na luta pela saúde na Constituição de 1988. Assim, “se a política não é tão ruim, e a litigância não é tão grande, parece inoportuno transferir poderes de decisão substantiva da primeira para a segunda” (FERRAZ, 2021, p. 305).

### 3.2 AS NARRATIVAS CRÍTICAS CONSTRUÍDAS PARA A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A busca pela garantia do direito aos serviços e bens de saúde por meio dos tribunais não é exclusividade do Brasil; ocorre em outros países, como Colômbia, Costa Rica e Chile (ABADIA; OVIEDO, 2009; NORHEIM; WILSON, 2014; ZUNIGA, 2014). O que chama a atenção no caso brasileiro é o alto índice de processos deferidos por juízes, o que tem gerado discussões entre profissionais e gestores do setor saúde, visto que a judicialização da saúde não só pode fornecer um mecanismo útil para a sociedade obrigar o Estado a implementar publicamente políticas, mas também pode causar distorções econômicas, sociais e políticas negativas (PANDOLFO et al., 2012).

Mesmo com os diversos avanços apresentados pelo SUS desde sua criação, há falhas governamentais no fornecimento de medicamentos e serviços e no atendimento das altas demanda da população brasileira por recursos de saúde. Cada vez mais a tensão entre o direito fundamental à saúde e as limitações do Estado está presente (TEIXEIRA; SILVA, 2015).

Como resultado, torna-se cada vez mais comum que os cidadãos usem o poder judiciário sistema de acesso a medicamentos, insumos e serviços de saúde, prática conhecida como a judicialização da saúde. Este termo representa a possibilidade do Poder Judiciário intervindo no conflito entre o direito individual dos cidadãos à saúde e o ação financeira e logisticamente limitada do Estado, obrigando a concessão de recursos não previstos no planejamento da administração pública (TEIXEIRA; SILVA, 2015).

Uma das vertentes do sistema público de saúde que frequentemente é alvo de ações judiciais é a assistência farmacêutica. Essas ações visam obter medicamentos não disponíveis na rede pública serviços, tendo como principais justificativas para tais solicitações: a falta de medicamentos pelo SUS; descumprimento de protocolos clínicos estabelecidos; e o pedido para produtos não padronizados pelo SUS e mesmo aqueles sem registro na ANVISA e/ou sem comprovação de eficácia (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Uma análise rápida dos dados sobre o número de solicitações recebidas pelo Estado nos últimos anos permite reconhecer um crescimento rápido e abrupto da judicialização da saúde: em 2010, o governo federal gastou aproximadamente R\$

120 milhões na aquisição de medicamentos solicitados pela via judicial; em 2014, o desembolso foi de aproximadamente R\$ 840 milhões; já em 2016, as despesas aumentaram para R\$ 1,6 bilhão (SILVA; NICOLETTI, 2020).

O mesmo ocorre em outras esferas do poder público. O governo paulista, por exemplo, gastou R\$ 1,2 bilhão em ações judiciais destinadas a 57 mil pacientes em 2015. Segundo Renata Santos, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2017), esse é quase o mesmo valor gasto em um ano com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMU SP), que trata aproximadamente 35.000 pacientes por dia (PIERRO, 2017).

O crescimento exacerbado da judicialização da saúde pode prejudicar a implementação das políticas de saúde no SUS, pois o cumprimento de determinações judiciais acarreta gastos elevados e não programados pelas esferas governamentais. Além de a questão orçamentária, a maioria dos processos fere os princípios do SUS, pois distorcem o princípio da equidade e consistem em tratamentos que podem ser englobados protocolos e programas já estabelecidos pelo SUS (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Segundo estudo realizado no estado de São Paulo por Vieira e Zucchi (2007), cerca de 62% dos medicamentos solicitados por meio de ação judicial estão presentes em listas padronizadas do SUS. Isso nos leva a crer que grande parte da busca por recursos para obtenção de produtos para a saúde se deve a falhas no fornecimento e na gestão de medicamentos no SUS ou ao desconhecimento das listas padronizadas pelos profissionais de saúde. Entre os medicamentos solicitados e não padronizados nas listas do SUS, o estudo indicou que 73% têm uma alternativa terapêutica disponível no SUS. Esses dados podem indicar que parte dos processos poderia ser evitada se os médicos prescritores utilizaram as listas padronizadas do SUS como base para o tratamento de seus pacientes.

Quanto à origem das ações judiciais, estudo realizado por Machado et al. (2011) no Estado de Minas Gerais revelou que apenas 25,8% das prescrições médicas foram geradas na rede SUS, enquanto o restante teve origem no sistema privado. A aquisição de medicamentos prescritos por profissionais do serviço privado afronta o princípio da integralidade do SUS. Além disso, esses resultados levaram os pesquisadores a concluir que a alta taxa de ações judiciais geradas por serviços privados podem indicar que os serviços do SUS utilizados para transcrever

prescrições inicialmente feitas pelo serviço privado, o que aumentar ainda mais o dano ao princípio da integralidade.

