



JANAINA MARQUES ALVES

## **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL**

BRASÍLIA  
2019

JANAINA MARQUES ALVES

## **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL**

Monografia apresentada à Faculdade Damásio como requisito para a obtenção do título de Especialista em Direito Público, sob orientação do professor Felipe Boarin L'Astorina.

BRASÍLIA  
2019

Janaina Marques Alves

## Judicialização Da Saúde No Brasil

Monografia apresentada à Faculdade Damásio como requisito para a obtenção do título de Especialista em Direito Público, sob orientação do professor Felipe Boarin L'Astorina.

---

Prof. Dr.

---

Prof. Dr.

---

Prof. Dr.

---

Prof. Dr.

## **AGRADECIMENTOS**

Inicialmente, gostaria de agradecer a Deus por ter me dado a oportunidade de estudar e vencer cada desafio que me foi imposto em minha vida acadêmica. Foi de grande ajuda o apoio dos meus pais e meu esposo, que sempre acreditaram em meu potencial. Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente participaram de minha formação, inclusive o meu trabalho no Gabinete do Ministro Humberto Martins, que me manteve em contato com o tema de minha pesquisa nesta Pós-Graduação.

Dedico esse trabalho à Deus, essencial em minha vida, e meu guia nos momentos difíceis. Dedico também à minha mãe Yara, companheira inseparável, e ao meu marido, que sempre me apoia e me incentiva a buscar a realização dos meus sonhos.

## RESUMO

A presente pesquisa tem o objetivo geral de discutir a judicialização da saúde pública no Brasil. Os objetivos específicos são discutir o surgimento da saúde pública no Brasil; discutir o conceito de judicialização da saúde e analisar como ele tem se materializado no contexto brasileiro e propor estratégias de redução da judicialização da saúde com base em estudos bibliográficos. Foram analisados dados jurisprudenciais, a bibliografia especializada no tema e documentos e estatísticas oficiais. Conclui-se que os direitos fundamentais devem ser assegurados, de modo que os cidadãos são legalmente garantidos em seus direitos de reivindicar a oferta de serviços previstos na Constituição. No entanto, é necessário construir um diálogo que esclareça a sociedade os efeitos da judicialização da saúde, formando parcerias no sentido de evitar o acúmulo de processos.

**Palavras-chave:** Judicialização. Serviços de Saúde. Revisão de Literatura.

## **ABSTRACT**

The present research has the general objective of discussing the judicialization of public health in Brazil. The specific objectives are to discuss the emergence of public health in Brazil; discuss the concept of health judicialization and analyze how it has materialized in the Brazilian context and propose strategies to reduce the judicialization of health based on bibliographical studies. Jurisprudence data were analyzed, specialized literature on the subject and official documents and statistics. It follows that fundamental rights must be ensured, so that citizens are legally guaranteed in their rights to claim the provision of services provided in the Constitution. However, it is necessary to build a dialogue that clarifies to society the effects of the judicialization of health, forming partnerships in order to avoid the accumulation of processes.

**Keywords:** Judicialization. Health Services. Literature Review.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO</b> .....	12
2.1 Primeiras Experiências em Saúde Pública .....	12
2.2 As Campanhas Sanitárias .....	15
2.3 As Políticas de Proteção Social e Saúde.....	15
2.4 A Saúde na Constituição Federal .....	19
2.5 Abrangência do Sistema Único de Saúde (SUS).....	22
<b>3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE</b> .....	24
3.1 Contexto Das Ações Judiciárias Sobre Saúde No Brasil.....	24
3.2 Compreendendo A Judicialização No Contexto Brasileiro.....	26
<b>4 CRÍTICAS À JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL</b> .....	31
4.1 Conhecendo os casos de São Paulo e Rio de Janeiro.....	33
4.2 Caso da Colômbia .....	37
4.3 Interesses privados envolvidos na judicialização da saúde .....	40
4.4 Casos mais recentes analisados pelo STF.....	44
<b>5 PROPOSTAS ESTRATÉGICAS PARA REDUZIR A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE</b> .....	49
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	57
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	60



## 1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento econômico e social do Brasil é importante para o desenvolvimento da sociedade como um todo. Além do "país do futebol" e discussões acadêmicas ou internas na administração, há cada vez mais intercâmbios comerciais, bem como empresas ou investimentos estrangeiros, e a sociedade civil está mais culturalmente aberta. O sistema de saúde brasileiro também está em evolução e as trocas que já existiam entre governos e universidades aumentaram significativamente e o ritmo das transações se acelerou. Desde a adoção da Constituição Federal de 1988 pela Assembleia Constituinte, o sistema de saúde se beneficia de um novo, mas complexo regime jurídico, que pode ser prejudicial à consecução de seu objetivo principal, ou seja, a prestação de muitos serviços em respeito aos interesses da população.

Na história do Estado brasileiro, como é atualmente concebido, a Constituição de 1988 é o primeiro texto estabelecendo a igualdade na prestação de serviços públicos de saúde. Devido a uma certa influência francesa, o sistema estabelecido proporciona acesso universal, pleno e igualitário para o benefício de toda a população brasileira, de forma gratuita e levando em conta a participação popular ou controle também para a definição das políticas do que de sua implementação (DIEGUES, 2013).

O sistema público, conforme previsto pela Constituição, é uma das mais importantes transferências de poder para a sociedade. No passado, o sistema de saúde era diferente. Havia três categorias de cidadãos e apenas aqueles com um emprego declarado entraram no sistema público de saúde, financiados por taxas sobre salários e salários pagos pelos empregadores.

Com exceção desses cidadãos, somente aqueles com recursos financeiros poderiam acessar o sistema privado de saúde, pagando diretamente por consultas, hospitalizações e intervenções. Por outro lado, aqueles envolvidos em trabalho informal ou sem os meios eram tratados em lares caridosos. Naquela época, a saúde era limitada a apenas 30 tratamentos de doenças e as campanhas públicas de prevenção eram infrequentes e limitadas à vacinação contra certas doenças específicas.

Diante dessa situação, formou-se um grupo de pessoas sob o nome de "movimento pela saúde" ou "movimento sanitário", composto por profissionais de saúde, incluindo médicos e universitários socialistas. Esse grupo participou ativamente das conferências de saúde e, após a oitava conferência, defendeu ideias incluídas na Constituição de 1988, no próprio momento da criação oficial do SUS (Sistema Único de Saúde).

O sistema de financiamento público é, inegavelmente, um problema no Brasil, onde representa apenas 4% do PIB, enquanto na França e no Reino Unido, cujo PIB é comparável ao do Brasil, corresponde, respectivamente, a cerca de 11% e 8,5%, considerando que atualmente existem cerca de 200 milhões de pessoas no Brasil.

Também é necessário definir o sistema analisado nesse projeto, bem como os modelos internacionais que podem circular no Brasil (ROLIM, 2013).

O aumento no número de petições à autoridade judiciária brasileira por cidadãos que exigem respeito pelos seus direitos à saúde, de acordo com a Constituição e outros textos legais, é apenas um aspecto menor das dificuldades existentes no Brasil. O principal problema é a falta de exercício da cidadania já mencionada. É uma característica de ser um povo pouco ativo na defesa de seus direitos no setor de saúde e ignorar o alcance destes.

Os procedimentos legais referem-se principalmente a questões de prestação de cuidados de saúde não autorizados por autoridades públicas ou companhias de seguros de saúde. Essas ações raramente abordam a questão da proteção dos direitos básicos do usuário, como informações, confidencialidade médica ou consentimento. Os problemas de erros médicos e danos associados são, no entanto, mais frequentemente levantados (ROLIM, 2013).

Em relação à judicialização na saúde, o Programa de Direito Sanitário da Universidade Federal de Brasília (UnB) realizou um estudo no qual foi elaborado um panorama da judicialização em saúde no país (PRODISA, 2013). Os resultados indicam que, só na cidade de São Paulo, existem mais de 80 mil processos judiciais em andamento. Destes, 58% correspondem a prescrições realizadas em consultas particulares e em 22% o pedido se refere a medicamentos com marca comercial especificada, indicando a possibilidade de recusa do paciente em utilizar o medicamento genérico. Somente no Rio Grande do Sul, os custos com judicialização individual superaram os 200 milhões de reais para os cofres públicos (PRODISA, 2013).

Desse modo, emerge a problemática: quais estratégias devem ser adotadas para reduzir a judicialização no âmbito da saúde no Brasil?

O objetivo geral da presente pesquisa é discutir a judicialização da saúde pública no Brasil.

Os objetivos específicos são discutir o surgimento da saúde pública no Brasil; discutir o conceito de judicialização da saúde e analisar como ele tem se materializado no contexto brasileiro e propor estratégias de redução da judicialização da saúde com base em estudos bibliográficos.

A pesquisa é de caráter qualitativo, do tipo bibliográfica e documental. Os dados analisados serão coletados da bibliografia especializada no tema e de documentos e estatísticas oficiais.

A desconsideração do alcance dos direitos e seus efeitos é prejudicial aos interesses dos cidadãos e, conseqüentemente, limita a evolução do sistema para o benefício de seus usuários, o que nem sempre é um problema precisamente ressaltado no Brasil. Também nesse contexto surgem inúmeros pedidos judiciais no âmbito da saúde, que oneram o Estado e prejudicam os sistema judiciário na medida em que aumentam o acúmulo de processos.

Se a população brasileira sofreu muito tempo com a falta de estrutura e organização do sistema nacional de saúde (falta de cuidado e profissionais, muitas filas, pacientes morrendo em corredores de hospitais, financiamento do déficit, etc.), aparentemente caracterizando o grande problema da "saúde", permanece o fato de que existem outras dificuldades igualmente importantes, mas que são, no entanto, objeto de menos consideração pelos brasileiros: respeito insuficiente aos direitos dos usuários e pacientes.

É por isso que uma explicação precisa de todos esses direitos e a introdução de uma cultura baseada no diálogo poderiam possibilitar a formulação de uma proposta de modificação significativa da legislação brasileira (ROLIM, 2013).

## **2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO**

### **2.1 Primeiras Experiências em Saúde Pública**

A maioria dos autores considera que a questão do financiamento implica necessariamente o aumento dos recursos de saúde - principalmente recursos públicos e, dentre eles, os do estado federal -, bem como um melhor aproveitamento desses recursos. A ideia aceita pela maioria é a de alterar a Emenda Constitucional nº 29, que proíbe os recursos constitucionalmente alocados para a saúde de serem usados para despesas secundárias.

Por um lado, há uma dificuldade significativa no financiamento do sistema de saúde, uma vez que o Estado brasileiro está investindo de forma insuficiente em um sistema "universal". Por outro lado, o orçamento existente é pouco utilizado pelo gestor do SUS, por exemplo, para pagar aposentadorias ou realizar trabalhos em estradas próximas a hospitais. Além disso, a lei que regulamenta a Emenda Nº 29 afirma que os recursos usados no setor estão voltados para "ações e serviços públicos universais, iguais e gratuitos".

A lei considera como "gasto em saúde" a compra e distribuição de medicamentos, a gestão de saúde pública, instituições de desenvolvimento científico e tecnológico e de controle de qualidade apoiadas pelo sistema único de saúde (SUS), entre outros.

Despesas com saneamento básico, merenda escolar, assistência social, pagamento de aposentadoria, por exemplo, não podem ser consideradas como investimentos em saúde.

A apresentação da história da saúde no Brasil nos permite compreender o modelo atual, incluindo as influências sofridas e seus contextos. Esta é uma descrição sumária dos principais eventos e modificações do sistema, desde a descoberta do Brasil em 1500 até o "movimento sanitário" dos anos 70 e cujas ideias consagradas na Constituição da República de 1988, que define os fundamentos do atual sistema de saúde brasileiro (STEDILE, 2015).

Quando os portugueses chegaram ao Brasil, em 1500, uma grande comunidade indígena já vivia aqui. Mas não foi até 1808 quando a corte real chegou na colônia que um sistema de saúde foi organizado especificamente para a população

local. Antes de 1808, algumas ações pontuais certamente haviam sido tomadas em saúde, mas não atendiam às necessidades da população local.

A primeira prática médica no Brasil em 1500 foi realizada por um médico da frota de Pedro Álvares Cabral (navegador Português que descobriu o Brasil), sob o sistema legal português em vigor nos territórios coloniais. No Brasil, essa portaria instituiu a função de comissário provincial delegado, com plenos poderes para nomear esses profissionais.

No entanto, naquela época, o objetivo das autoridades portuguesas eram apenas para ocupar e explorar territórios coloniais sem se preocupar com os interesses da população local, que tiveram acesso aos serviços de médicos pequenos na colônia.

A cura dependia dos sacerdotes, curandeiros e magos das tribos nativas. A população foi composta de índios, europeus e brancos, de 1530, escravos negros africanos. Posteriormente, surgiram novas doenças conhecidas destes curandeiros, como a varíola, sarampo, tuberculose, gripe, malária e febre amarela (STEDILE, 2015).

Os colonos foram acompanhados por jesuítas, que desenvolveram serviços de saúde da população seguindo o modelo aplicado em Portugal (casas de caridade) com a criação de lugares reservados para o tratamento de doenças e cuidados médicos gerais.

Na colônia, estas instituições chamadas "casas santos foram instalados pela primeira vez na cidade de Santos, fundada em 1543, em seguida, em Olinda, Rio de Janeiro e São Paulo Vila e os Estados Federados do Espírito Santo e Bahia. Observa-se que "durante os três primeiros séculos, enfermarias jesuítas, chamadas de Santas Casas de Misericórdia, eram as únicas formas de cuidados hospitalares disponíveis para a população, seja indígena ou colonos." (STEDILE, 2015, p. 19). Mudanças significativas na política de saúde após a Revolução Industrial não ocorreram no Brasil colonial.

Em 1782, uma reforma realizada por iniciativa da Rainha D. Maria I instituiu uma comissão de acompanhamento médico, que foi substituída em 1799 pela Junta Médica Real responsável pela regulação (STEDILE, 2015).

A chegada da corte portuguesa no Brasil em 1808 foi uma evolução da administração colonial, inclusive em questões de saúde. Sede temporária do Império Português e principal porto, a cidade do Rio de Janeiro se tornou o centro das ações

de saúde. Portanto, era necessário estabelecer rapidamente centros de treinamento para médicos, até então, no futuro praticamente inexistente, em parte por causa da proibição do ensino superior nas colônias.

Assim, por ordem real, foram fundadas durante a primeira década do século XIX, duas academias médico-cirúrgicas no Rio de Janeiro e no estado federal da Bahia, que logo se tornou as duas primeiras escolas médicas brasileiras.

Pessoas doentes que chegavam ao Brasil foram imediatamente colocadas em quarentena. Havia também medidas de controle para os respectivos alimentos, medicamentos e estabelecimentos, serviços de saúde ocupacional e campanhas de vacinação contra a varíola, por exemplo. As faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia foram criadas, respectivamente, em 1813 e 1815.

