

## A política pública de medicamentos e sua judicialização <sup>1</sup>

Nairo Lopes, Ms.

*nairo\_direito@hotmail.com, UNIFAL-MG, Brasil*

Lincoln Frias, Dr.

*lincolnfrias@gmail.com, UNIFAL-MG, Brasil*

---

### Resumo

O direito à saúde é um direito de grande importância no sistema de seguridade social brasileiro, devendo ser garantido por políticas econômicas e sociais. Apesar disso, muitas necessidades de saúde não encontram amparo nas prestações fornecidas pelo Estado, surgindo a necessidade dos cidadãos recorrerem à justiça para vê-las satisfeitas, o fenômeno conhecido como “judicialização das políticas de saúde”. Quando tribunais passam a dizer a quais prestações na área da saúde as pessoas têm direito, os parâmetros de decisão utilizados podem destoar dos adotados nas instâncias políticas (executivo e legislativo). O presente artigo analisa a judicialização do direito à saúde considerando as diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde e a organização institucional da política de fornecimento de medicamentos. Utiliza a metodologia descritiva baseada na análise de conceitos. Conclui-se que a judicialização do direito à saúde é um problema que envolve diversas arenas de decisão e áreas de conhecimento, dessa maneira, boas decisões requerem canais de diálogo bem formados, de modo a resguardar a efetividade desse direito social de maneira financeiramente sustentável e de acordo com os princípios que regem o sistema de saúde.

*Palavras-Chave:* política pública de medicamentos - direito à saúde – judicialização das políticas de saúde.

### Abstract

The right to health is a central right in the Brazilian social security system and must be warranted through economic and social policies. Nonetheless, many health needs do not find a place in the services offered by the state, stimulating citizens to look for the Judicial Power to satisfy them, the phenomenon known as “judicialization of health policy”. When the courts begin to decide which health services should be counted as rights, the parameters employed in the decision may conflict with those employed in the political forums (the Executive and Legislative powers). This article analyses the judicialization of the right to health considering the principles that guide the Sistema Único de Saúde and the institutional framework of the policy of prescription drugs supply. Uses descriptive methodology based on the analysis of concepts. The main conclusion is that the judicialization of the right to health is an issue that involves many forums of decision and many areas of knowledge, thus good decisions demand well-functioning dialogue channels, to warrant the effectiveness of this social right in a financially sustainable way and in accordance with the principles that guide the health system.

*Keywords:* prescription drugs public policy – right to health – judicialization of health policy.

---

<sup>1</sup>Histórico do Artigo: Recebido em 9 de agosto de 2014. Aceito em 01 de dezembro de 2014. Publicado online em 5 de março de 2015.

---

## 1. Introdução

Um fenômeno comum nas democracias contemporâneas é o uso cada vez maior que as pessoas fazem do Poder Judiciário para a obtenção de direitos de natureza social, como o direito à saúde. Milhares de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) recorrem à justiça todos os dias buscando obter gratuitamente os mais variados cuidados em saúde, sendo uma demanda recorrente a de medicamentos, inclusive aqueles não previstos nas listas do SUS. Esse fenômeno é conhecido, em sua generalidade, como judicialização do direito à saúde ou da política pública de saúde. Havia até 2011 cerca de 240 mil processos na justiça brasileira com a finalidade de obter alguma prestação na área da saúde (medicamentos, tratamentos, internações etc.) (BRAGA, 2011). Segundo a Advocacia Geral da União (2012), o Ministério da Saúde havia despendido em 2012 quase 350 milhões de reais para atender às decisões judiciais.

O dilema enfrentado na prestação dos serviços de saúde e na judicialização é o de conciliar a distribuição equitativa dos recursos financeiros e não financeiros escassos e atender às demandas da sociedade, que são infinitas, o que implica em buscar o equilíbrio entre o direito coletivo e o direito individual à saúde. As respostas a esse problema podem ser divididas em dois polos: de um lado, se levam em consideração os impactos administrativos, orçamentários e sociais que as ações judiciais causam, pois se afirma que a judicialização pode beneficiar alguns - que acessam o Judiciário - em detrimento de muitos outros usuários do sistema de saúde; de outro, afirma-se que a via judicial é considerada um importante meio de acesso dos cidadãos às prestações de saúde, seja pela recusa ou demora ilegítima do Estado em fornecer determinados cuidados de saúde, seja para a obtenção de tratamentos, medicamentos ou procedimentos imprescindíveis à manutenção da vida do paciente, ainda que não façam parte do rol de prestações do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este artigo objetiva definir as principais características do sistema de saúde brasileiro, discorrendo sobre a política pública de assistência farmacêutica e seu ciclo. Pretende também definir o que se entende por judicialização da política de saúde, e apontar as suas principais implicações para a gestão da saúde pública.

Para atingir esses objetivos, o artigo se divide em dois tópicos centrais, nos quais se discute, inicialmente, a organização do sistema de saúde brasileiro e, com maior ênfase, a política de assistência farmacêutica. Após, a abordagem se foca nos contornos da judicialização da política pública de saúde e suas implicações para a gestão pública, destacando, finalmente, a necessidade de canais de diálogo entre as diversas instâncias decisórias (legislativas, executivas e judiciárias) com o fim de atender às diretrizes do sistema de saúde brasileiro.