Além disso, a Política Nacional de Medicamentos do SUS determina as responsabilidades de cada esfera de governo no campo da assistência farmacêutica, e as determinações judiciais muitas vezes desconsideram essa padronização. Ou seja, os municípios obrigados a fornecer medicamentos da Dispensação de Medicamentos em Circunstâncias Excepcionais (sob a responsabilidade da gestão estatal), enquanto o Estado é obrigado a fornecer medicamentos da atenção básica (responsabilidade da gestão municipal). (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

O orçamento para a saúde em 2016 no Brasil ficou em torno de 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB), ou seja, R\$ 238 bilhões (IBGE, 2017). Desse total, mais de 1,6 bilhões foram destinados apenas pelo governo federal para a aquisição de medicamentos solicitados por via judicial (BUSCATO, 2016). Essa demanda não planejada pode comprometer a Política Nacional de Medicamentos, equidade no acesso e uso racional de medicamentos no SUS. A falta de conhecimento sobre a gravidade do problema pode dificultar a redução judicialização excessiva da saúde e prejudicar a população como um todo.

No que se refere às distorções sociais, estudos revelaram que ações judiciais podem aprofundar a iniquidade de acesso à atenção em um sistema de saúde já caracterizado pela desigualdade socioeconômica. Dessa forma, são favorecidos os indivíduos com melhores condições socioeconômicas, que não são conveniados ao SUS e têm condições financeiras de arcar com as ações judiciais. Ao favorecer poucos indivíduos, os processos interferem negativamente nos princípios do SUS (universalidade e equidade), pois essas demandas deslocam recursos que deveriam atender a maioria (principalmente os que mais precisam) para atender a poucos com necessidades menores (MACHADO et al., 2011; VARGAS-PELÁEZ et al., 2014; WANG et al., 2014).

Quanto às distorções políticas, as ações judiciais podem interferir e causar distorções na política nacional de medicamentos e obrigar o governo a fornecer medicamentos fora do formulário do SUS, com poucas evidências de sua eficácia e segurança e de custos mais elevados (ANTONIO et al., 2020b).

Isso pode ocorrer devido à falta de conhecimento técnico para interpretar essas políticas por membros do judiciário e do Ministério Público. Nas ações

judiciais, não há julgamento com peritos concorrentes, e o juiz decide com base exclusivamente nas informações prestadas no pedido do autor. Nesse caso, o governo não tem oportunidade de responder à demanda do reclamante. O governo tem que cumprir a decisão judicial dentro do prazo estipulado pelo juiz. Tais distorções podem comprometer o uso racional de medicamentos (CHAGAS et al., 2020).

Portanto, a judicialização da saúde tem gerado tensões e motivado discussões sobre sua legitimidade e a competência técnica e / ou jurídica e institucional do sistema judiciário para decidir sobre o conteúdo e a implementação da disposição estatal implementada pelo poder executivo. Além disso, tem causado um aumento do número de demandas individuais por medicamentos que aumentam os gastos públicos (REVEIZ et al., 2013; VARGAS-PELÁEZ et al., 2014).

Para racionalizar essas distorções, Brasil e outros países da América Latina e Caribe, como Chile, Costa Rica, México, Peru, Uruguai e Argentina, têm proposto estratégias, como a criação de espaços de discussão entre os atores da saúde e sistemas judiciários que auxiliem no processo de tomada de decisão, de acordo com as necessidades da população. Para isso, foram criados comitês técnico-científicos consultivos para auxiliar os operários do judiciário antes de ajuizar ações relacionadas à saúde. Essas estratégias têm ajudado a racionalizar os recursos finitos de saúde, criando um diálogo interinstitucional entre os atores do Executivo e do Judiciário e reduzindo novas demandas judiciais, mas inicialmente causou um aumento no sistema burocrático (ASENSI; PINHEIRO, 2016; PINZÓN-FLOREZ et al., 2016).

## CONCLUSÃO

Nas dimensões globais sobre a cobertura universal de saúde, a escassa atenção dada à lei tem se concentrado principalmente em ambientes jurídicos habilitadores e leis de saúde progressivas. Tem havido consideração sobre os mecanismos de responsabilização em geral ou o acesso aos serviços jurídicos em particular. Nosso estudo demonstra que a Defensoria Pública desempenha um papel importante no contencioso do direito à saúde, expandindo para ambientes geográficos e socioeconomicamente diversos.

A judicialização da saúde é uma ferramenta importante e, em alguns casos, única para pacientes a reivindicar tratamentos não padronizados legítimos no sistema de saúde, evitando possível negligência do Estado. No entanto, esse fenômeno da saúde tornou-se generalizada, e sua disseminação pode ser justificada pela incapacidade do sistema de saúde sistema para absorver todos os serviços, tecnologias e tratamentos disponíveis no mercado.