O conselho de imunização central foi criado em 1831, enquanto o Instituto para a vacinação da Corte Real sob Despacho n. 464 de 17 de Agosto de 1846, qualificados para atuar em todo o país, como foi o caso do departamento central de saúde pública estabelecido em 1950, encarregado de coordenar os serviços municipais, a luta contra as epidemias (especialmente através da introdução de vacinação obrigatória contra a varíola) e portas de controle e hospitais (STEDILE, 2015).

As medidas adotadas sob o Império foram as primeiras em termos de controle da higiene pública pelas autoridades médicas. Muitas outras mudanças foram posteriormente introduzidas em relação aos hospitais, cuja função era tratar os doentes. Não obstante estas ações, o Império não resolveu os principais problemas da saúde coletiva.

Após a proclamação da República, 15 de novembro de 1889, que estabelece um sistema presidencial, os Estados Federados adotaram seus próprios códigos de saúde e desenvolvimento da situação era favorável para o desenvolvimento das políticas de saúde: prevenção e luta contra as doenças infecciosas, desenvolvimento de salários de médicos do setor público e que proibem a prática da medicina sem um diploma de uma escola de medicina.

O Instituto para a produção de soros e vacinas foi criado em 1899 (rebatizado em 1908 Fundação Oswaldo Cruz), um plano de saneamento urbano foi adotado em 1902 (modificação das vias de acesso e saneamento no Rio de Janeiro, que incluiu naquela época, uma população de 720.000) e as campanhas de vacinação tornaram-se mais frequentes.

## **2.2 As Campanhas Sanitárias**

No começo do século XX, a capital do Brasil era o Rio de Janeiro. As condições sanitárias da cidade causavam grande preocupação pela insalubridade e pela facilidade de proliferação de epidemias graves, como a da varíola e da febre amarela que acometeram a cidade. O presidente do país era Rodrigues Alves, que decidiu nomear Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública. Oswaldo Cruz se comprometeu a enfrentar o desafio da erradicação da febre amarela na capital. Ele criou a diretoria geral de saúde pública e as subdivisões de estudos demográficos, bacteriológicos e engenharia sanitária. Em sua gestão foram construídos também a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal. Esse conjunto de departamentos posteriormente se constituiu no Instituto Oswaldo Cruz (POLIGNANO, 2001).

Na gestão de Oswaldo Cruz foram definidas as campanhas sanitárias, nas quais equipes epidemiológicas eram focadas no combate de epidemias em regiões específicas, a começar pelas áreas urbanas, com a intenção de conter o avanço das doenças, destinado a combater as epidemias urbanas e, posteriormente as endemias rurais. Era a República Velha dos primeiros anos do século XX, comandada por uma oligarquia agrária (LUZ, 1991).

As campanhas sanitárias eram compulsórias. Os cidadãos eram forçados a se medicar, algo que gerou grande desconfiança da população. Muitos cidadãos passaram a acreditar que o projeto de higienização do governo era uma tentativa de extermínio de pobres. Os militares e políticos também estavam insatisfeitos com a imposição autoritária das medidas, contribuindo com o surgimento da Revolta da Vacina, em 1904. A Revolta da Vacina se caracterizou pela resistência da população e por segmentos da sociedade à imposição da vacinação compulsória contra a varíola (POLIGNANO, 2001).

## **2.3 As Políticas de Proteção Social e Saúde**

Em 1920, Carlos Chagas substituiu Oswaldo Cruz, ajudando a consolidar o Departamento Nacional de Saúde, subordinado ao Ministério da Justiça. As ações autoritárias foram substituídas por campanhas educativas a respeito da importância

da vacinação no combate a doenças. Ele criou setores responsáveis pelo combate à tuberculose, à lepra e às doenças venéreas (POLIGNANO, 2001).

Nessa época havia um desejo de industrialização do país, sendo necessária a oferta de cuidados de saúde e proteção social para os trabalhadores. Nesse contexto, começaram as primeiras políticas públicas voltadas para a proteção social (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

A organização administrativa da saúde no Brasil mudou em muitos aspectos: o Departamento Nacional de Saúde Pública foi criado em 1920, o "Decreto n. 16.300 de 31 de dezembro de 1923 (Regulamentos Federais de Saúde) aplicado por muitos anos".

O escopo deste regulamento foi importante, estabelecendo padrões claros e abrangentes para a atividade social da saúde e introduzindo o termo vigilância da saúde. Naquela época, as ações do sistema nacional de saúde eram da competência do estado central. Foram criados fundos de pensões (a lei "Eloi Chaves" de 1923), dedicando assim a assistência médica como política legal.

Um estudo do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) afirma que "a lei que regulamenta a criação de fundos de pensão (PACs) é considerada como o primeiro apoio estatal para a regulamentação da prestação de serviços, incluindo assistência médica". Estas caixas foram estruturas de direito privado criada para grupos específicos de agentes e organizado de acordo com os princípios de seguro social, que é dizer que os serviços dependiam das contribuições de segurados (ESCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005, p. 21).

No entanto, os trabalhadores rurais não se beneficiaram desta lei. Após um golpe em 1930 no Brasil, o ditador Getúlio Vargas permaneceu no poder até 1945. Muitas medidas foram adotadas em saúde: grandes investimentos, construção de hospitais públicos e desenvolvimento de sistemas previdenciários (STEDILE, 2015).

Esse governo de tendência populista favoreceu a ação dos sindicatos em defesa dos interesses dos trabalhadores e a descentralização em favor dos Estados federados. O Ministério da Educação Nacional e Saúde Pública foi criado em 1930: era composto por dois departamentos, o de Saúde (agora denominado Serviço Nacional de Saúde e Assistência Médica) e o de Educação. Muitas campanhas de saúde pública ocorreram no Brasil. Os fundos de pensões, bem como as instituições de previdência, desenvolveram-se nas diversas categorias profissionais;



posteriormente, foram substituídos por fundos de pensão divididos em categorias ocupacionais.

No entanto, os destituídos não tiveram acesso a hospitais filantrópicos. A reorganização ocorreu em 1937 no Ministério da Educação e Saúde, e uma lei instituiu as Conferências Nacionais de Saúde, responsável pelas relações entre as atividades do governo e de saúde federais, para definir a política e subsidiar as diversas iniciativas locais (STEDILE, 2015).

A primeira Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 1941, durante a qual foram discutidas as seguintes questões: organização de saúde dos municípios e estados federais; desenvolvimento de campanhas nacionais contra a tuberculose e lepra ou hanseníase; desenvolvimento de serviços essenciais de saneamento e atividades de proteção à criança.

O primeiro conselho nacional de saúde foi criado em 1948 (o que é importante para o desenvolvimento da saúde pública) e a segunda conferência nacional de saúde, realizada em 1950 pela lei n. 1.920 de 25 de julho, 1953, finalmente, criou o Departamento de Saúde, mas sem recursos financeiros suficientes. Além disso, as atividades de assistência médica e hospitalar eram de responsabilidade do Ministério do Trabalho e Previdência Social, incluindo as instituições de pensão (IAPs).

A partir de 1954, o setor desenvolveu-se consideravelmente, bem como a ocupação dos territórios urbanos no interior do país, por causa da transferência da capital federal do Rio de Janeiro para Brasília. Mas a política de saúde não está mudando estruturalmente: apenas algumas campanhas de vacinação são realizadas nas áreas rurais para combater doenças endêmicas específicas (TOFANI, 2012).

O Código Nacional de Saúde foi adotado em 1961 e os hospitais brasileiros foram avaliados pela primeira vez pela Previdência Social (também responsável pela prestação de serviços de saúde à população com emprego declarado). No entanto, a alta inflação monetária limita o desenvolvimento da saúde no Brasil, a renda da população e os recursos financeiros financiando ações contra as doenças.

Os recursos e capacidades dos hospitais estão se tornando insuficientes, levando a um aumento de pacientes aguardando atendimento, em detrimento daqueles sem assistência. A desigualdade social é então considerada por alguns médicos do setor público, chamado de "desenvolvimento" como um aspecto a ser levado em conta pela política de saúde pública brasileira, que envolveu uma mudança para o Ministério da Saúde (TOFANI, 2012).

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado em 1966 sob a supervisão do Ministério do Trabalho. Assim, instituiu-se um sistema dicotômico de saúde: o INPS como gestor de atividades médicas individuais e o Ministério da Saúde responsável pelas ações de saúde e saúde pública do Brasil.

O INPS, criado em 1966, tinha todas as competências em termos de pensões e geria todas as pensões, previdência e assistência médica de todos os trabalhadores em emprego declarado, excluindo trabalhadores rurais e trabalhadores urbanos em emprego oculto.

A IV Conferência Nacional de Saúde de 1967 contribuiu pouco com a evolução do sistema de saúde brasileiro. Com raras exceções, o cuidado curativo foi favorecido em detrimento da prevenção, enquanto os métodos de pagamento eram fatores de fraude e corrupção.

O centro de medicamentos foi criado em 1971, encarregado de regular a produção e distribuição desses produtos e instituir a farmacovigilância. Em 1975, a quinta conferência nacional de saúde abordou, entre outros, os seguintes temas: o sistema nacional de saúde, o sistema de vigilância epidemiológica, controle de doenças endêmicas e a extensão das atividades de saúde para as populações rurais.

Em 1976, a vigilância em saúde foi descrita como uma atividade permanente do setor de saúde pela lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976, que criou a secretaria nacional de Vigilância Sanitária.

A VI Conferência Nacional de Saúde 1977 trouxe a análise de questões importantes, tais como a situação das doenças endêmicas do tempo, a operação do sistema de saúde, a descentralização dos serviços de saúde e política nacional de saúde a ser executada pelo Ministério da Saúde (ações de saúde coletiva) e o Ministério de Previdência e Previdência Social (assistência a segurados).

Naquela época (meados de 70) a população cujos rendimentos são limitados por políticas econômicas e repressão, era vítima do desemprego e suas consequências sociais: desenvolvimento de marginalização, favelas e mortalidade infantil (SCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005).

Em resposta a essa deterioração do status social e da saúde, um grande grupo social defendeu uma mudança na situação na década de 1970. Era um grupo político de acadêmicos brasileiros cujo objetivo era construir um novo modelo de saúde para o país. Chamado de "movimento sanitário", esse grupo queria uma revisão das políticas de saúde do país e considerou que a saúde era um fator de mobilidade social.

As teorias desse grupo foram baseadas em dados dos Departamentos de Medicina Preventiva Universitária (estabelecidos em 1968), cujo objetivo era vincular o trabalho acadêmico à prática política. As universidades eram lugares para a disseminação de ideias em medicina social, especialmente porque o "movimento sanitário" desenvolvia relações com várias organizações da sociedade civil.

## **2.4 A Saúde na Constituição Federal**

A saúde é parte integrante da estrutura social. Sua luta está particularmente ligada aos movimentos sociais. Essa discussão da saúde no Brasil, enfocando tanto o modelo de bem-estar quanto os fatores ambientais e sociais que influenciam a saúde da população, mostra precisamente que a estratégia desse grupo nacional era mudar as estruturas sociais.

As demandas de políticas públicas, particularmente na área da saúde, evoluíram para demandas de acesso ao poder. Carvalho (1995) associa o surgimento da concepção da prática da participação popular, do caráter de protesto, com a conjuntura do regime autoritário. As atividades desse movimento se desenvolveram politicamente fora do setor acadêmico em 1976, após a eleição de vários prefeitos que se opunham ao regime militar que, opondo-se ao governo de políticos de direita, recrutaram muitos seguidores do "movimento sanitário", permitindo-lhes aplicar as suas ideias concebidas alguns anos antes na universidade.

No entanto, o governo militar carecia de recursos humanos para levar a cabo as políticas sociais do plano nacional: apelava, portanto, ao "movimento sanitário", que, portanto, se opunha à política de saúde dentro do governo. As ideias e conceitos do "movimento sanitário" foram aceitos pela Conferência de Alma-Ata (1978), que tratou de "considerações essenciais de saúde". Sua declaração reafirmava que a saúde era um direito fundamental de todos os seres humanos e deveria ser fornecida pelo Estado, que era politicamente responsável por isso.

O processo saúde-doença deixou de ser individual, mas coletivo. O grupo estava em conflito com outro sob a tutela de empresas privadas de "medicina de grupo", que consideravam que o Estado deveria regular e financiar apenas a medicina privada existente. Foi uma doutrina liberal da influência norte-americana.

O governo, no entanto, montou alguns programas sociais (projeto Montes Claros - MOC, programa de descentralização de ações de saúde e saneamento - PIASS), que mais tarde foram determinantes para a criação do SUS.

De fato, no primeiro simpósio sobre política de saúde, organizado pelo Comitê de Saúde da Câmara dos Deputados, um sistema único de saúde foi mencionado pela primeira vez como uma proposta de um grupo participante do movimento e destacando indicadores de saúde precários do Brasil, justificando a obrigação do Estado de fornecer à sua população, de maneira integral e livre.

No âmbito do CONASP, foi proposta a descentralização da oferta de serviços de saúde básica pelo governo federal e a criação de competências voltadas para a promoção da saúde pelos estados e municípios.

A Constituição Federal de 1988 determina no artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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”. Com base nas determinações constitucionais foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, com a aprovação da Lei n. 8.080 e da Lei n. 8.142 (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Quando a Constituição foi promulgada em 1988, a saúde foi regulamentada pela seção II do Título VIII com a "ordem social" e no capítulo II sobre "segurança social", o artigo 196 que dispõe que "a saúde é um direito de todos e um dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a limitar o risco de doenças e outras deficiências de saúde, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços cujo objetivo é promovê-lo, protegê-lo e restaurá-lo" (COSTA, 2013). Também deve-se notar, como uma característica do Estado ser "universal" consagrado no mesmo artigo, que o acesso que todos devem beneficiar abrange não só o cuidado, mas também fatores e condições de prevenção questões sociais e ambientais que podem proteger a "saúde" no sentido amplo.

A Constituição estabelece as principais diretrizes ideológicas da Oitava Conferência Nacional sobre Saúde, em seu artigo 198 que afirma que "as ações e serviços públicos de saúde são parte de uma rede regional hierarquizada e constituem um sistema único".

O princípio do controle absoluto do sistema de saúde não foi selecionado, a existência de um sistema privado é possível no Brasil, sendo permitido de acordo com

o artigo 197 da Constituição, que exige uma obrigação do Estado em regular e controlar este sistema.

A participação do sistema privado de saúde pode ser realizada sob uma avaliação pelos gestores do sistema, e isso de duas maneiras:

(i) além de serviços prestados por entidades não-federais que podem, depois de um procedimento de concorrência pública, comprar estes serviços de empresas privadas (hospitais, laboratórios, etc.);

(ii) além dos serviços prestados pelo Estado e disponíveis para aqueles que compram seguros privados e podem optar por usar um dos dois sistemas (público ou privado). A referência legislativa no sistema de saúde é complementada pela Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990 e Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A primeira destas leis, chamada de Lei Orgânica da Saúde (LOS), aplica-se a todas as normas constitucionais em o funcionamento do sistema de saúde no Brasil, confirma as principais diretrizes impostas pela Constituição, e também lida com os seguintes temas:

(i) a organização, direção e gestão do SUS;

(ii) os poderes e responsabilidades das três esferas estaduais;

(iii) o funcionamento e participação complementar dos serviços privados de saúde;

(iv) a política de recursos humanos;

(v) recursos financeiros, gestão financeira, planejamento e orçamento.