É necessário encontrar soluções para garantir o direito à saúde para todos cidadãos, proporcionando acesso a produtos e serviços com segurança e eficácia comprovadas por evidências científicas, com possível custo-benefício dentro do orçamento alocado ao SUS e registrado na ANVISA.

Os países têm preocupações legítimas sobre a formalização de medicamentos novos e de alto custo, e como restrições de recursos significativos que inevitavelmente ocorrerão compensações. De forma mais ampla, os países enfrentam as decisões necessárias sobre a alocação de recursos para produtos farmacêuticos ou para direcionar os determinantes sociais da saúde, especialmente em contextos de envelhecimento da população, aumento da expectativa de vida e aumento de doenças não transmissíveis. Lidar com essas questões exigirá sistemas centrados nas pessoas e mecanismos de resposta e mudança, questões que ainda não foram suficientemente exploradas nos debates atuais sobre judicialização e cobertura universal de saúde.

A experiência do Brasil destaca a importância de garantir os mecanismos explícitos e atribuições de participação, transparência e responsabilidade ao lançar a saúde universal. Também ilustra o papel significativo da sociedade civil e do judiciário no monitoramento da qualidade da atenção à saúde e na avaliação da necessidade de novas tecnologias médicas em meio a considerações requeridas e

contestadas de valor, custo-benefício e eficiência. No entanto, o estudo mostra a importância da judicialização como um mecanismo de responsabilização do estado para impulsionar avanços em direção à cobertura universal de saúde de qualidade e definição de prioridades transparentes e participativas.

Assim, é possível garantir que a ferramenta de judicialização da saúde permaneça viável para garantir direitos nos casos que são necessários e não cobertos pelo plano de saúde sistema, sem que o excesso de processos prejudique o planejamento orçamentário da área e, conseqüentemente, o acesso universal aos bens e serviços do SUS.

O papel da judicialização e da Defensoria Pública na melhoria da responsabilização no acesso a medicamentos e na prestação de cuidados de saúde em geral no Brasil deve ser mais investigado. Além disso, os formuladores de políticas com o objetivo de melhorar o acesso a cuidados e produtos farmacêuticos no Brasil devem considerar o impacto da judicialização e melhorar o desenho de políticas e supervisão regulatória com base nas informações geradas por este processo, com a ambição normativa de alcançar prioridade transparente, responsável e participativa ambiente que promove direitos humanos substantivos.

## REFERÊNCIAS

- ABADIA, C.E.; OVIEDO, D.G. Itinerários burocráticos na Colômbia: uma ferramenta teórica e metodológica para avaliar o sistema de atenção à saúde gerenciado. *Ciências e Sociedade Médica*, v. 68, n. 1, p. 1153-60, 2009.
- ALSAIRI, R. Acesso à Medicina nos Países em Desenvolvimento. *Revista Americana de Medicina e Ciências Médicas*, v. 7, n. 6, p. 271-276, 2017.
- ÁLVARES, J.; GUERRA-JUNIOR, A.A.; ARAÚJO, V.L.; ALMEIDA, A.M.; DIAS, C.Z.; ASCEF, B. de O.; COSTA, E.A.; GUIBU, I.A.; SOEIRO, O.M.; LEITE, S.N.; KARNIKOWSKI, M.G. de O.; COSTA, K.S.; ACURCIO, F. de A. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no SUS. *Revista de saúde pública*, Belo Horizonte, v. 51, p. 1-10, 2017. Supl. 2:20s.
- ARANTES, R. Judiciário: entre a Justiça e a política. In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro: Konrath-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Ed. Unesp, 2007, pp. 81-115.
- ARAUJO, J.L.O.; PEREIRA, M.D.; BERGAMASCHI, C.C.; FIOL, F. de S. D.; LOPES, L.C.; TOLEDO, M.I. de; BARBERATO FILHO, S. Acesso a medicamentos para diabetes no Brasil: avaliação do programa "saúde não tem preço". *Diabetes e Síndrome Metabólica*, v. 35, n. 8, p. 1191-1195, 2016.
- ASENSI, F.; PINHEIRO, R. Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages (SC). *Revista de Direito Sanitário*, v. 17, n. 2, p. 48-65, 2016.
- BALDONI, A.O.; DEWULF, N.L.S.; SANTOS, V.; REIS, T. M. dos; AYRES, L.R.; PEREIRA, L.R.L. Dificuldades de acesso aos serviços farmacêuticos pelos idosos. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 35, n. 4, p. 615-621, 2014.
- BANCO MUNDIAL. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Brasília: BM, 2017. Disponível em: <<https://documents1.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2022.
- BARROSO, L.R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, indispensável de medicamentos e parâmetros para atuação judicial. *Revista de Direito da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro*. 2009. Disponível em: <[http://www.pge.rj.gov.br/sumario\\_rev63.asp](http://www.pge.rj.gov.br/sumario_rev63.asp)>. Acesso em: 25 nov. 2021.
- \_\_\_\_\_. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. *Syn Thesis*, v. 5, n. 1, p. 23-32, 2012.
- BERTOLDI, A.D.; HELFER, A.P.; CAMARGO, A.L.; TAVARES, N.U.L.; KANAVOS, P. A política farmacêutica brasileira está garantindo o acesso da população a medicamentos essenciais? *Glob Health*, v. 8, n. 6, 2012.

BOING, A.C.A.; BERTOLDI, A.D.; BOING, A.F.; BASTOS, J.L.; PERES, K.G. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do SUS no Brasil. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 25 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004. Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc45.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc45.htm)>. Acesso em: 25 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 80, de 4 de junho de 2014. Altera o Capítulo IV - Das Funções Essenciais à Justiça, do Título IV - Da Organização dos Poderes, e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc80.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc80.htm)>. Acesso em 12 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (VETADO) e dá outras providências. Acesso em: 25 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei nº 11.448, de 15 de janeiro de 2007. Altera o art. 5º da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, que disciplina a ação civil pública, legitimando para sua propositura a Defensoria Pública. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/lei/l11448.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11448.htm)>. Acesso em: 25 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em 12 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 25 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm)>. Acesso em: 25 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm)>. Acesso em 12 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994. Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp80.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp80.htm)>. Acesso em: 25 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei Complementar nº 132, de 7 de outubro de 2009. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994, que organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e da Lei nº 1.060, de 5 de fevereiro de 1950, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp132.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp132.htm)>. Acesso em: 25 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 1). Disponível em: <[https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_1.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 10 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Defensoria Pública da União. Assistência jurídica integral e gratuita no Brasil: um panorama da atuação da Defensoria Pública da União. 3. ed. Brasília: DPU, 2018. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/81924560-Assistencia-juridica-integral-e-gratuita-no-brasil-um-panorama-da-atuacao-da-defensoria-publica-da-uniao.html>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Relatório para sociedade nº 97. Informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Adalimumabe, etanercepte, infliximabe, secuquinumabe e ustequinumabe para psoríase moderada a grave. Relatório de Recomendação, 2018. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2018/Sociedade/20210107\\_ReSo\\_c97\\_biologicos\\_psorise.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2018/Sociedade/20210107_ReSo_c97_biologicos_psorise.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promocionais da

Saúde. VIGITEL BRASIL 2016 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 210 p.

\_\_\_\_\_. Brasil. Portaria n° 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aplicável sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html)>. Acesso em: 12 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 371 de 04 de março de 2002. Instituir o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte exclusiva do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/portarialei371.html>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 25 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.577, de 27 de outubro de 2006. Revogada pela PRT GM/MS nº 2.981 de 26.11.2009. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2577\\_27\\_10\\_2006\\_comp.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2577_27_10_2006_comp.html)>. Acesso em: 25 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html)>. Acesso em: 10 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 13 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para o Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas no âmbito de Doenças Crônicas e Prevenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html)>. Acesso em: 10 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução SES nº 1.416, de 21 de fevereiro de 2008. Institui critérios, valores e prazos para apresentação de propostas visando a concessão do incentivo financeiro para estruturação das unidades da rede estadual de Assistência Farmacêutica no âmbito da 1ª etapa do Programa Farmácia de Minas – REDE FARMÁCIA DE MINAS. Disponível em:

<[https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao\\_1416.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_1416.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia de acesso a medicamentos no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 163p. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/28/Livro-2---Componente-Especializado-da-Assist-ncia-Farmac-utica---inova---o-para-a-garantia-do-acesso-a-medicamentos-no-SUS.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus>>. Acesso em: 10 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça (5. Turma). Acórdão nº 1239714, 07012131320198070018. Apelação cível e remessa necessária. Direito à saúde, dever do estado. Consulta neurológica pediátrica. Hidrocefalia. Honorários de sucumbência. Distrito Federal. Defensoria pública. Impossibilidade. Súmula 421 do STJ. Recorrido: Distrito Federal. Relatora: Min. Ana Cantarino, 02 de abril de 2020. Disponível em: <https://tj-df.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/853108688/7095551320198070018-df-0709555-1320198070018/inteiro-teor-853108708>. Acesso em: 12 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União (TCU). Acórdão nº 1787/2017. Plenário. Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União (TCU). TC 009.253/2015-7. Relatório de auditoria, 2015.

\_\_\_\_\_. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE GOIÁS TJ-GO – PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO - > Procedimento de Conhecimento - > Procedimentos Especiais - > Procedimentos Regidos por Outros Códigos, Leis esparsas e Regimentos - > Mandado de Segurança Cível: ESP 0101014-81.2021.8.09.0000 GOIÂNIA. Rel. Des. LUIZ EDUARDO DE SOUSA, 1ª Câmara Cível, julgado em 08/04/2021, DJe de 08/04/2021).