A segunda lei dá prioridade ao acompanhamento e participação da comunidade, ao mesmo tempo que prevê a transferência de recursos entre as várias esferas governamentais (federais, estaduais e municipais).

A inovação do SUS é evidente no que diz respeito à participação da sociedade, envolvida tanto no desenho de diretrizes para o desenvolvimento de políticas públicas quanto no monitoramento da execução de tais políticas. É na ação direta da população que o SUS (o único sistema de saúde), como foi concebido, baseia sua evolução: a população conhece melhor do que ninguém as suas próprias necessidades e é, além disso, a mais capaz de controlar a gestão local do sistema.

É por isso que a formulação das políticas de saúde brasileiras é "de baixo para cima": as discussões ocorrem primeiro nas conferências de saúde no nível municipal, depois no nível estadual (incluindo as conferências municipais) e finalmente a assembleia federal (incluindo as conferências estaduais) (COSTA, 2013).

Uma vez que as diretrizes estabelecidas por essas conferências, sua execução real é "descendente" (descentralizada), o Ministério da Saúde formula uma política nacional; essa política é então adaptada à realidade de cada estado federado e uma política é formulada pelos representantes dos poderes executivos dos estados federados responsáveis pela saúde. Por fim, a política estadual é adaptada a cada município; são os representantes dos poderes executivos municipais responsáveis pela saúde que formulam uma política municipal de saúde; e isso, sempre com a participação - contribuição e controle - popular.

É importante notar que o financiamento de ações do sistema é uma questão importante, uma vez que a universalidade do acesso a este sistema é constitucionalmente garantida em todos os níveis de assistência à saúde. Para garantir esse financiamento, as esferas federadas devem contribuir com recursos próprios (impostos); é, portanto, a sociedade civil que financia o sistema, seja diretamente do orçamento de cada uma dessas esferas, seja indiretamente por meio de contribuições sociais de empregadores, empresas e até funcionários (COSTA, 2013).

A lei atualmente impõe uma contribuição mínima do governo federal e em nome de outras esferas estaduais e um montante mínimo de recursos que devem ser alocados para todas essas esferas, o que garante a estabilidade do sistema.

## **2.5 Abrangência do Sistema Único de Saúde (SUS)**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi defendido na Constituição de 1988 sendo regulamentado pela Lei n. 8.080 em 1990, com o intuito de assegurar a saúde para todos os cidadãos. Como é ressaltado no art. 2º da referida Lei, "A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício". O SUS é regido por um conjunto de princípios doutrinários baseados na universalidade da assistência, que visa garantir o acesso de todos à saúde, de forma gratuita, sem distinções ou restrições; na integralidade, a qual amplia a abrangência do conceito de saúde para garantir ações preventivas e de tratamento

em qualquer nível de complexidade; e na equidade, que defende, por meio de políticas que canalizem maior atenção aos mais necessitados, ações para a promoção da justiça social (BRASIL,2006a).

Sendo regidos pelas diretrizes organizativas que buscam a descentralização das ações de saúde, para que as políticas públicas sejam geridas pelos seus municípios, com autonomia financeira e responsabilidades sobre recursos financeiros, cabendo aos gestores o estabelecimento de parcerias e atribuições entre as esferas de Governo e por último e não menos importante, o direito da participação social, pelo qual a população de forma democrática participa dos processos decisórios, por meio da fiscalização e desenvolvimento das políticas de saúde (BRASIL,2006b).

## 3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

### 3.1 Contexto Das Ações Judiciárias Sobre Saúde No Brasil

O pesquisador Felipe Machado (2008) interessou-se pelo tema da busca pelos direitos básicos de saúde da população na justiça, e investigou como acontece a atuação dos diversos atores sociais no campo do direito. Ele verificou que as pessoas recorrem ao Poder Judiciário de duas maneiras, com ações individuais ou ações coletivas, e que essa busca para garantir o acesso à saúde passa por diferentes instâncias, tais como o Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública, e os escritórios privados de advocacia.

Para o autor, a ação do Poder Judiciário é notada na sua responsabilidade para julgar os processos sobre conceder ou negar determinada solicitação, uma vez que é o órgão responsável por interpretar as leis e conceitos normativos e decidir se as ações são legais e podem ser aplicadas. A Defensoria Pública e os Escritórios Particulares seriam, por sua vez, os atores que acionam o Poder Judiciário representando direitos individuais.

Hoje, pleiteiam-se principalmente medicamentos, fraldas para idosos e determinados tipos de leite em pó para crianças com certas doenças. Porém, além desses, consensualmente considerados legítimos, observam-se também pedidos de medicamentos ainda não testados no mundo (como o pó de medula óssea), determinados tipos de xampu e operações para mudança de sexo (MACHADO, 2008, p. 76).

Por fim, o Ministério Público é o representante dos interesses coletivos que, segundo o pesquisador, se caracterizam por não tratarem especificamente de indivíduos ou grupos determinados, mas sim por pessoas que têm necessariamente a mesma condição em comum. Ele destaca, por exemplo, o caso dos Conselhos de Saúde e das associações de patologias específicas, como a associação dos renais crônicos, que buscam melhorar ou implantar certos procedimentos de benefício à saúde.

No entanto, Machado (2008) revela que são poucos os casos em que os processos iniciados no âmbito do Ministério Público se transformam, efetivamente, em ações civis públicas. Isto porque os tipos de ações pleiteadas na área da saúde, caso sejam aprovadas, gerariam impacto real na gestão das políticas públicas do setor e exigiram maior investimento do governo federal. “Obtém-se mais resultados em pleitos individuais, onde o processo diz respeito à compra de um bem específico ou ao



pagamento de um procedimento médico-hospitalar” (Machado, 2008, p. 78). O autor também explica que esse tipo de ação individual para ter direito ao recebimento de medicamentos ganhou força a partir do ano de 1996, com os requerimentos para remédios de tratamento da AIDS.

Gouvêa (2003) faz referência ao artigo 196 da Constituição Federal do Brasil, que estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, para elucidar o entendimento dos juízes sobre as ações de requerimento de medicamentos, na década de 90. Até então, essas ações eram negadas, pois os tribunais compreendiam esta lei como mera norma programática que não produziria efeitos jurídicos positivos. Porém, com a iniciativa dos grupos de defesa dos direitos das pessoas soropositivas de pressionar o Governo e o Congresso para obrigar o poder público a distribuir os remédios necessários no tratamento da AIDS, essa situação começou a mudar. “Em 13 de novembro de 1996, premido pela intensa mobilização da sociedade civil, finalmente o Governo fez vir a lume a Lei n. 9.313, dispondo sobre ‘a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS’” (Gouvêa, 2003, p. 5).

Para este autor, desde então os tribunais mudaram de atitude e começaram a dar provimento aos pleitos dos cidadãos, obrigando o Estado a entregar os remédios e, também, a prestar serviços médicos necessários no combate à doença. Essa conquista, então, motivou outros grupos de doentes a pleitearem o direito de obter medicamentos de forma gratuita, pois já havia maior possibilidade de sucesso na ação judicial.

Apesar das críticas de que essa postura do Poder Judiciário poderia enfraquecer o Poder Legislativo e Executivo, Machado (2008) salienta que se tratou mais de uma ampliação da cidadania, pois era uma forma democrática de levar os cidadãos aos espaços de decisão nas instâncias legislativas e executivas “por meio da participação, embora restrita, de grupos organizados da sociedade, que passam a desempenhar o papel de agentes provocadores da justiça (...) proporciona um acesso indireto dos cidadãos às instâncias formuladoras das leis” (Machado, 2008, p. 79). Dessa forma, o Poder Judiciário passa a utilizar a liminar como um instrumento jurídico que garante o acesso imediato do cidadão que formalizou a ação ao medicamento ou serviço específico de saúde.

### 3.2 Compreendendo A Judicialização No Contexto Brasileiro

O termo judicialização ganhou notoriedade com a publicação dos pesquisadores norte-americanos Tate e Vallinder em 1995, utilizando-o para denominar as situações em que algo ganha o formato de processo jurídico. Luís Roberto Barroso (2008), em seu texto publicado no Anuário Iberoamericano de Justiça Constitucional, esclarece que a judicialização é uma maneira de transferir o poder para os tribunais de justiça.

Judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: O Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas. Algumas delas expressam uma tendência mundial; outras estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro (BARROSO, 2008, p.19).

Como vimos anteriormente, as questões relacionadas à saúde pública começaram a se tornar caso de justiça e obter ganho de causa contra o Estado com a mobilização de grupos e associações de doentes que visavam garantir o acesso a medicamentos determinados. No entanto, a ideia da judicialização alcança um significado que envolve ações e lutas bem mais amplas a favor de toda sociedade. Barroso (2008) relembra que o primeiro e maior processo de judicialização aconteceu com a redemocratização do Brasil, que resultou na elaboração da Constituição de 1988. Para ele, foi a partir desta grande ação que o Judiciário perdeu a função de ser apenas um representante técnico e especializado em leis para assumir uma verdadeira posição de poder político, uma vez que passou a fiscalizar e intervir até mesmo nas ações do Legislativo e Executivo para garantir que a Constituição e as leis estavam sendo cumpridas e respeitadas.

Além disso, com o fim da ditadura no país, os brasileiros começaram a ter mais acesso às informações de relevância pública e também a se conscientizarem sobre seus direitos como cidadãos, cobrando e procurando valer seus direitos por meio de ações nos tribunais de justiça. Dessa forma, não só a Defensoria Pública começou a se expandir e se fortalecer como também o Ministério Público ampliou sua atuação. “Em suma, a redemocratização fortaleceu e expandiu o Poder Judiciário, bem como aumentou a demanda por justiça na sociedade brasileira” (Barroso, 2008, p.19).

O autor ainda destaca outras duas grandes causas que foram importantes na consolidação desse processo de judicialização no Brasil: a constitucionalização ampla de assuntos que antes eram resolvidos em outras instâncias e o controle e fiscalização da constitucionalidade. No caso da constitucionalização, Barroso (2008) cita como exemplo os direitos fundamentais individuais, a prestação de serviços públicos ou metas públicas que, com a Constituição de 88, se tornam normativas que podem ser cobrados via ação judicial. “Por exemplo, se a Constituição assegura o direito de acesso ao ensino fundamental ou ao meio ambiente equilibrado, é possível judicializar a exigência desses dois direitos, levando ao Judiciário o debate sobre ações concretas ou políticas públicas praticadas nessas duas áreas” (Barroso, 2008, p. 20).

Já no caso do controle de constitucionalidade, o pesquisador ressalta que o modelo brasileiro é um dos mais abrangentes do mundo e combina aspectos importados do sistema americano e do europeu.

Assim, desde o início da República, adota-se entre nós a fórmula americana de controle incidental e difuso, pelo qual qualquer juiz ou tribunal pode deixar de aplicar uma lei, em um caso concreto que lhe tenha sido submetido, caso a considere inconstitucional. Por outro lado, trouxemos do modelo europeu o controle por ação direta, que permite que determinadas matérias sejam levadas em tese e imediatamente ao Supremo Tribunal Federal. A tudo isso se soma o direito de propositura amplo, previsto no art. 103, pelo qual inúmeros órgãos, bem como entidades públicas e privadas — as sociedades de classe de âmbito nacional e as confederações sindicais — podem ajuizar ações diretas. Nesse cenário, quase qualquer questão política ou moralmente relevante pode ser alçada ao STF (BARROSO, 2008, p. 20).

Para exemplificar a ação do Supremo Tribunal Federal, ele relembra o caso julgado em 2008 na área da saúde: “o pedido de declaração de inconstitucionalidade, pelo Procurador-Geral da República, do artigo 5º da Lei de Biossegurança, que permitiu e disciplinou as pesquisas com células-tronco embrionárias” (Barroso, 2008, p. 20).

Os pesquisadores Oliveira, Delduque e Souza et.al (2015) fizeram um levantamento dos estudos brasileiros sobre a questão da judicialização da saúde no período entre 2009 e 2012 e ajudam a compreender melhor como esse processo se consolidou desde então. Eles destacam logo no início um caso envolvendo o Supremo Tribunal Federal que, tendo conhecimento do aumento dos processos jurídicos relacionados à saúde pública, decidiu realizar uma Audiência Pública a fim de ouvir os diversos atores sociais ligados a essas lutas.

Desse modo, instalou a Audiência Pública em que foram ouvidos 50 especialistas, entre advogados, defensores públicos, promotores e

procuradores de justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do SUS, nos dias 27, 28 e 29 de abril, e em 4, 6 e 7 de maio de 2009. Dessa Audiência Pública surgiram as recomendações do Conselho Nacional de Justiça, para que os Tribunais Estaduais passassem a decidir de forma homogênea e conhecedora do SUS e para que, com isso, pudessem aprofundar a discussão dos rumos da judicialização da saúde no Brasil (OLIVEIRA, DELDUQUE, SOUZA et. al, 2015, p. 527).

Nesse levantamento realizado, os autores indicam que apesar do avanço nas políticas públicas de assistência farmacêutica, o alto número de ações para obter acesso a determinados medicamentos são realizadas pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público, e se justificam porque boa parte da população ainda não dispõe de recursos financeiros para a compra de remédios e tem urgência dos medicamentos para restauração da saúde. A maior parte dos estudos analisados na área de judicialização está relacionada à busca por medicamentos, e apontam para a ausência de políticas públicas para atender um número menor de pessoas que são portadoras de doenças consideradas raras. Nos casos em que os medicamentos são muito caros, eles indicam que há um grande número de advogados particulares contratados por distribuidoras e indústrias farmacêuticas que tem interesse nessa judicialização, uma vez que poderão comercializar seus medicamentos para uma fonte pagadora garantida: o Estado.

Ainda ressalta o custo médio de mais de R\$ 1,1 milhão para a aquisição de medicamento por determinação judicial em cada ação, exemplificando a submissão a que se sujeita o governo brasileiro na compra de medicamentos para as Mucopolissacaridoses (MPS): doenças genéticas raras, hereditárias, causadas pela atividade deficiente de uma das enzimas envolvidas no catabolismo dos glicosaminoglicanos. Esses medicamentos são distribuídos pelas empresas Uno Healthcare, que embolsa 97%, e Genzyme Corporation, com 3% dos valores pagos (OLIVEIRA, DELDUQUE, SOUZA et. al, 2015, p. 529)

Também chama a atenção nesses estudos o fato de que alguns dos medicamentos solicitados por via judicial já estão na lista de remédios fornecidos pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e, ainda assim, as causas são ganhas contra o Estado.

Tais decisões são fundamentadas no que relatam sobre a situação e a condição do indivíduo, decidindo por fornecimento de medicamentos, em alguns casos, sem observar a Política de Assistência Farmacêutica, causando impactos importantes no orçamento, uma vez que os recursos financeiros são previstos e definidos para um período de gestão; assim, as decisões judiciais acabam interferindo nas ações de poderes autônomos (OLIVEIRA, DELDUQUE, SOUZA et. al, 2015, p.530).