BRITO, Mariane da Silva. Acesso aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Monografia (Pós-Graduação) – Farmácia Hospitalar e Clínica. Centro de Capacitação Educacional. Recife: 2015. 38p.

BUSCATO, M. Retrospectiva 2016: O ano em que a saúde chegou aos tribunais. Revista Época, 27 dez. 2016. Disponível em: <<http://epoca.globo.com/saude/noticia/2016/12/retrospectiva-2016-o-ano-em-quesaude-chegou-aos-tribunais.html>>. Acesso em: 24 nov. 2022.

CAMPOS, W.de S. Perspectivas futuras para o SUS. Ciências e Saúde Coletiva, v. 23, n.6, jun. 2018.

CAMPOS-NETO, O.H.; ACURCIO, F.A.; MACHADO, M.A.A.; FERRÉ, F.; BARBOSA, F.L.V.; CHERCHIGLIA, M.L.; ANDRADE, E.I.G. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 5, p. 784-790, 2012.

CAMPOS NETO, O.H.; GONÇALVES, L.A.O.; ANDRADE, E.I.G. A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores. *Interface*, Botucatu, V. 64, N. 22, P. 165-76, 2017.

CARVALHO, M.N.; LEITE, S.N. Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no estado do Amazonas, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 51, n. 18, p. 737-748, 2014.

CATANHEIDE. D.; LISBOA, E.S.; SOUZA, L.E.P.F. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. *Physis*, V. 26, N. 4, P. 1335-56, 2016.

CHAGAS, V.O.; PROVIN, M.P.; Mota, P.A.P.; GUIMARÃES, R.A.; AMARAL, R.G. Institutional strategies as a mechanism to rationalize the negative effects of the judicialization of access to medicines in Brazil. *BMC Health Services Research*, v. 80, n. 20, 2020.

CHIEFFI, A.L.; BARATA, R.B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago. 2009.

CHIEFFI, A.L.; BARRADAS, R.D.C.B.; GOLBAUM, M. Legal access to medications: a threat to Brazil's public health system? *BMC Health Services Research*, v. 17, n. 1, 2017.

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). *Decisões sobre incorporações*. Brasília, DF: Conitec; 2016-2020. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/deciso-es-sobre-incorporacoes>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). DEPARTAMENTO DE PESQUISAS JUDICIÁRIAS. *Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das soluções, causas e propostas de relatório: analítico propositivo*. São Paulo: Insper; 2019a. (Justiça Pesquisa). Disponível em: <<http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/07/JUDICIALIZAC%CC%A7A%CC%83O-DA-SAU%CC%81DE-NO-BRASIL.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Justiça Pesquisa – Relatório analítico propositivo. Brasília: CNJ, 2019b. 25p.

Conselho Nacional de Justiça. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Resolução n.º 107 de 6 de abril de 2010a. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=283>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

Conselho Nacional de Justiça. Recomendação n ° 31 de 30 de março de 2010b. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/12113-recomendacao-no-31-de-30-de-marco-de-2010>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

DELDUQUE, Maria Célia; MARQUES, Silvia Badim. A Judicialização da política de assistência farmacêutica no Distrito Federal: diálogos entre a política e o direito. *Acta Tempus*, v. 5, n. 4, p. 97-106, 2011.

D'ESPÍNDULA, T.C.A.S. Judicialização da medicina no acesso a medicamentos: reflexões bioéticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 438-47, dez. 2013.

DUARTE, C.M.R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 05, n. 02, p. 443-463, 2000.

EMMERICK, I.C.M.; LUIZA, V.L.; CAMACHO, L.A.B.; VIALLE-VALENTIM, C.; ROSS-DEGNAN, D. Barriers to home access to medication for chronic conditions in three Latin American countries. *International Journal for Equity in Health*, v. 14, n. 1, p. 115-129, 2015.

FERRAZ, O. L. M. *Health as a Human Right: The Politics and Judicialisation of Health in Brazil*. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.

FIGUEIREDO, Tatiana Aragão. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. In: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Set. 2019. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/512.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2021.

GOIÁS. Ministério Público do Estado de Goiás. Termo de Cooperação n ° 044/2010 MPMGO. Termo de Cooperação Técnica que entre si celebram o Ministério Público do Estado de Goiás e a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, o procedimento regular o procedimento para a dispensação de medicamentos, insumos e correlatos dos pacientes que obtiverem parecer favorável da Câmara de Avaliação Técnica de Saúde. Disponível em: <[http://www.mpmgo.mp.br/portal/arquivos/2014/12/15/14\\_38\\_41\\_58\\_TAC\\_CATS.pdf](http://www.mpmgo.mp.br/portal/arquivos/2014/12/15/14_38_41_58_TAC_CATS.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério Público do Estado de Goiás. Ato PGJ n ° 01/2014. Instituto no âmbito do Ministério Público do Estado de Goiás, a Câmara de Avaliação Técnica em Saúde (CATS), órgão auxiliar do Centro de Apoio Operacional para emissão de parecer técnico acerca do encaminhamento de medicamentos. Disponível em: <[http://www.mpmgo.mp.br/portal/arquivos/2015/02/25/10\\_01\\_12\\_26\\_Ato\\_PGJ\\_n.\\_01\\_2014\\_institui\\_C%C3%A2mara\\_de\\_Avalia%C3%A7%C3%A3o\\_T%C3%A9cnica\\_em\\_Sa%C3%BAde\\_CATS.pdf](http://www.mpmgo.mp.br/portal/arquivos/2015/02/25/10_01_12_26_Ato_PGJ_n._01_2014_institui_C%C3%A2mara_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o_T%C3%A9cnica_em_Sa%C3%BAde_CATS.pdf)>. Acesso em: 20 jan. de 2022.

GONÇALVES, S. Os efeitos do orçamento participativo nos gastos municipais e na mortalidade infantil no Brasil. *Desenvolvimento Mundial*, v. 53, n. 1, p. 94-110, 2014.

GRINOVER, A.P. (Coord.); WATANABE, K.; SICA, L.P.P.P.; ALVES, L.S.; SADEK, M.T.; LANGENEGGER, N.; FERREIRA, V. Avaliação da prestação jurisdicional

coletiva e individual a partir da judicialização da saúde. Relatório de pesquisa. CEBEPEJ. FGV, 2014. Disponível em:  
<[https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/18674/CPJA\\_Grinover%3b%20Watanabe%3b%20Sica%3b%20Alves.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/18674/CPJA_Grinover%3b%20Watanabe%3b%20Sica%3b%20Alves.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>.  
Acesso em: 12 dez. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasil em Síntese. PIB – valores correntes – Brasil – 2010/2016. fev. 2017. Disponível em:  
<<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/contas-nacionais/pib-valores-correntes.html>>.  
Acesso em: 3 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Pesquisa nacional de saúde: 2019. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2020. Disponível em  
<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>> Acesso em: 09 nov. 2021.

Goiânia. Decreto n ° 4051, de 02 de setembro de 2013. Aprova o Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde, e dá outras providências. Disponível em:  
<[http://www.goiania.go.gov.br/Download/legislacao/diariooficial/2013/do\\_20130905\\_000005670.pdf](http://www.goiania.go.gov.br/Download/legislacao/diariooficial/2013/do_20130905_000005670.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2022.

LISBOA, E.S.; SOUZA, L.E.P.F. Por que as pessoas recorrem ao judiciário para obter acesso aos medicamentos? O Caso das Insulínicas Sanitárias na Bahia. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 22, n. 6, p. 1857-1864, 2017.

MACHADO, M.A.A.; ACURCIO, F.A.; BRANDÃO, C.M.R.; FALEIRO, D.R.; GUERRA JR, A.A.; CHERCHIGLIA, M.L.; ANDRADE, A.L.G. Judicialização de acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 45, n. 3, p. 590-8, 2011.

MADEIRA, Lígia Mori. Institucionalização, reforma e independência da Defensoria Pública no Brasil. Revista Brasileira de Ciência Política, v. 8, n. 2, set. 2014.

MAGARINOS-TORRES, R.; PEPE, V. L. E.; OLIVEIRA, M. A.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n.1, p. 3859-3868, 2014.

MAPELLI JÚNIOR, R. Judicialização da Saúde: regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.

MATTA, S.R.; BERTOLDI, A.D.; EMMERICK, I.C.M.; FONTANELLA, A.T.; COSTA, K.S.; LUIZA, V.L.; PNAUM, G. Fontes de consumo de medicamentos por usuários do sistema com doenças crônicas. Saúde Pública, v. 34, n. 3, p. 1-13, 2018.

MENGUE, S.S.; BERTOLDI, A.D.; RAMOS, L.R.; FARIAS, M.R.; OLIVEIRA, M.A.; TAVARES, N.U.L.; ARRAIS, P.S.D.; LUIZA, V.L.; PIZZOL, T. da S.D. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 50, n. 2, p. 1-9, 2016.

MONTEIRO, C.N.; GIANINI, R.J.; BARROS, M.B.A.; CESAR, C.L.G./ GOLDBAUM, M. Acesso a medicamentos no Sistema Único de Saúde e equidade: inquéritos populacionais de saúde em São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, n. 1, p. 24-37, 2016.

NASCIMENTO, R.C.R.M.; ÁLVARES, J.; GUERRA-JUNIOR, A.A.; GOMES, I.C.; COSTA, E.A.; LEITE, S.N.; COSTA, K.S.; SOEIRO, O.M.; GUIBU, I.A.; KARNIKOWSKI, M.G. de O.; ACURCIO, F. de A. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do SUS. *Revista de saúde pública*, v. 51, n. 2, p. 1-12, 2017.