Os autores destacam ainda que, após as muitas ações jurídicas por determinados medicamentos, eles foram incluídos na Relação Nacional de

Medicamentos Essenciais, nos Protocolos Clínicos e nas Diretrizes Terapêuticas, o que provocou uma efetiva melhora no atendimento da Assistência Farmacêutica. Contudo, apesar dessa inclusão, profissionais do próprio serviço público de saúde continuam solicitando via ação legal esses medicamentos, “evidenciando que esses profissionais não aderiram aos medicamentos elencados. Tal situação inquieta por não saber se as razões para a falta de adesão se devem ao desconhecimento de quem prescreve ou se a Rename não atende às necessidades terapêuticas dos usuários” (OLIVEIRA, DELDUQUE, SOUZA et al, 2015, p.530).

Depois de analisar essas produções científicas e constatarem que o maior número de ações está ligado à busca por acesso a medicamentos específicos, os autores também fizeram uma importante constatação: o Estado não cumpre com sua principal função expressa na Constituição de 88 de garantir o direito à vida e à dignidade da pessoa humana. A busca pelo acesso aos remédios demonstra que os brasileiros estão mais conscientes de seus direitos e querem fazer valer a lei e a justiça, mas deixa em segundo plano que essa é uma medida de urgência acionada num momento em que a vida já está em risco.

Existem vários elementos sociais e econômicos que são os reais causadores dessa grande quantidade de ações em busca de medicamentos que as pessoas não conseguem pelo SUS e não têm dinheiro para comprar. Os autores deixaram claro que os principais motivos para as ações judiciais são a hipossuficiência econômica e a urgência pelos medicamentos. Se para ter vida é preciso ter dignidade, as condições de precariedade e pobreza em que vivem grande parte da população, sem acesso aos serviços básicos de educação, saúde, saneamento e segurança, já são uma prova concreta que falta dignidade na vida dos brasileiros.

No tocante à saúde, o legislador constitucional consagrou a universalização, ao preconizá-la, no art. 196 (BRASIL, 2012), como sendo direito de todos e dever do Estado. Entretanto, a realidade nos mostra uma grande lacuna entre a efetivação desse importante direito e as ações do Estado, que, em muitas situações, não está cumprindo com suas atribuições, nem com o desenvolvimento de ações sem planejamento adequado. Assim, o mau gerenciamento dos recursos públicos leva o cidadão a judicializar, através de procedimento próprio, um direito que lhe é fundamental, garantido constitucionalmente. Percebe-se, ainda, que, ao tentar exercer seus direitos junto aos órgãos estatais, o cidadão se depara com uma burocracia exagerada. Tanto em um caso como no outro, vidas são negligenciadas, não restando à família outra alternativa senão pleitear indenização, amparada no art. 37, § 6º da Constituição Federal (OLIVIERA, DELDUQUE, SOUZA et. al, 2015, p. 533).

Em se tratando de judicialização, outra atitude é sugerida por Barroso (2008) com o nome de “ativismo judicial”, que ele explica como uma postura que transcende a função do Supremo Tribunal Federal de julgar o que é constitucional ou não a partir das ações que tem em mãos. Para ele, a judicialização é uma circunstância gerada pelo modelo instalado com a Constituição de 88 em que o Judiciário precisava decidir em favor da população e contra o Estado porque não tinha escolha, era o que a lei expressamente determinava.

Porém, nos casos de ativismo judicial, o que acontece é uma atitude pensada e escolhida de forma específica e proativa na interpretação da Constituição. “Normalmente ele se instala em situações de retração do Poder Legislativo, de um certo descolamento entre a classe política e a sociedade civil, impedindo que as demandas sociais sejam atendidas de maneira efetiva” (BARROSO, 2008, P.22).

Barroso (2008, p. 22) explica:

A postura ativista se manifesta por meio de diferentes condutas, que incluem: (i) a aplicação direta da Constituição a situações não expressamente contempladas em seu texto e independentemente de manifestação do legislador ordinário; (ii) a declaração de inconstitucionalidade de atos normativos emanados do legislador, com base em critérios menos rígidos que os de patente e ostensiva violação da Constituição; (iii) a imposição de condutas ou de abstenções ao Poder Público, notadamente em matéria de políticas públicas.

O caso concreto de ativismo judicial citado pelo autor é justamente o da distribuição de remédios e da indicação de terapias por meio de decisão judicial, que aparecem nas múltiplas condenações à União, Estados e Municípios obrigando-os a arcar com os gastos de medicamentos e terapias que não estão listados nos protocolos do Ministério da Saúde ou das Secretarias Estaduais e municipais. Ele ressalta que em alguns casos, os tratamentos pleiteados estão na fase de experimentação ou são tratamentos que precisam ser realizados em outros países.

O autor também faz menção ao já citado caso das células-tronco embrionárias como uma prova de que o Judiciário está assumindo questões que antes deveriam pertencer ao âmbito de decisões do Legislativo. “As audiências públicas e o julgamento acerca das pesquisas com células-tronco embrionárias, pelo Supremo Tribunal Federal, tiveram muito mais visibilidade e debate público do que o processo legislativo que resultou na elaboração da lei” (BARROSO, 2008, p.24).

## 4 CRÍTICAS À JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL

Apesar da judicialização ter favorecido a garantia de direitos à população, como a conquista de assistência terapêutica e farmacêutica a grupos de doentes cujos tratamentos e medicamentos são caros ou inacessíveis no Brasil, existem críticas a esse processo que merecem ser consideradas pois podem colocar em risco a própria manutenção dessas ações. Barroso (2008) acredita que essas objeções se concentram em três grandes temas: “riscos para a legitimidade democrática, politização indevida da justiça e limites da capacidade institucional do Judiciário”.

Em se tratando dos riscos para a democracia, o autor ressalta que os integrantes do Poder Judiciário (juízes, desembargadores e ministros) não ocupam cargos de agentes eleitos democraticamente. Mesmo sem serem representantes legítimos escolhidos pelo povo, eles possuem poder político a ponto de serem permitidos por lei de, até mesmo, tornar os atos do Legislativo e Executivo inválidos. Para Barroso (2008), poderia ser difícil compreender como o Supremo Tribunal Federal poderia se sobrepor à vontade do Presidente da República ou do Congresso Nacional, que tem 513 membros eleitos diretamente pelo povo. No entanto, ele encontra duas explicações que legitimam essa atuação: normativas e filosóficas.

Do ponto de vista normativo, a Constituição é que concede esse poder ao Judiciário, pois determina a atuação de alguns agentes públicos que não são escolhidos por eleição direta em atividades de natureza técnica e imparcial, o que representa certo poder político também. “Magistrados não têm vontade política própria. Ao aplicarem a Constituição e as leis, estão concretizando decisões que foram tomadas pelo constituinte ou pelo legislador” (BARROSO, 2008, p.25).

Já pela ótica filosófica, o Supremo Tribunal Federal atua como um intérprete da Constituição, de forma a garantir que as regras da democracia sejam respeitadas, valorizando a participação de todos (inclusive dos que estiverem em minoria e não favorecendo somente os que estão em maior quantidade), e prezando pelos princípios fundamentais em detrimento das motivações políticas, ideológicas ou religiosas.

Com exceção do que seja essencial para preservar a democracia e os direitos fundamentais, em relação a tudo mais os protagonistas da vida política devem ser os que têm votos. Juízes e tribunais não podem presumir demais de si próprios — como ninguém deve, aliás, nessa vida — impondo suas escolhas, suas preferências, sua vontade. Só atuam, legitimamente, quando sejam capazes de fundamentar racionalmente suas decisões, com base na Constituição (BARROSO, 2008, p.26).

Quanto ao risco de politização da Justiça, o pesquisador destaca que a pior acusação aos juízes é de ter tomado uma decisão política e não jurídica. Essa afirmação é conflituosa porque o Direito, apesar de não permitir decisões particulares, tendenciosas ou partidarizadas, como explica o próprio Barroso, acaba se tornando um exercício político na medida em que:

(i) sua criação é produto da vontade da maioria, que se manifesta na Constituição e nas leis; (ii) sua aplicação não é dissociada da realidade política, dos efeitos que produz no meio social e dos sentimentos e expectativas dos cidadãos; (iii) juízes não são seres sem memória e sem desejos, libertos do próprio inconsciente e de qualquer ideologia e, conseqüentemente, sua subjetividade há de interferir com os juízos de valor que formula (BARROSO, 2008, p. 27).

Nesses casos, fica a conduta dos juízes sob observação, pois eles precisam ter clara a sua responsabilidade de, ainda que não tenham sido eleitos por voto direto, representar o poder que “emana do povo e em seu nome deve ser exercido”. É papel do Poder Judiciário prezar pela democracia, manutenção e promoção dos direitos fundamentais expressos na Constituição e não agir em favor de interesses particulares.

Por fim, Barroso (2008) explica a limitação da capacidade institucional do Judiciário. Para o autor, não se deve confundir o poder de controle e fiscalização das leis que tem o Judiciário com a ideia de que, por isso, todas as questões devem ser decididas sempre nos tribunais de justiça. Muitas vezes, alguns assuntos irão demandar apreciação técnica ou científica que estão além das habilidades e conhecimento de um juiz. Além disso, o posicionamento do Legislativo e do Executivo sempre devem ser considerados, pois ambos são também exercem poderes semelhantes de prezar pela aplicação das leis e direitos expressos na Constituição de 88.

O caso da saúde é o mais emblemático no tocante às críticas sobre a judicialização e intervenção do Judiciário nas ações do Estado. Como o próprio Barroso (2008, p.30) afirma:

Ao lado de intervenções necessárias e meritórias, tem havido uma profusão de decisões extravagantes ou emocionais em matéria de medicamentos e terapias, que põem em risco a própria continuidade das políticas públicas de saúde, desorganizando a atividade administrativa e comprometendo a alocação dos escassos recursos públicos.



Por isso, ele defende que o Judiciário sempre possui o poder para interferir, mas nem sempre deve fazê-lo e, antes de qualquer decisão, precisa analisar atentamente o alcance das próprias ações e ter em mente o benefício do povo e a garantia dos direitos e respeito às leis.

#### **4.1 Conhecendo os casos de São Paulo e Rio de Janeiro**

Um estudo realizado por Vieira e Zucchi (2007) analisou 170 ações solicitando medicamentos à Secretaria Municipal de São Paulo no ano de 2005. Os pesquisadores constataram que 59% das causas partiram de prescrições originadas no SUS. As doenças mais listadas como justificativa para a solicitação dos medicamentos foram: Câncer e Diabetes. Desses medicamentos requeridos via justiça, 62% estavam na lista dos medicamentos essenciais fornecidos pelo município paulista. Os custos com a compra de remédios que não estavam na lista somaram 876 mil reais, sendo que 73% desses medicamentos poderiam ser substituídos por genéricos.

A partir destes últimos dados, os autores apontam para as possíveis falhas que podem ter ocorrido para que esses medicamentos não estivessem disponíveis aos pacientes doentes. É provável que o Governo do Estado pode ter deixado de suprir o município com os fármacos ou ainda que os médicos que prescreveram as receitas e/ou os pacientes não sabiam que eles estavam disponíveis no SUS. Quando as ações foram julgadas, esses remédios foram entregues aos cidadãos por meio da própria rede pública e o município não teve gastos. O que fica claro é que a morosidade e burocracia que esse procedimento de impetrar uma ação judicial contra o município poderia ter sido resolvido com mais agilidade e facilidade se os impetrantes soubessem dessa informação prioritariamente.

Os pesquisadores constataram também que do gasto total, 75% do valor foi utilizado na compra de antineoplásicos, remédios que ainda não tiveram sua eficácia comprovada e está na fase de testes clínicos, sendo que dois dos medicamentos sequer eram registrados no Brasil.

A maioria das demandas por medicamentos geradas por ações judiciais poderia ser evitada se fossem consideradas as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a organização do atendimento em oncologia e a observância das relações de medicamentos essenciais. A falta dessa observância compromete a Política Nacional de Medicamentos, a equidade no acesso e o

uso racional de medicamentos no Sistema Único de Saúde (VIEIRA E ZUCCHI, 2007, p. 214).

Os autores esclarecem que existe uma diretriz política no Brasil que orienta as farmácias do SUS a fornecerem remédios apenas para prescrições médicas geradas na própria rede pública, no entanto, muitas prescrições geradas em hospitais e clínicas privadas são atendidas da mesma maneira. Essa situação fere o próprio funcionamento do SUS, que preza pela integralidade das atividades e serviços do sistema.

A pesquisa também revelou que 73% dos fármacos solicitados tinham opções genéricas fornecidas pelo SUS e cadastrados no Brasil, e ainda que 63% dos responsáveis pelas ações contra o município residiam em áreas com um grau menor de exclusão social. Esse dado se soma a outra descoberta dos autores de que a maioria dos pacientes que entraram com ações contra o município foi representada por advogados particulares. Ou seja, não é a parte da população carente e hipossuficiente que está à frente dessas ações, e é razão para questionar se as diretrizes de atendimento do SUS para garantir a equidade estão sendo de fato, consideradas. Eles listaram uma série de situações que indicam que está, sim, havendo descumprimento dessas regras:

- Desconsideração da responsabilidade tripartite de organização do sistema, fazendo com que a SMS-SP: adquira medicamentos que fazem parte de lista sob responsabilidade estadual; cumpra determinações judiciais para cidadãos de outros municípios; adquira medicamentos antineoplásicos, cujo fornecimento é realizado mediante atenção integral ao paciente na rede conveniada;
- Aquisição de medicamentos que não fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) ou da REMUME;
- Aquisição de medicamentos prescritos por profissionais de serviços privados, sem observância do princípio de integralidade das ações do SUS;
- Aquisição de medicamentos não registrados pela Anvisa;
- Fragmentação das ações para uso racional de medicamentos, o que implica desconsideração da importância da seleção; fornecimento de medicamentos diferentes, mas duplicados em relação à indicação terapêutica, pois os impetrantes anexam várias prescrições de profissionais diferentes e, dada a exigência de cumprimento imediato, a SMS-SP não consegue questionar o fato antes do fornecimento; não cumprimento de diretrizes terapêuticas; aquisição de medicamentos com poucas evidências de sua eficácia e segurança, a custos elevados, mesmo havendo substitutos para eles com eficácia, segurança e custo-efetividade bem determinados;

- Aumento da irracionalidade no uso do recurso financeiro público;
- Prejuízo à equidade.

A desconsideração dessas questões fragmenta completamente a diretriz de racionalização do uso de medicamentos no País, estabelecida pela PNM e pelas diretrizes do SUS (VIEIRA E ZUCCHI, 2007, p.221).

Os pesquisadores revelam, então, que a judicialização nesse caso de São Paulo demonstra que o problema maior não está na dificuldade do SUS em oferecer tratamento adequado aos pacientes com câncer ou diabetes, mas sim na determinação de que sejam utilizados medicamentos específicos que não tiveram sua eficácia e segurança comprovadas. Para eles, essa indicação é movida por interesses mercadológicos que estão ditando a preferência dos pacientes e médicos. Além disso, eles ressaltam que as determinações do Poder Judiciário ao SUS estão fazendo com que sejam comprados medicamentos que não foram autorizados no país.

Já no Rio de Janeiro, Ventura et al (2010) analisaram os processos judiciais individuais para o acesso a remédios para entender como se dava a relação entre a gestão pública de saúde e o Poder Judiciário. Eles indicam uma discussão no âmbito do jurídico sobre o direito à saúde e sua eficácia e como o Judiciário poderia agir no momento de decidir o que o SUS deverá prestar.

Uma primeira posição entende que a eficácia desse direito deve ser restrita aos serviços e insumos disponíveis do SUS, determinados pelo gestor público. 2. Uma segunda compreende que o direito à saúde implica garantia do direito à vida e integridade física do indivíduo, devendo o Judiciário considerar a autoridade absoluta do médico que assiste ao autor da ação judicial, obrigando o SUS a fornecer o tratamento indicado. 3. Uma terceira posição defende que a eficácia do direito à saúde necessita ser a mais ampla possível, devendo o Judiciário – na análise do caso concreto – ponderar direitos, bens e interesses em jogo, para fixar o conteúdo da prestação devida pelo Estado (VENTURA et al, 2010, p.86).

Na opinião desses autores, a terceira opção seria a mais indicada pois determina que o juiz considere, antes de tomar uma decisão contra o Estado, quais são as alternativas em terapias e medicamentos fornecidas pelo SUS, se elas estão de acordo com a necessidade do paciente que entrou com a ação sem lhe causar prejuízos ou riscos à vida, e se o que foi prescrito pelo médico do requerente, sob a ótica do que já é disponibilizado pelo SUS e recomendando por cientistas e especialistas, é de fato a melhor opção para devolver a saúde ao doente.

Ventura et al. (2010) obteve acesso à base de dados do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro para consultar 1.263 processos jurídicos protocolados entre julho de 2007 e junho de 2008. Destes, foram analisados 289.

O primeiro resultado encontrado apontou que 100% dos casos aceitos na modalidade “gratuidade de justiça”, em que as pessoas que entraram com as ações foram reconhecidas por sua hipossuficiência econômica, o que significa que não possuíam recursos financeiros para cobrir os gastos com o procedimento jurídico e tampouco para custear o tratamento de saúde do qual necessitavam. Para os autores, esse alto número de demandas por gratuidade “aponta que tem favorecido o acesso ao sistema público de cidadãos sem condições de arcar com os custos de seus medicamentos e da demanda judicial” (Ventura et al., 2010, p.91).

Outro resultado diz respeito ao pedido de liminar ou antecipação de tutela, que é solicitado quando o juiz do caso entende que se houver demora na resposta jurídica há possibilidade de colocar a vida do requerente em risco, por exemplo, na demora da entrega do medicamento sua condição de saúde pode piorar. Eles perceberam que todas as ações fizeram a solicitação por antecipação de tutela e ganharam. “Constata-se que o principal critério judicial para a concessão da tutela é a constatação da necessidade do autor de acesso urgente a determinado medicamento ou procedimento prescrito pelo médico que o assistiu” (Ventura et al, 2010, p.92).

Notaram ainda que o juiz não solicitou nenhuma documentação extra antes de conceder a antecipação de tutela, confiando apenas na prescrição médica apresentada pelo requerente na ação. Essa atitude é criticada pelos autores, pois eles entendem dessa forma predomina a soberania da indicação médica individual e a falta de análise sobre os regulamentos e normas sanitárias que regem o SUS.

Em geral, os estudos sobre as ações judiciais para o acesso a medicamentos e procedimentos de saúde apontam que a fragilidade no conteúdo das decisões pode estar relacionada ao desconhecimento que tem o sistema de justiça – Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público e advogados – sobre os argumentos e regulamentos da saúde pública; em especial, ao uso racional de medicamentos na perspectiva da proteção e segurança do paciente, e os problemas referentes às prescrições médicas que não atendem às exigências de segurança e eficácia necessárias ao tratamento da pessoa, como referido anteriormente (VENTURA et al, 2010, p.93).

Ainda assim, eles apontam para a judicialização da saúde como um ponto positivo no Rio de Janeiro, pois identificaram que a Defensoria Pública tem agido como um elo essencial para garantir assistência jurídica especializada e gratuita às pessoas

menos favorecidas, como também oportunizando o acesso à saúde e aos serviços oferecidos pelo SUS no estado.

## 4.2 Caso da Colômbia

A judicialização no âmbito da saúde não é discussão apenas no Brasil. Existem vários estudos sobre o mesmo tema abordando vários países da América Latina, como por exemplo, a Colômbia. De acordo com Garavito (2012), a evolução da proteção à saúde pode ser dividida em três períodos: uma fase inaugural, que abriu caminho para ações individuais desse tipo; uma fase de explosão do número e proporção de proteção sobre a saúde; e uma fase mais recente marcada por uma tentativa de racionalizar o uso da tutela e confrontar seus determinantes estruturais.

O primeiro período, segundo o autor, durou seis anos e variou desde a entrada em funcionamento da jurisdição constitucional, em fevereiro de 1992, até a emissão de duas importantes decisões em 1997, nas quais o Tribunal Constitucional fez um primeiro esforço de sistematização da jurisprudência sobre o tema. Embora não haja informações sobre as proteções desta fase que sejam estritamente comparáveis com as de períodos posteriores, os estudos feitos na época permitem uma caracterização geral, na qual três características se destacam. Em primeiro lugar, desde suas primeiras sentenças, a Corte aceitou proteções ao direito à saúde e ordenou o fornecimento de remédios, cirurgias, consultas ou tratamentos necessários para garantir o direito constitucional a uma vida digna. Em outras palavras, interpretando o artigo 49 da recém-publicada Constituição Política, a Corte determinou que, embora o direito à saúde não fosse judicialmente executável porque não é um direito constitucional fundamental, poderia ser reivindicado perante os juízes sempre que a falta de um benefício (por exemplo, uma medicação ou um tratamento) colocar em risco a vida do demandante ou sua capacidade de levar uma vida decente.

Foi nesta fase, portanto, onde a possibilidade de ir à tutela definido e o critério de "conexão" foi estabelecida com o direito à vida, o que viria a dominar a jurisprudência constitucional até 1992. Esta posição jurisprudencial daria origem à segunda característica do período inicial, que teria um impacto profundo nos anos posteriores. Uma vez emitido Lei 100 de 1993, que criou o Plano de Saúde Obrigatório (POS) como um mecanismo para agilizar e priorizar o sistema, a jurisprudência emergente do Tribunal foi confrontado com os casos difíceis, onde um paciente veio a tutela para solicitar um tratamento ou uma medicação que tenha sido formulada pelo seu médico, mas que não foi incluída na pos. A decisão do Tribunal foi aplicar o critério de conexão também a estes casos e ordenar o fornecimento do que foi prescrito

pelo médico assistente, mesmo que não estivesse incluído no pos (GARAVITO, 2012, p.512).

Para o autor, este seria o começo de uma longa linha de sentenças que, dado o fracasso de sucessivos governos em atualizar o post, criaria uma verdadeira "jurisprudência", ou seja, a extensão na prática, caso a caso, de medicamentos e tratamentos que devem ser fornecidos aos pacientes. No entanto, ao contrário do que aconteceria nos últimos tempos, nesses casos o direito à saúde não é prevalente em proteção de litígios no país. De fato, um estudo baseado em uma amostra representativa de ações judiciais estabelecidas entre 1992 e 1996 mostra que os conflitos de saúde representavam apenas 4% das ações, muito abaixo de outros direitos como petição (24%), trabalho (16%) e outros (13%).

Segundo Garavito (2012), a fase mais recente é marcada por vários esforços do Judiciário, do Poder Executivo e do Legislativo para reduzir o fluxo de processos e resolver suas causas estruturais. Embora tenham começado nos últimos anos do período anterior, essas iniciativas foram implementadas e tiveram impacto desde 2009. O pesquisador revela que os níveis colombianos de litígios em saúde são muito mais altos do que os de outros países relevantes como o próprio Brasil, que fica em segundo lugar no número de litígios sobre saúde atrás da Colômbia, numa diferença de mais de 100 mil processos. De fato, esses números, os mais sistemáticos sobre o assunto, sugerem que a taxa per capita de litígios em saúde pode ser a mais alta do mundo. Diante dessa situação, o próprio Tribunal Constitucional, bem como o Congresso e o governo nacional, tomaram iniciativas para racionalizar o uso das ações judiciais.

A primeira medida desse tipo foi a Lei 1122 de 2007, que buscou reduzir as recuperações criando incentivos para que os comitês técnico-científicos (CTC) do EPS estudassem rigorosamente os pedidos de medicamentos de alto custo não incluídos no pos. Nos casos em que o CTC não faz o estudo e o paciente ganhou posteriormente a tutela, a lei (artigo 14, alínea j) determinou que os EPS poderia recuperar a FOSYGA apenas 50% dos gastos, e deve ser coberto com fundos próprios outra metade. Da mesma forma, ampliou as competências judiciais e de conciliação da Superintendência Nacional de Saúde (sns) para resolver as queixas que chegavam massivamente aos tribunais (artigos 20, 25, 35 e ss). Esta lei foi declarada constitucional pela Corte, com o entendimento de que essas medidas de racionalização não implicam em violação do conteúdo mínimo do direito à saúde definido por sua jurisprudência (GARAVITO, 2012, p.517).

Garavito (2012) indica ainda que os dados de 2010 mostram que os pacientes que chegam ao jurídico o fazem com maior frequência para pedir ao juiz que ordene

o fornecimento de tratamento (43% dos casos). Entre esses litígios, os mais recorrentes são os relacionados aos tratamentos neurológicos (14%), oncológico (7%) e oftalmológico (7%). O segundo conflito mais comum está relacionado com a solicitação de medicamentos, equivalente a 24% dos casos apresentados em 2010. Os medicamentos de neurologia (16%), oncologia (9%) e medicina interna (9%) são aqueles que geram o maior número de litígios desse tipo. O terceiro conflito que se destaca envolve pacientes que chegam aos tribunais para solicitar a realização de cirurgias (22% das tutelas de saúde). As intervenções cirúrgicas mais exigidas são oftalmológicas (15%), ortopédicas (14%) e gastroenterológicas (13%, dentre as quais se destaca o bypass gástrico). Finalmente, as ações judiciais orientadas para a concessão de uma consulta médica (20%) ou uma imagem diagnóstica (14%) também têm um peso importante.

O pesquisador colombiano atribui esse número elevado às ações de cidadãos, organizações não governamentais (ONGs), entidades estatais (como a Ouvidoria) e empresas privadas que iniciam ou promovem litígios. Em linguagem econômica, as estratégias jurídicas desses atores constituem a demanda por soluções judiciais para controvérsias sobre o direito à saúde. O segundo tipo de fatores relevantes tem a ver com características da administração do sistema judiciário que encorajam ou desencorajam a acusação de queixas. Em outras palavras, estes são fatores que determinam a oferta de resoluções judiciais para estes casos. Entre eles está a acessibilidade dos tribunais, que, ao mesmo tempo, depende das exigências formais e dos custos que o regime legal impõe aos cidadãos que querem iniciar uma ação legal. A oferta também depende da atitude dos juízes perante este tipo de reclamações.

Enquanto um poder judicial favorável à aplicação dos direitos sociais tende a produzir decisões sobre essas disputas, um poder judicial passivo e impermeável tende a fechar essa via de processamento de reclamações. O último conjunto de causas são os arranjos institucionais e as políticas sobre o serviço em questão. Esses fatores dizem respeito aos atores públicos e privados responsáveis pela regulação, pela administração, pela judicialização da saúde: sintomas, diagnósticos e prescrições, ou pela prestação do serviço, e que são os possíveis réus das ações judiciais.

O autor revela que, uma vez que a queixa tenha chegado aos tribunais e os juízes tenham proferido uma sentença, os atores do sistema de saúde devem cumprir

as ordens da sentença, sob pena de punição por desacato. Mas a conformidade pode ser de vários tipos e ter efeitos diferentes. De fato, a execução da maioria das ações consiste simplesmente no fato de que o sistema de saúde fornece a medicação, tratamento ou benefício indicado. Em suma, o ciclo de judicialização descreve uma trajetória espiral: na ausência de reformas institucionais, as falhas processuais e políticas que motivam as ações judiciais são mantidas, o que, por sua vez, estimula novas ações.

### **4.3 Interesses privados envolvidos na judicialização da saúde**

O mercado farmacêutico está em constante evolução devido aos avanços tecnológicos e investimento na ciência, a todo o momento novos medicamentos surgem e, muitas vezes, custando bem mais do que os fármacos e terapias que já estão disponíveis, sem que isso signifique realmente um acréscimo de benefícios aos pacientes. Carlos Vidotti, Lia Castro e Simone Calil (2008) apresentam dados sobre a saúde e o financiamento de remédios no Brasil. Este estudo ressalta a informação de que 70% da população depende do governo federal para receber cuidados médicos enquanto os 30% restantes recorrem aos planos de saúde privados e outras organizações. Eles também destacam que, embora o SUS contrate instituições privadas para prestação de serviços, como o fornecimento de medicamentos, os custos são inteiramente cobertos por fundos públicos.

Vidotti et al (2008, p.37) explica que a indústria farmacêutica no país possui uma influência significativa nos padrões de consumo e na formulação de políticas públicas de atenção à saúde, o que impacta diretamente o trabalho do SUS. “O lançamento de um novo produto de prescrição pode incluir vendas estratégicas e técnicas que variam de patrocinar a participação em simpósios profissionais e científicos, a oferecer incentivos individuais aos profissionais da área da saúde”. Porém, esses medicamentos não podem ser anunciados para consumidores leigos, somente aqueles destinados à automedicação podem ser divulgados nos meios de comunicação de massa.

Segundo os autores, em 2003 o mercado farmacêutico brasileiro era dividido entre medicamentos genéricos (12%), drogas patenteadas (20%) e medicamentos similares não patenteados (68%). Ainda assim, o país perdia oportunidades de investimento na biodiversidade para fabricação de fármacos brasileiros. Para eles, as



corporações farmacêuticas que atuam no Brasil, sejam de capital nacional ou transnacional, recebiam pouca atenção e recursos destinados ao desenvolvimento de novas formulações e medicamentos. No entanto, destacam que no governo do presidente Lula houve significativa melhoria na capacitação científica e tecnológica dos brasileiros e investimentos nas universidades. Somando-se a um novo cenário de emissão de normas regulatórias, o setor passou a se desenvolver e em 2004 apresentou o primeiro medicamento inteiramente produzido no Brasil: uma droga derivada da planta *Cordia Verbenácea*, cujo princípio é alfa-humuleno e tem ação anti-inflamatória.

Apesar desse novo fôlego da indústria farmacêutica no Brasil, Vidotti et al. (2008, p.38) salienta que o perfil dos novos medicamentos lançados no mercado brasileiro não reflete as necessidades geográficas, socioeconômicas e epidemiológicas do país e nem a extensão do mercado farmacêutico: “Esse contexto dificulta para verificar se as novas drogas estão realmente melhorando o tratamento para doenças endêmicas”.