NEVES, P.B.P.; PACHECO, M.A.B. Saúde pública e Judiciário: percepções de alguns juízes do estado do Maranhão. *Revista de Direito Getúlio Vargas*, v. 3, n. 1, p. 749-768, 2017.

NOBRE, P.F. da S. Prescrição off-label no Brasil e nos EUA: aspectos legais e paradoxos. *Ciências e saúde coletiva*, v. 18, n. 3, 2013.

NORHEIM, F.; WILSON, B.M. Contencioso de direitos à saúde e acesso a medicamentos: classificação prioritária de casos bem sucedidos da câmara constitucional da Suprema Corte da Costa Rica. *Direitos Humanos em Saúde*, v. 16, n. 2, p. 47-61, 2014.

OLIVEIRA, M.A.; LUIZA, V.L.; TAVARES, N.U.L.; MENGUE, S.S.; ARRAIS, P.S.D.; FARIAS, M.R.; PIZZOL, T. da S. D.; RAMOS, R.; BERTOLDI, A.D. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, n. 2, p. 1-10, 2016.

OLIVEIRA, L.C.F.de; NASCIMENTO, M.A.A.do; LIMA, I.M.S.O. Acesso a medicamentos nos sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios. *Saúde e debate*, v. 43, n. 5, jun. 2020a.

OLIVEIRA, Y.M. da C.; BRAGA, B.S.F.; FARIAS, A.D.; PEREIRA, S.P.D.; FERREIRA, M.A.F. Judicialização de medicamentos: efetividade de direitos ou quebra de políticas públicas? *Revista de Saúde Pública*, v. 54, n.1, 2020b.

OLIVEIRA, V.E. de. Direito à saúde, judicialização e equidade no SUS. *Revista Brasileira de Ciência e Política*, v.16, n.1, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Estratégia de medicamentos da OMS – países centrais: 2008-2013 [internet]. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. O Relatório da Situação Mundial dos Medicamentos [internet]. 3. ed. Genebra: OMS; 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Estatísticas mundiais de saúde 2016: monitoramento da saúde para os ODS, objetivos de desenvolvimento sustentável. Genebra: OMS, 2016.

OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; AZEREDO, T.B.; PEPE, V.L.E.; LOPES, L.C.; YAMAUTI, S.; GODMAN, B.; GUSTAFSSON, L.L. Policy Change and the National Essential Medicines List Development Process in Brazil between 2000 and 2014: Has the Essential Medicine Concept been Abandoned? *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, v. 122, n. 4, p. 402-12, 2018.

OUVERNEY, Mariana Cavalcante. O direito à saúde e a defensoria pública da União. *Revista da Defensoria Pública da União, Brasília*, v. 9, n.1, p. 133-154, 2016.

PAIM, J.S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M.C.; AMARAL, R.G. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 14, n. 2, p. 340-9, 2012.

PESSOTO, U.C.; RIBEIRO, E.A.W.; GUIMARÃES, R.B. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n.1, p. 9-22, 2015.

PIERRO, B. de. Demandas crescentes: parcerias entre instituições de pesquisa e a esfera pública procuram entender a judicialização da saúde e propor estratégias para lidar com o fenômeno. *Revista Pesquisa FAPESP*, ed. 252, fev. 2017.

PINZÓN-FLÓREZ, C.E.; CHAPMAN, E.; CUBILLOS, L.; REVEIZ, L. Priorização de estratégias para abordar a judicialização da saúde na América Latina e no Caribe. *Revista de Saúde Pública*, p. 50-56, 2016.

REVEIZ, L.; CHAPMAN, E.; TORRES, R.; FITZGERALD, J.F.; MENDOZA, A.; BOLIS, M.; SALGADO, O. Litígios do direito à saúde em três países da América Latina: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, v. 33, n.3, p. 213-22, 2013.

RIBEIRO, L. de S. Judicialização da saúde e a obrigação do fornecimento de medicamentos pelo poder público [manuscrito]: parâmetros e perspectivas no ordenamento jurídico brasileiro. 2013. 53f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas. Campina Grande, 2013

RIGHI, L.B. Poder local e inovação no SUS: estudo sobre construção de rede de atenção à saúde em três municípios do estado do Rio Grande do Sul. 2002. 229p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2002.

ROVER, M.R.M.; FARACO, E.B.; VARGAS-PELAEZ, C.M.; COLUSSI, C.F.; STORPIRTIS, S.; FARIAS, M.R.; LEITE, S.N. Acesso a medicamentos de alto preço no Brasil: la perspectiva de médicos, farmacêuticos y usuários. *Saúde e Ciência Coletiva*, Ed impr., v. 30, n. 2, p. 110-116, 2016.