A pesquisa também aponta outras críticas, revelando que em todos os níveis (federal, estadual e municipal), o governo brasileiro compra 35% de toda a produção farmacêutica e é o principal comprador do setor, tendo gasto somente em 2004 cerca de 2,1 bilhões de dólares em medicamentos.

O governo deveria desenvolver iniciativas ou melhorar as existentes, se concentrando em doenças de maior impacto na saúde pública, pois são essas que conseqüentemente geram influência socioeconômica negativa. O governo, afinal, tem o dever legal, poder, recursos financeiros e interesse orientado para o desenvolvimento e implantação de políticas públicas que fomentem a disponibilidade de novos e aprimorados medicamentos para o tratamento de doenças que afetam a população (VIDOTTI et al., 2008, p. 42).

De acordo com os autores, foram introduzidos no Brasil oito novos medicamentos para tratar das doenças alvo da Política Nacional de Atenção Básica. Desses, seis (75%) foram destinados a doenças não infecciosas como hipertensão e diabetes, e dois (25%) para tuberculose, mas nenhum medicamento novo foi introduzido para a doença Hansen. Vidotti et al. (2008) revela que em 1999, as cinco principais causas de morte no Brasil, em ordem decrescente, foram doenças cardiovasculares, câncer, doenças infecciosas e doenças parasitárias, doenças respiratórias crônicas e problemas perinatais. No entanto, os novos medicamentos disponíveis só atendiam as cardiovasculares. “As forças do mercado não são

suficientemente fortes para garantir o desenvolvimento de medicamentos para tratar doenças que afetam os pobres, que geralmente não podem pagar o tratamento” (VIDOTTI ET AL, 2008, p. 43).

Por fim, os pesquisadores ressaltam que como o setor público brasileiro é o principal comprador de produtos farmacêuticos, é também o que tem poder de compra suficiente para criar sua própria lista de exigências sobre novos produtos farmacêuticos que realmente atendam a demanda de doenças do país. Para eles, a indústria farmacêutica privada deve se adequar e aderir às prioridades estabelecidas pelo governo, focando na produção de novos fármacos com ação antimicrobiana ou anti-HIV, para tratar leishmaniose, esquistossomose, malária e tuberculose.

Uma pesquisa realizada por Neto et al. (2012) apresenta um levantamento de processos judiciais relacionados à solicitação de medicamentos que foram protocolados contra o Estado de Minas Gerais no período que compreende outubro de 1999 a outubro de 2009. Os pesquisadores tinham como objetivo analisar e esclarecer como esses processos interligavam as relações entre os médicos que faziam as prescrições dos medicamentos, advogados e a indústria farmacêutica.

Eles analisaram 2.412 processos judiciais sobre 2.880 medicamentos que possuíam 18 fármacos distintos, e perceberam que 12 desses fármacos já eram ofertados gratuitamente pela assistência farmacêutica do SUS, como a insulina glargina e sildenafil 20mg, que são destinadas ao tratamento de diabetes mellitus e hipertensão arterial pulmonar, respectivamente.

Neto et al. (2008) destaca que os medicamentos são classificados em cinco tipos: analgésicos, antiinflamatórios não-esteroides, corticosteroides, medicamentos modificadores do curso da doença e agentes anticitocinas.

Essas classes têm fármacos disponibilizados pelo SUS, seja pelo ente municipal ou estadual. A não utilização de uma sequência terapêutica definida em protocolo pode configurar-se como irracionalidade em termos farmacológicos e econômicos, visto que adalimumabe e etanercepte são medicamentos de custo elevado. Mas a terapia pode variar de acordo com características individuais dos pacientes e a resposta a regimes prévios de tratamento. Assim, na impossibilidade de o paciente utilizar a primeira ou a segunda linha de tratamento, após serem testadas as alternativas farmacológicas disponíveis, poderia haver indicação de uso desses medicamentos (NETO et al., 2012, p. 788).

Para eles, o crescimento dos pedidos por esses novos medicamentos podem ser reflexos da intervenção da indústria farmacêutica, que tem interesse comercial em que eles sejam padronizados pelo SUS, ou podem significar realmente que existe uma

necessidade de saúde pública que não está sendo atendida. Passaram, então, a analisar os processos judiciais e notaram que, em Minas Gerais, a maioria das ações foi conduzida por advogados que trabalham no setor privado e bem poucas eram conduzidas por núcleos de assistência jurídica gratuita. Esse dado revela que não são as pessoas mais pobres as que mais buscam auxílio do Poder Jurídico para conseguir medicamentos que necessitam.

Essa situação fica alarmante quando se verifica outra informação na pesquisa de Neto et al. (2012) muito relevante. Os autores descobriram que houve um aumento de 28 mil % nos gastos da secretaria estadual de saúde mineira para atender a disponibilização de medicamentos via processos judiciais no período de 2002 a 2011. Para que o Estado tenha condições de arcar com essa dívida, projetos voltados para a saúde pública da população são deixados de lado e está justamente nessa situação a maior crítica à judicialização da saúde no país.

Neto et. al (2012) mostra que havia um pequeno grupo de advogados e médicos envolvidos com a maioria dos processos:

Os medicamentos mais solicitados foram adalimumabe, etanercepte, infliximabe e insulina glargina. As principais doenças dos beneficiários foram artrite reumatoide, espondilite anquilosante, diabetes mellitus e doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Houve predomínio de representação por advogados particulares e atendimento por médicos do setor privado. Entre as ações representadas pelo escritório A, 43,6% tiveram um único médico prescrito para o adalimumabe e 29 médicos foram responsáveis por 40,2% dos pedidos do mesmo fármaco. Apenas um médico foi responsável por 16,5% das prescrições de adalimumabe, solicitado por apenas um escritório particular de advocacia, em 44,8% dos pedidos (NETO et al., 2012, 784).

Os resultados analisados por esses pesquisadores indicam que havia uma clara relação entre um determinado escritório de direito e um médico, estabelecendo uma espécie de parceria com a indústria que produzia o remédio adalimumabe. Apenas um profissional de medicina foi responsável por indicar 44% dos medicamentos solicitados em 117 processos jurídicos. Esse caso demonstra que a atuação jurídica está se tornando uma nova forma de venda das indústrias farmacêuticas, escondida pelo discurso de que estão preocupados e defendendo o acesso universal à saúde e investindo em novos medicamentos e terapias médicas a bem da população mais necessitada.

Esse fato pode ser um indício de que a Justiça e a medicina têm sido utilizadas para atender aos interesses da indústria farmacêutica. A maior representatividade de médicos do setor privado e advogados particulares pode trazer prejuízo à equidade, pois grande parte dos pacientes que têm acesso ao Sistema Judiciário e, conseqüentemente, a medicamentos

financiados pelo SUS, paga por serviços médicos e advocatícios. A obtenção de medicamentos por via judicial pode privilegiar cidadãos que têm mais recursos financeiros para pagar advogados, ou maior acesso à informação, em detrimento daqueles que não têm tal possibilidade por questões socioeconômicas (NETO et al, 2012, p.790).

Se analisarmos as informações anteriores compreendemos que a maioria dos remédios solicitados via processo judicial provém de indicações de médicos da rede privada ou ligados a algum escritório de direito, ou ainda que está recebendo benefícios da indústria farmacêutica que tem interesse em vender para o governo brasileiro. O alto investimento e os custos gerados ao Estado estão sendo destinado a atender necessidades de uma parcela pequena da população que de fato não deveria ser a prioridade dos gastos públicos, uma vez que pelo menos 70% da população só consegue atendimento médico e acesso aos medicamentos por meio do SUS. Dessa forma, o dinheiro público deveria ter como foco principal o atendimento da demanda dessas pessoas, em melhorias no serviço de saúde público e nos programas planejados e voltados para quem mais precisa e corre risco de vida se não conseguir o tratamento.

A judicialização da saúde faria mais sentido se essas ações fossem originadas da população carente, representadas pela Defensoria Pública e por instituições e núcleos universitários que oferecem apoio jurídico gratuito. Faria sentido se essas ações buscassem fazer valer os direitos dessas pessoas, se os medicamentos solicitados fossem realmente próprios para as doenças que mais matam no Brasil e todo o investimento da indústria farmacêutica estivesse girando em torno de soluções em fármacos que buscassem sanar essas doenças.

#### **4.4 Casos mais recentes analisados pelo STF**

Recentemente, um caso relacionado ao uso de medicamentos para tratamento de pacientes portadores da doença Diabetes Mellitus chegou ao Supremo Tribunal Federal (STF). O Tribunal Regional Federal da 2ª Região deferiu a Tutela Provisória 101, obrigando o SUS a instaurar um novo protocolo clínico para adicionar à lista de fármacos alguns medicamentos análogos à insulina. De acordo com a TP 101, pacientes diabéticos do tipo mellitus que não se adaptam às insulinas tradicionais poderiam receber insulinas de longa duração.

No caso dos autos, o Tribunal Regional Federal da 2ª Região (TRF-2), em recurso de apelação, manteve decisão do juízo da 5ª Vara Federal do

Espírito Santo que acolheu ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público Federal (MPF) e determinou à União que, além de implantar o protocolo para a utilização da insulina de longa duração, viabilizasse o custeio às Secretarias Estaduais de Saúde dos análogos ao medicamento. Segundo o acórdão do TRF-2, a sentença “alcança todos os portadores de diabetes mellitus refratários aos tratamentos usuais em todo o território nacional.

Porém, a União, por meio da Advocacia Geral da União (AGU) entrou com um pedido ao STF solicitando a suspensão da Tutela Provisória 101. No detalhamento do recurso, a AGU explicou que a aprovação dessa medida resultaria em vários problemas para a União, como comprometer gravemente a economia e a ordem pública. Além disso, sustentou que os fármacos análogos passaram por um procedimento de avaliação que indicou a falta de evidências que comprovassem a qualidade, segurança e eficiência do tratamento. Nessa situação, caso fosse liberada sua distribuição, as pessoas estariam adquirindo um medicamento que não segue a recomendação do Ministério da Saúde e é desaprovado pela comunidade médico-científica para o tratamento da doença, podendo colocar a vida dos pacientes em risco.

O Supremo Tribunal Federal (STF) divulgou uma nota no dia 5 de abril<sup>1</sup> esclarecendo a decisão do Ministro Dias Toffoli de tornar a TP 101 sem efeito. No entendimento do ministro, para que as insulinas análogas fossem incorporadas ao protocolo do SUS precisariam ter sua tecnologia reconhecida e seus efeitos comprovados para garantir a segurança e efetividade do tratamento nas diferentes fases de evolução dos pacientes com Diabetes Mellitus, como determina a Lei n. 12.401/2011. Toffoli também ressaltou que a decisão do STF não desampara os doentes do SUS, uma vez que os medicamentos indicados para o tratamento da doença estão disponíveis nas farmácias do sistema público de saúde desde o ano de 1993.

O ministro salientou que, embora tenham maior possibilidade de garantir a implementação das diretrizes e princípios do SUS, por impulsionar o debate, as ações coletivas têm, também, maior capacidade de atingir a estrutura das políticas públicas com impactos de ordem financeira, organizacional e decisória significativos. Ele lembrou que, ainda que em cumprimento parcial da ordem judicial, o Ministério da Saúde tem prosseguido na busca de evidências sobre a utilização das medicações determinadas na ação original. “Tenho, portanto, que, no caso, resta demonstrado que a aplicação imediata do integral efeito das decisões de origem teria o condão de atingir, a um só tempo, as ordens sanitária e econômica, razão pela qual é cabível a suspensão dos efeitos antecipatórios

---

<sup>1</sup> Notícia divulgada pelo Supremo Tribunal Federal sobre o uso de insulinas de longa duração disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=407880>. Acessado em 8 de abril de 2019.

das aludidas decisões, até o trânsito em julgado da ordem”, argumentou. Com essa fundamentação, o ministro suspendeu os efeitos das decisões questionadas até o seu trânsito em julgado, “sem prejuízo da adoção pelo juízo de origem de medidas cautelares que se façam necessárias à solução do impasse técnico-sanitário observado para cumprimento das decisões”. A decisão do presidente do STF confirma liminar por ele anteriormente deferida na STP 101 (Assessoria de Comunicação do STF, 2019, Portal de Notícias).

Esse é um exemplo prático e recente sobre a judicialização na saúde, em que é possível perceber a atuação do Poder Judiciário pleiteando causas que, em tese, beneficiariam um grupo significativo de cidadãos brasileiros. Também se nota os impactos produzidos por essa atuação, pois como o próprio STF divulgou para justificar a negativa sobre o processo, a causa aumenta os gastos públicos, interfere no planejamento e orçamento das Secretarias municipais e estaduais de saúde e ainda no tratamento de doentes. O que não está muito claro é se, de fato, essas causas estão sendo levantadas por pessoas que sofrem com a doença e não têm acesso aos medicamentos e tratamento terapêutico adequado ou se está partindo da indústria farmacêutica que intenciona vender novos fármacos para o governo.

Em 2009, durante a quinta audiência pública sobre saúde e direito da população organizada pelo STF, o professor de medicina da USP, Raul Cutait, fez uma consideração que acabou virando notícia<sup>2</sup> no próprio portal da Imprensa do Supremo. Ele salientou a importância de revisar e manter sempre atualizada a rotina de atendimento do SUS, pois a ciência e a tecnologia estão em constante processo de mudança e evolução e sempre chegam novas soluções para problemas ligados à saúde.

A ciência é algo dinâmico, novos conhecimentos são agregados no dia a dia e novos métodos, diagnósticos e terapêuticos substituem outros de até pouquíssimos anos atrás”, frisou. Segundo ele, “é preciso criar mecanismos para que tudo o que é novo seja incorporado de uma forma mais ou menos automática, não apenas quando existe uma demanda, uma pressão, como por exemplo, um processo judicial.

#### **Números**

No país, de acordo com o professor, existem 330 mil médicos formados por 176 faculdades em medicina. O Brasil é a segunda nação, depois da Índia, que tem mais faculdades de medicina no mundo. “Grande parte delas forma médico, infelizmente, com baixo grau de competência devido às qualificações das suas próprias estruturas de ensino”, disse. Conforme ele, apenas 2/3 dos médicos formados têm acesso a programas de residência que são fundamentais para a qualificação do profissional. Cutait também fez referência à produção científica da área, segundo a qual mais de 100 mil artigos médicos são publicados, em média, por ano (Assessoria de Comunicação do STF, 2009, Portal de Notícias).

---

<sup>2</sup> Notícia divulgada pelo Supremo Tribunal Federal sobre as Audiências Públicas, em 2009. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=107691>, acessado em 8 de abril de 2019.

O professor também propôs ao Ministério da Saúde a criação de comissões específicas por doenças ou situações, formadas por especialistas, médicos e profissionais de competência científica comprovada que seriam responsáveis por determinar o melhor modo de atender, diagnosticar e indicar tratamentos terapêuticos e medicamentos para os casos analisados.

De fato, o Ministério da Saúde criou Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que orientam o atendimento e as formas de tratamento no SUS. Além desses e de outros, existem também os Protocolos de Uso, que orientam sobre a utilização de determinadas tecnologias para o tratamento de doença ou condição específica dos pacientes. O Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com apresentação do próprio Ministério<sup>3</sup>, “é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país”. O Ministério da Saúde é o órgão federal responsável pela gestão nacional do SUS e sua atuação passa pela chamada Comissão Intergestores Tripartite, que é formada por oito hospitais federais, INCA, INTO, ANS, Hemobrás, Anvisa, Fiocruz e Funasa. Essas instituições formulam o Plano Nacional de Saúde e dialoga com o Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com informações do Ministério da Saúde, a disponibilização de medicamentos pelo SUS é organizada por três segmentos que formam o Bloco de Financiamento de Assistência Farmacêutica, são eles o Básico, Estratégico e Especializado. Os medicamentos oferecidos pelo SUS estão listados na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) disponível no site do Ministério. A lista é organizada por cada município brasileiro, que busca atender às necessidades e características de cada território.

Além desses, o Ministério também conta com o Programa Farmácia Popular desde 2004, em que a Fundação Oswaldo Cruz fornece remédios gratuitos para hipertensão, diabetes e asma, e até 90% de desconto em anticoncepcionais, fraldas geriátricas e remédios para colesterol alto, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, por meio de farmácias e drogarias cadastradas. Para adquirir esses medicamentos, o

---

<sup>3</sup> Descrição oficial do SUS no site do Ministério da Saúde, disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acessado em 8 de abril de 2019.

cidadão precisa ir até às farmácias ou drogarias cadastradas e apresentar um documento oficial com foto, CPF e a receita médica (que pode ser da rede pública ou particular) dentro do prazo de validade.

Uma das críticas ao processo de judicialização da saúde no Brasil está ligada a esse aspecto, pois muitas ações são protocoladas no âmbito federal ou estadual quando deveriam ser direcionadas ao município. Cada cidade possui sua própria RENAME e é a Secretaria Municipal de Saúde a primeira parada obrigatória para dialogar e cobrar quando um medicamento essencial está em falta ou não atende às necessidades dos doentes.

Em outubro de 2017, o Ministério da Saúde inaugurou o Núcleo de Judicialização formado por advogados, farmacêuticos, médicos e servidores administrativos, com o objetivo de analisar, de forma técnica, as ações judiciais que eram protocoladas contra o Ministério a fim de garantir que os procedimentos legais sejam de fato cumpridos: 1) averiguar se o medicamento realmente não está disponível na Assistência Farmacêutica do SUS e 2) comprovar a eficácia do medicamento ou tratamento que será disponibilizado ao paciente.

De acordo com a Assessoria de Comunicação do Ministério,<sup>4</sup> em 2017 foram gastos R\$ 1,02 bilhão para compra de remédios e tratamentos terapêuticos solicitados via ação judicial. Até julho de 2018, o Núcleo identificou incongruências em cerca de sete mil ações. Após solicitarem laudo médico para comprovar os tratamentos e medicamentos indicados aos pacientes, obtiveram 108 desistências.

No último ano, o Ministério da Saúde adquiriu aproximadamente 700 itens entre medicamentos e outros insumos para atendimento a demandas judiciais. Neste ano, até o mês de maio, o Ministério da Saúde já destinou R\$ 290,9 milhões para atender ações judiciais. Do total gasto em 2017, 11 medicamentos correspondem a 92% do valor (R\$ 965,2 milhões). Entre eles estão Soliris (eculizumabe), Vimizim (elosulfase), Translarna (Ataluren) 1000mg e 250 mg, Juxtapid (lomitapida), Replagal (alfagalsidase), Cinryze (Inibidor de C1 esterase), Myalept (Metreleptina) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Além disso, a Assessoria do Ministério também informou que foi estabelecida uma relação de apoio mútuo com o Conselho Nacional de Justiça para que as decisões judiciais se tornem mais qualificadas e baseadas em evidências científicas.

---

<sup>4</sup> Notícia sobre o Núcleo de Judicialização do Ministério da Saúde disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43910-judicializacao-da-saude-no-brasil-e-tema-de-debate-com-autoridade>. Acessado em 11 de abril de 2019.



## 5 PROPOSTAS ESTRATÉGICAS PARA REDUZIR A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Como foi possível perceber, a judicialização e o ativismo judicial não são sempre uma fonte de problemas, são positivas na medida em que se percebe uma maior conscientização da população brasileira acerca de seus direitos e dos deveres do Estado, bem como demonstram que o acesso à informação também favoreceu que mais pessoas pudessem recorrer aos órgãos do Judiciário em busca de justiça.

Porém, vale lembrar um destaque feito por Barroso (2008, p.30) para a judicialização: “ela não decorre da vontade do Judiciário (como nos casos de ativismo judicial), mas sim do constituinte”. Nesse caso, como reduzir a judicialização na área da saúde, no Brasil?

Para os pesquisadores Maria Célia Delduque e Eduardo Vazquez de Castro (2015), o aumento das ações judiciais contra o Estado para conquistar o acesso a bens e serviços de saúde no Brasil revela um descompasso entre os sistemas político e jurídico, uma deficiência desses poderes em garantir direitos sociais. Eles explicam que a assistência jurídica gratuita aos mais pobres como forma de garantir um meio legal para que essas pessoas reivindiquem seus direitos é uma forma de Direito e ganhou reforço com a criação da Defensoria Pública. Porém, existe um déficit na quantidade de defensores públicos perante o grande número de demandas (no Brasil existem cerca de 10.500 profissionais) que ocasiona uma fila de espera e impede muitas pessoas de utilizarem esse serviço.

Outra forma são o que eles chamam de “direitos difusos”, que ocorrem quando conflitos por interesses difusos chegam ao Poder Judiciário, mas este ainda não possui bibliografia e nem precedente para julgar, ou seja, se concedido será considerado um direito novo. Nesse sentido, aparece também o termo “class action”, determinando que a decisão produza efeitos sobre todas as pessoas envolvidas com aquele tema, independente de terem participado ou não do processo. Segundo os autores, o tipo de ação que defende os direitos difusos é chamado de Ação Civil Pública.

A saúde pública é um direito difuso, no entanto, não se tem notícia de Ações Cíveis Públicas ou mesmo ações coletivas que cheguem aos tribunais para tratar de modo generalizado de temas que afetem a saúde das pessoas, indistintamente (DELDUQUE e CASTRO, 2015, p.508).

Porém, muitas vezes os juízes não conseguem decidir da melhor forma esses conflitos porque não conhecem a área à que o tema está relacionado e seus contextos, ou seja, não tem conhecimento específico do processo que está sob sua jurisdição. Por isso, ao aplicar a lei exercendo sua função “jurisdicional”, acabam decidindo sobre assuntos que seriam da alçada do sistema político, por exemplo. E essa atuação jurisdicional influencia diretamente na judicialização de casos ligados à administração e economia.

No caso da saúde, muitos juízes não são conhecedores das políticas públicas que deram origem ao SUS e acabam tomando decisões que não solucionam de fato a questão de garantir o acesso aos serviços públicos de saúde e seus bens. Em vez disso, geram uma série de contradições e incongruências no sistema jurídico, permitindo que poucas pessoas em posições sociais e econômicas privilegiadas disfrutem do acesso aos tribunais e deixando de fora aqueles que mais necessitam.

Para termos uma ideia do que representa esse elevado número de ações judiciais, os gastos, em 2012, somente em medicamentos, sem levar em conta as despesas com a efetiva aquisição dos mesmos, o transporte e a efetiva entrega, seguro e quando não a importação, chegaram a R\$ 243.954.000,00 (ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO, 2012). São aquisições não programadas, não pertencentes ao normal planejamento do setor da saúde, que podem resultar em gastos extraordinários com processos administrativos de dispensas de licitação. Tais situações acabam por concorrer com o normal abastecimento do SUS, acarretando uma irregular divisão de esforços materiais, humanos e orçamentários para atender à judicialização. O mesmo se passa no Poder Judiciário. O novo afluxo de processos na área de direitos sociais, entre eles, os da saúde, fez com que a jurisdição tivesse um aporte maior no já sobrecarregado sistema judicial (DELDUQUE e CASTRO, 2015, p. 509).

Pensando nisso, os pesquisadores propõem um investimento no movimento de conciliação que já vem sendo executado pelo Ministério da Justiça. Segundo Delduque e Castro (2015), o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) está preparando e formando profissionais para atuarem como mediadores por meio da Escola Nacional de Mediação e Conciliação (ENAM). Aderir a uma proposta de mediação e resolução alternativa de conflitos é uma maneira de criar, a longo prazo, uma cultura de pacificação e consenso em torno de soluções ao invés de brigas na justiça.

Os autores acreditam que a solução pacífica e em consenso é sempre a melhor opção, principalmente em termos econômicos, uma vez que desafoga a necessidade de utilização da estrutura e aparato judicial. Esses modelos têm sido fortalecidos e reconhecidos legitimamente como espaços de solução de disputas sociais pela

própria população, pois promove a conscientização política e também a participação do povo. Os pesquisadores destacam a Política Nacional de Participação Social estabelecida pelo Decreto 8.243/2014 que realiza Mesas de Diálogo.

Assim, eles defendem que existem três maneiras de solucionar conflitos e reduzir a judicialização na área da saúde:

a) as resoluções estatais – ou heterocomposição dos conflitos, como são hoje conhecidas as decisões judiciais; b) as resoluções estatais negociadas com as partes – ou autocomposição –, realizadas no âmbito jurisdicional, prévia ao início do processo ou no âmbito de órgãos auxiliares da justiça, como o Ministério Público, a Defensoria Pública e a Advocacia Geral da União; e c) a resolução dos conflitos – ou autocomposição dos conflitos –, em âmbitos extrajudiciais, privados ou não (DELDUQUE e CASTRO, 2015, p. 511).

Uma das primeiras estratégias indicadas por Oliveira, Delduque e Sousa et. al (2015) para evitar os tribunais e focar na solução é a busca por conhecer melhor os serviços já oferecidos à população por meio dos programas federais, estaduais e municipais. Como eles apontaram em sua pesquisa, a maioria dos medicamentos e tratamentos terapêuticos solicitados via judicial já estão na lista dos que são oferecidos gratuitamente pelo SUS. Mas aparecem nas petições judiciais como solicitações em caráter de urgência, pois na dificuldade em encontrar os remédios pela Assistência Farmacêutica, as pessoas doentes correm risco de perder a vida.

A população precisa se conscientizar sobre seu poder de fiscalizar e cobrar seus direitos fundamentais, garantidos na Constituição, visando a execução efetiva dos programas que já estão em funcionamento. O SUS é um programa pensado, planejado e construído por meio da participação democrática de diversos grupos sociais por meio das Audiências Públicas, e se as pessoas não estão obtendo tratamento adequado e nem encontrando os medicamentos que deveriam estar à sua disposição gratuitamente, então, esse é o problema fundamental. Buscar esse direito na justiça é uma ação de reparação a um serviço que não está sendo efetivado. O Estado não está cumprindo com sua função, e esse é o primeiro problema a ser enfrentado.

Maria Oliveira (2013) observa que, somente em 2010, mais de 240 mil ações estavam ajuizadas ou em tramitação no setor de saúde no Brasil. Para ela, essa situação provoca um aumento nos gastos com a operação e ampliação do sistema judiciário ao mesmo tempo em que não significa que haverá uma melhoria na velocidade da tramitação dos processos.

Como forma de resolver essa equação, a autora defende que haja um investimento na mediação de conflitos, com a criação de um sistema extrajudicial para resolução de brigas na saúde de forma mais rápida, com consentimento das partes envolvidas para evitar a burocratização e melhorar a eficiência na prestação dos serviços públicos.

Existem no Estado brasileiro ensaios de mediação nos conflitos sanitários, de forma não sistematizada. A mediação é um procedimento consensual de solução de conflitos, por meio do qual uma terceira pessoa imparcial e escolhida ou aceita pelas partes, age no sentido de encorajar e facilitar a resolução de uma divergência. As pessoas envolvidas nesse conflito são as responsáveis pela decisão que melhor as satisfaça. Assim, a mediação representa um mecanismo de solução de conflitos pelas próprias partes, que, movidas pelo diálogo, encontram uma alternativa ponderada, eficaz e satisfatória, sendo o mediador a pessoa que auxilia na conciliação desse diálogo (OLIVEIRA, 2013, p.87).

Oliveira (2013) apresenta um estudo de caso da Defensoria Pública do Distrito Federal para justificar sua sugestão. Na situação descrita, observou-se que a maior parte das ações era ajuizada pela Defensoria Pública e, por isso, decidiram criar um sistema de resolução desses conflitos estabelecendo uma mediação entre o cidadão e a Secretaria de Saúde. “Através de contatos telefônicos, e-mails e envio de ofícios, expõe a situação do cidadão, seu direito, a obrigação do Poder Público e, finalmente, enfatiza os benefícios de uma solução extrajudicial para ambas as partes” (Oliveira, 2013, p. 88).

O resultado desta nova forma de atendimento ao cidadão foi comprovado por meio de uma pesquisa realizada entre janeiro e agosto de 2012:

Conforme estatística do Núcleo de Saúde da Defensoria Pública, de janeiro a agosto de 2012, foram realizados 7.497 atendimentos, destes, apenas 567 foram peticionados judicialmente, constatando assim a eficácia da mediação como alternativa eficaz para a solução dos conflitos sanitários, atendendo a necessidade do cidadão de forma célere e eficiente<sup>15</sup>. Como os pacientes procuram a Defensoria Pública logo após a negativa de seu pleito pela Secretaria de Saúde, quando há uma significativa demora no atendimento ou orientados pelo médico que os atendeu, a mediação evita que o paciente que aguarda na fila o seu atendimento seja passado para trás pelo adquirente do serviço de saúde por decisão judicial (OLIVEIRA, 2013, p. 88).

Segundo Oliveira (2013), essa iniciativa deu tão certo que a Defensoria Pública do Distrito Federal passou a promover encontros com representantes da Procuradoria Geral e da Secretaria de Saúde para criarem a Câmara de Mediação de Solução dos Conflitos na Saúde a fim de mediar as demandas dos cidadãos junto ao SUS.

Gouvêa (2003) também sugere outra ação para minimizar a judicialização da saúde, a criação de Fundos que possam cobrir os gastos com os processos da saúde. Segundo o autor, os recursos dos Fundos que já existem são originários de multas administrativas e judiciais “decorrentes da inobservância de direitos transindividuais”. Seriam aplicados nos casos em que a Administração Pública assume que não consegue viabilizar o direito urgente, como a prestação de tratamentos terapêuticos ou fornecimento de medicamentos, porque não possui orçamento. Então, a Justiça autorizaria a utilização do Fundo, como recurso de emergência, ficando o réu obrigado a ressarcir o valor tão logo seja possível e até mesmo deixando uma reserva no próximo orçamento para este fim.

Superada a situação emergencial com o fornecimento da medicação, o poder público trataria de recompor o Fundo financiador, providenciando, para o orçamento subsequente, a verba necessária. Ainda sobre o fundo, deve-se opor veemente crítica à tentativa, levada a cabo por alguns governantes, de tornar os fundos o cofre preferencial de onde saem os recursos para a realização de prestações ordinárias, de incumbência do ente central. As sedes dos Conselhos Tutelares, escolas, hospitais, medicamentos etc. devem ser custeados com recursos do orçamento fiscal e da seguridade social dos Municípios, Estados e da União, e não dos Fundos, cuja atuação deve ser sempre subsidiária. Este ressarcimento do Fundo, como é evidente, já não se revestiria do mesmo caráter dramático, uma vez que o bem da vida tutelado já estaria garantido (GOUVEA, 2003, p.47).