SANT'ANA, J.M.B.; PEPE, V.L.E.; FIGUEDO, T.A.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S.; VENTURA, M. Racionalidade terapêutica: Elementos médicos-sanitários nas demandas de reforço de medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 4, p. 714-21, 2011.

SANTOS, B. de S. Para uma revolução democrática da Justiça. São Paulo: Cortez, 2007.

SANTOS, L.M.; FRANCISCO, J.R.S.; FARIA, A.M.B.; GONÇALVES, M.A. Controle por resultados na alocação de recursos na atenção básica em saúde das microrregiões do Sudeste do Brasil. *Anais... Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, set. 2011. 35p.

SILVA, A.C. de A.; NICOLETTI, M.A. Judicialização da saúde: uma análise do fenômeno e suas consequências para a sociedade brasileira. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 20, n.3, p. 139-153, 2020.

SILVA, R.M.M. Direito à saúde: considerações a respeito do fornecimento de medicamentos pela via judicial. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, v.1, n.1, p. 115-123, 2012.

SILVA, H.P.; PIMENTA, K.K.P. A atuação de advogados e organizações não governamentais na judicialização da saúde pública no Brasil: a quem se destina? *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v.6, n.1, p. 207-227, 2017.

SIQUEIRA, P.S.F. Direito à Saúde. In: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. *Judicialização em Saúde no Estado de São Paulo*. Brasília, DF: CONASS; 2015. p. 81. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS).

SOUZA, Jessé (Org.). *A Ralé Brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

TAVARES, N.U.L.; LUIZA, V.L.; OLIVEIRA, M.A.; COSTA, K.S.; MENGUE, S.S.; ARRAIS, P.S.D.; RAMOS, L.R.; FARIAS, M.R.; PIZZOL, T. DA S. D.; BERTOLDI, A.D. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 1-10, 2016.

TAVARES, N.; PINHEIRO, R. Assistência Farmacêutica no SUS: avanços e desafios para a efetivação da assistência terapêutica integral. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 8. N.1, p. 46-56, 2014.

TEIXEIRA, L.A.; SILVA, J.B. A Judicialização da Saúde Pública: uma análise do acesso a medicamentos sem registro na Agência Nacional de Saúde como direito fundamental. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PROCESSO COLETIVO E CIDADANIA, 3. Ribeirão Preto-SP. *Anais... 2015*, n. 3, p. 410-419, out. 2015.

TRAVASSOS, D.V.; FERREIRA, R.C.; VARGAS, A.M.D.; MOURA, R.N.V. CONCEIÇÃO, E.M.A.; MARQUES, D.F. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. *Ciência e saúde coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3419-29, 2013.

VALLE, G. H. M. do; CAMARGO, J. M. P. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do supremo tribunal federal. *Revista de Direito Sanitário*, v. 11, n. 3, p. 13-31, 2011.

VARGAS-PELÁEZ, C.M.; ROVER, M.R.; LEITE, S.N.; ROSSI BUENAVENTURA, F.; FARIAS, M.R. Direito à saúde, medicamentos essenciais e ações judiciais para acesso a medicamentos - Um estudo de escopo. *Ciências Sociais e Medicina*, v. 121c, p. 48-55, 2014.

VASCONCELOS, D.M.M.; CHAVES, G.C.; AZEREDO, T.B.; SILVA, R.M. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n.8, p. 2609-14, 2017.

VASCONCELOS FILHO, R. F. de. A judicialização da política de assistência farmacêutica do sistema único de saúde: o caso paradigmático do Supremo Tribunal Federal e a realidade regional do estado do Piauí. Teresina, UFPI, 2010. (Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas – UFPI).

VIEIRA, F.S.; MARQUES, D.C.; JEREMIAS, S.A. “Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde”, in: OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S.; LUIZIA, V.L.; CASTILHO, S.; OLIVEIRA, M.A.; JARAMILLO, N.M. (Edt.). *Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

VIEIRA; F.S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n.2, p. 214-22, 2007.

YAMAUTI, S.M.; BONFIM, J.R.A.; BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L.C. Essencialidade e racionalidade da relação nacional de medicamentos essenciais do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 975-86, 2017.

WANG, D.W.L.; VASCONCELOS, N.P.; OLIVEIRA, V.E.; TERRAZAS, F.V. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 5, p. 1191-206, 2014.

ZAGO, B.; SWIECH, LM.; BONAMIGO, E.L.; SCHLEMPER, J.B.R. Aspectos Bioéticos da Judicialização da Saúde por Medicamentos em 13 Municípios no Meio-Oeste de Santa Catarina, Brasil. *Acta Bioethica*, v. 22, n. 2, p. 293-302, nov. 2016.

ZUNIGA, F.A. Quando a justiça constitucional tem a última palavra em saúde: o caso do Chile. *Jornal de Serviço de Saúde Internacional*, v. 44, n.2, p. 373-81, 2014.