Dessa forma, o autor acredita que seria possível atender às pessoas doentes que têm urgência em receber o tratamento ou o medicamento específico sem comprometer a gestão administrativa e financeira do Estado.

Messeder et al (2005) também realizou um estudo das ações judiciais para garantir acesso a medicamentos no Rio de Janeiro, entre 1991 e 2001. Analisando os resultados, fica claro que também é muito importante melhorar os processos de gestão dos recursos públicos na saúde. Ela observou que a maioria das ações tinham o estado como réu, porém, de acordo com as normas da Administração Pública, deveriam ser responsabilidade dos municípios. Uma vez que o Estado do Rio de Janeiro é acionado pela Justiça, ainda que não seja de sua competência, ele fica obrigado a atender a demanda e fornecer os medicamentos pleiteados. Porém, essa situação ocasiona na desobrigação do município que deveria ser referido, no enfraquecimento do SUS e no uso indevido dos recursos financeiros da Assistência Farmacêutica Estadual, gerando impacto negativo para outras ações de competência estadual.

A pesquisa também indica que os cidadãos não estão bem informados sobre a quem devem recorrer e como garantir a efetivação de seus direitos.

Os cidadãos, por outro lado, parecem totalmente desorientados no que tange aos pleitos. Compreende-se que a missão constitucional dos governos é de atender às necessidades da população; porém, a falta de esclarecimento, inclusive da defensoria pública, quanto à divisão de responsabilidade entre os gestores, parece não assegurar a melhoria de acesso aos medicamentos pelo cidadão além de impedir a concretização da descentralização (MESSEDER ET AL., 2005, p. 533).

Ela indica ainda que é de suma importância que os órgãos responsáveis por conduzir e julgar as ações adotem uma atitude de forte preocupação e atenção uso racional dos remédios, além de buscarem se antever aos possíveis problemas gerados por má indicação de medicamentos e uso descontrolado. A pesquisa revela também uma considerável alternância nos medicamentos solicitados ao longo dos anos, o que sugere a adoção de novidades terapêuticas pelos profissionais que as prescrevem que não estão listadas nos protocolos clínicos.

Ou seja, a judicialização da saúde esconde uma série de procedimentos inadequados e desinformação que precisam ser revistos desde a gestão do orçamento público, passando pela atuação dos profissionais que atuam na saúde pública e dos médicos que prescrevem os medicamentos e tratamentos terapêuticos, até os cidadãos que sem saber a quem recorrer e movidos pelo desespero em sanar a saúde buscam a todo custo conseguir fazer valer os seus direitos. Não que a população esteja errada em buscar a justiça para garantir o direito à vida que é expressamente dever do Estado como está na Constituição de 88. Mas é necessário conhecer melhor o funcionamento das muitas instâncias governamentais, suas hierarquias e responsabilidades, a fim de fugir da burocracia e conseguir soluções efetivas de maneira célere.

A Defensoria Pública, como instância de primeiro contato e atendimento ao cidadão, deve investir nas soluções dos conflitos via diálogo, ajudando a população a entender melhor seus direitos, conhecer o que já está determinado para os postos de saúde e atendimento integrado do SUS, e a cobrar dos reais responsáveis a prestação dos serviços com qualidade e eficiência. Além disso, é de fundamental importância que o planejamento de ações no que se refere à saúde, bem como na gestão dos programas que já existem e foram criados com a ajuda de diversos atores sociais nas instâncias de consulta pública sejam valorizados e melhor geridos.

A Mediação Sanitária é o modelo mais defendido por Delduque e Castro (2015), tendo em vista essas experiências positivas relatadas. Mas os autores também defendem que o melhor mesmo é que o SUS possua um mecanismo de autoavaliação constante, como forma de antever problemas e resolver antecipadamente, evitando que a situação gere problemas aos usuários do sistema e incorra em processos judiciais. Eles acreditam que é necessária uma postura inteiramente renovada de toda sociedade, incluindo a população, os políticos, juízes e profissionais de saúde.

É preciso inculcar uma nova prática, uma nova cultura no âmbito do SUS. Uma vigilância permanente dos conflitos sanitários, que pode ocorrer de muitos modos. A construção de núcleos de Mediação Sanitária, no âmbito das Secretarias de Saúde, em todos os níveis, para operar a Mediação interna ao sistema e externa com seus usuários, há de ser um novo paradigma a substituir a litigância e a judicialização. Aos órgãos do Poder Judiciário, que têm se esforçado enormemente para diminuir a litigância na saúde, que implementem, igualmente, a conciliação prévia, como já previsto no Código de Processo Civil. É preciso, ainda, questionar a formação do bacharel em direito que se submete ao concurso de juiz; o membro do Ministério Público ou o Defensor Público sobre o seu modo tradicional, litigioso e adversarial de operar o direito (DELDUQUE e CASTRO, 2015, p.512).

Nesse sentido, segue também a reflexão do advogado Guilherme Dias Gontijo (2010) em seu artigo “A judicialização do direito à saúde”. O advogado e pesquisador acredita que ao tratar do tema “acesso universal e integral à saúde” é importante considerar que é condição fundamental para a existência de políticas públicas que elas sejam vinculadas à prestação de contas sobre o orçamento autorizado pelas entidades da Federação. Essa avaliação periódica é o instrumento do qual se valem os gestores públicos para analisar se as decisões políticas estão sendo eficazes e atendendo às necessidades coletivas. Além disso, ele considera um erro pensar que negar judicialmente a disponibilidade de certo medicamento configura que o Estado está negando o direito do cidadão à saúde.

Não se justifica a consecução de plena assistência individual de um direito fundamental mediante violação de dispositivos legais e normativos estabelecidos para efetivar essa garantia a todos. A distribuição gratuita de medicamentos, em especial, deve realizar-se segundo diretrizes de saúde básica, com o fim de atender o maior número possível de pessoas, sendo, por isso, necessária a realização de planejamento econômico baseado na avaliação da assistência farmacêutica a ser empreendida (GONTIJO, 2015, p.610).

Para Gontijo, a solução ideal é que o Estado concretize sua função de garantir os direitos fundamentais de todos os cidadãos e ofereça serviços de saúde

qualificados e eficazes para todos os brasileiros, sem exceção. Um modo de efetivar esse ideal, na visão do autor, é a revisão das regras do programa de assistência farmacêutica e também dos critérios utilizados para monitorar as políticas públicas de saúde, baseando todos em evidências científicas e resultado de pesquisas comprovadas e reconhecidas, “visando garantir o efetivo uso e acesso racional às tecnologias ou aos medicamentos, evitando-se, igualmente, que o acesso a serviços de saúde se transforme em mais um fator de iniquidade” (Gontijo, 2015, p. 610).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cidadania política e civil, de um lado, e a social, de outro, têm diferentes pressupostos, lógicas e formas organizacionais. As duas primeiras coincidem, em linhas gerais, com os direitos de representação e participação e nascem na era moderna, ligados a um processo de autonomização das esferas social e política em relação à esfera econômica.

Suas regras legais são instrumentais, definem modalidades de ação e comportamento, mas não atribuem meios a cada um para atingir seus próprios fins. Mas a lógica dos direitos sociais é interdependente com a economia. Ao restabelecer o caráter comunitário dos recursos que constituem a riqueza nacional, eles tornam os fins da justiça decisivos para definir os instrumentos e procedimentos relevantes. A objetivação e formalização da cidadania social, portanto, envolve a questão de quem decide, como é decidido e por que é decidido.

Os direitos são indivisíveis, tanto no sentido ético como prático, na medida em que se reforçam mutuamente. Direitos civis e políticos são indispensáveis para controlar o cumprimento das obrigações emanadas dos direitos sociais. Porém, a exigibilidade dos direitos sociais, econômicos e culturais é incrementada ao longo do tempo e requer o aprimoramento das instituições, a ampliação do fornecimento de recursos e o avanço da redistribuição e inclusão social. Como os recursos são escassos, é necessário priorizar sua utilização sem perder de vista as garantias mínimas. O ideal seria que essas garantias mínimas sejam estabelecidas democraticamente por meio de um processo de acordo político com a população, a fim de reduzir as tensões entre os aspectos judiciais e políticos da aplicabilidade.

Encarnados em um corpo jurídico consistente e operativo, os direitos estabelecem padrões imperativos para a sociedade como um todo e, correlativamente, situações inadmissíveis. Os instrumentos jurídicos podem contribuir para a sociedade, assumindo os valores de solidariedade e reciprocidade; mas a judicialização dos direitos sociais não deve ser exagerada. Mesmo ao desabafar interesses coletivos, o processo judicial, por sua natureza, tende a evitar a multiplicidade de fatores ligados ao desenho de uma política social. As atribuições centrais em matéria de cumprimento de direitos e a formulação de políticas sociais de grande envergadura e âmbito de longo prazo são a primavera dos poderes políticos, papel que a judicialização não tem que suplantar.

O direito à saúde compõe a classe de direitos fundamentais garantidos a todo brasileiro na Constituição de 1988, e o Estado é responsável por fazer valer esta lei. Quando o governo falha em garantir o acesso aos direitos à população, os cidadãos precisam dispor de meios para cobrar o que lhes pertence.

Os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, apesar de serem independentes, coexistem e devem trabalhar em conjunto para que o sistema político e democrático do país funcione em equilíbrio, visando o bem-estar das pessoas em todos os aspectos da vida. Contudo, os noticiários constantemente divulgam fraudes e corrupção endêmica instalada em todas as áreas e âmbitos do sistema e indicam que o interesse público tem deixado de ser o foco para dar lugar aos interesses pessoais e mercadológicos. Essa disputa de interesses fica muito clara quando o assunto é a saúde, pois apesar dos esforços coletivos de vários atores sociais para formar e consolidar o Sistema Único de Saúde, ele está sob constante ameaça com a má gestão de seu orçamento.

Esta pesquisa, por meio da análise de vários estudos sobre o tema, trouxe à tona aspectos positivos e negativos da judicialização na saúde. É favorável e positivo notar que os brasileiros estão cada vez mais conscientes de seus direitos e buscando garantir que sejam respeitados, inclusive por meio dos processos judiciais. Abandonar a passividade e se colocar como ator ativo na consolidação dos direitos fundamentais é também um dever como cidadão que vive em um regime político democrático. No entanto, notamos também que esse discurso ficou conhecido e passou a ser muito bem utilizado por empresas privadas, pela indústria farmacêutica e por profissionais da medicina e do direito que tem interesse em lucrar à custa do governo.

A judicialização da saúde, em si, não é o maior problema. Não é ruim que os cidadãos procurem a justiça quando se sentem lesados e queiram buscar as maneiras legais para isso. Mas é péssimo que este caminho esteja subutilizado, que o Estado e o SUS percam altas somas de dinheiro para responder a solicitações que não são primordiais e nem a última saída para manter a vida de pessoas doentes. Ao final da pesquisa, é possível concluir que o mais urgente é um retorno à ética e ao respeito à vida, acima dos valores do capital.

O mercado como troca de bens e serviços tem em sua origem a necessidade das pessoas, e o desenvolvimento tecnológico e científico tem em sua base a busca por encontrar soluções que melhorem a vida da população. Sendo assim, são necessárias ações em conjunto para buscar as melhores resoluções diante dos

desafios que os brasileiros enfrentam no tocante à saúde. Incentivar a participação e criação de orçamentos participativos com presença da população, fiscalização e avaliação constante da execução dos programas e políticas públicas, bem como monitoramento das doenças e epidemias para que as ações políticas estejam em consonância com as reais necessidades das pessoas e adequadas às suas regionalidades e territórios, investimento em pesquisa e tecnologia na produção de fármacos e fórmulas de medicamentos que venham para solucionar esses problemas e diálogo.

Especialmente, deve haver investimento em diálogo e participação para que todos tenham conhecimento de cada serviço disponível, das divisões do setor público para que saibam exatamente a quem recorrer e em qual setor devem ser feitas as cobranças de modo a evitar que problemas que poderiam ser resolvidos no próprio município sejam federalizados, incorrendo em mais burocracia, demora e gasto de dinheiro público e privado.

## REFERÊNCIAS

BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. Anuario iberoamericano de justicia constitucional, n. 13, p. 17-32, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2011, 291 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no sistema único de saúde**. 2. ed. Brasília- DF, 2006.a

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no sistema único de saúde SUS**. Brasília: Ministério da saúde, 2006.b

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. 1990. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)>. Acesso em: 22 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o Controle Social na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 182 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS participa SUS**. 2.ed. Brasília-DF, 2009.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências do sistema único de saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 1, n. 7, jun. 2002.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 8, p.237-271, s/d. 2013.

DE SOUZA MACHADO, Felipe Rangel. **Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil**. Revista de Direito Sanitário, v. 9, n. 2, p. 73-91, 2008.

DELDUQUE, Maria Célia; CASTRO, Eduardo Vazquez de. **A mediação sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil**. Saúde em Debate, v. 39, p. 506-513, 2015.

DIEGUES, Geraldo César. O controle social e participação nas políticas públicas: o caso dos conselhos gestores municipais. **Nau Social**, Portugal, v. 4, n. 6, s/p. mai./out. 2013.

GARAVITO, César Rodríguez. **La judicialización de La salud: síntomas, diagnóstico y prescripciones**. La salud en Colombia, p. 507, 2012.

GONTIJO, Guilherme Dias. **A judicialização do direito à saúde**. Rev Med Minas Gerais, v. 20, n. 4, p. 606-611, 2010.

GOUVÊA, Marcos Maselli. **O direito ao fornecimento estatal de medicamentos.** Revista forense, v. 370, p. 103-134, 2003.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, Rio de Janeiro, 2004.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S; LUIZA, V. L. **Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 525-534, 2005.

NETO, Campos et al. **Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil.** Revista de saúde pública, v. 46, p. 784-790, 2012.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes et al. **Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?.** Saúde em Debate, v. 39, p. 525-535, 2015.

PEREIRA, A. L. et al. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/dad/cartilha/cartilha.pdf>> Acesso em: 23 out. 2019.

ROLIM, L. B. *et al.* Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p.139-147, jan./mar. 2013.

STEDILE, N. L. R.*et al.* Contributions of national health conferences to the definition of public environmental and health information policy. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio Grande do Sul, v. 10, n. 20, p.2957-2971, 2015.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira; CARPINTERO, Maria do Carmo Cabral. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, supl. 1, p. 244-252, maio 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500021&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500021>

VENTURA, Miriam et al. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 20, p. 77-100, 2010.

VIDOTTI, Carlos Cezar Flores; CASTRO, Lia Lusitana Cardozo de; CALIL, Simone Saad. **New drugs in Brazil: do they meet Brazilian public health needs?** Revista Panamericana de Salud Publica, v. 24, p. 36-45, 2008.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. **Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil.** Revista de Saúde Pública, v. 41, p. 214-222, 2007.