## 2. A organização da política pública de assistência farmacêutica no sistema de saúde brasileiro

O sistema de saúde é o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que conduzem os processos de concretização do direito à saúde por meio de organizações, regras e serviços, destinados a alcançar os resultados condizentes com a noção de saúde em uma sociedade. A configuração dos sistemas de saúde é diversa em cada país, mas, de modo geral, possuem como objetivo comum lidar com os problemas relativos à saúde enfrentados pela sociedade, desde alimentação, saneamento, cuidados específicos de saúde, até a proteção do meio ambiente, contexto em que assumem importância as discussões sobre os determinantes sociais de saúde, que se referem a todos os fatores sociais que condicionam a saúde de uma população (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

A origem histórica das políticas de proteção social no mundo está no processo de industrialização do século XIX, que gerou movimentos de protesto e mobilização política que denunciavam a contradição entre a igualdade abstrata diante da lei e a condição real de exclusão em que estava imersa boa parte da sociedade trabalhadora na época. A resposta a tais manifestações veio com a garantia dos direitos sociais, cujas prestações são dependentes da ação

estatal, a qual caracterizou os estados de bem-estar social (*welfare states*) (FLEURY; OUVÉNEY, 2012; DALLARI, 2010).

Essa ação estatal se materializa na política pública, que traduz a forma pela qual o Estado interfere na realidade social visando produzir determinado resultado. O resultado, muitas vezes, é a própria garantia de um direito social, a exemplo da moradia, do trabalho, da alimentação, da segurança, da saúde etc. Quando, a partir da atuação do Estado, o cidadão tem acesso ao medicamento ou ao tratamento adequado à sua necessidade de saúde, é possível afirmar que a política pública foi devidamente executada.

No Brasil, a saúde também não foi sempre vista como um direito social universal (para todos). Somente nos anos 1930 houve a expansão do sistema de proteção social, embora de forma desigual e fragmentada. E até a criação do SUS, em 1988, ela não era acessível a todos os cidadãos sem vínculo empregatício e era vinculada à previdência social e seu orçamento (PAIM et al., 2011). O cenário modificou-se substancialmente com a redemocratização na década de 1980. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) abordou temas como a equidade, o acesso universal e igualitário, o aumento do financiamento público e dos poderes de participação da sociedade, dentre outros temas, construindo as bases para a criação do SUS (SCOREL, 2012).

O sistema de saúde brasileiro atual é misto, pois conjuga organizações públicas e privadas, que formam cada qual um subsistema próprio. Paim et al. (2011) dividem o sistema em três subsetores: o público, com serviços financiados e providos pelo Estado nos três níveis de governo; o privado, financiado por recursos públicos e privados; e o suplementar, integrado por planos e seguros privados de saúde. O SUS, que representou a grande conquista do Movimento de Reforma Sanitária idealizada na 8ª Conferência, começou a ser implantado no início dos anos 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde - LOS (BRASIL, 1990).

O SUS ocupa o papel de condutor da política pública de saúde no Brasil. Seus princípios e diretrizes orientam a ação de órgãos públicos de saúde em todo o território nacional, incorporando em sua estrutura espaços e instrumentos para a democratização da gestão e do processo de tomada de decisões (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990). Os principais princípios do SUS, estabelecidos por sua Lei Orgânica, são: a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; a igualdade, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a integralidade; a participação da comunidade; e a descentralização político-administrativa.

### 2.1. A política de assistência farmacêutica

A política de acesso a medicamentos no Brasil é parte das ações e serviços que compõem o direito à saúde. Embora os medicamentos, isoladamente, não sejam capazes de atuar sobre todos os determinantes da saúde da população, eles se configuram como um bem importante na política pública de saúde, pois são largamente utilizados e empregados tanto na prevenção quanto no diagnóstico e tratamento de enfermidades.

A análise do acesso e do uso de medicamentos pela população brasileira comporta diversos enfoques. Considerando o objeto deste artigo, optou-se por apresentar a estrutura e a organização da política pública de medicamentos no Brasil para, posteriormente, analisar sua judicialização. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), dentre os serviços mais utilizados no SUS, a assistência farmacêutica está em segundo lugar, atrás apenas das consultas médicas. O medicamento é o principal gasto que as famílias brasileiras possuem com relação à saúde (GARCIA et al., 2013), qualificando-se, em contrapartida, como importante elemento na promoção da melhoria das condições de vida das pessoas.

A assistência farmacêutica existe como política pública no Brasil desde 1930, quando a venda de medicamentos passou a ser obrigação das instituições previdenciárias vinculadas ao Instituto de Aposentadorias e Pensões (BERMUDEZ; OLIVEIRA; LUIZA, 2012). No entanto, há quem identifique o seu surgimento como obrigação do

Estado somente em 1971, com a criação da Central de Medicamentos (CEME), sendo responsável pela assistência farmacêutica até o ano de 1997, época em que suas atribuições se transferiram para órgãos do Ministério da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011). A Lei Orgânica da Saúde, de 1990, incluiu dentre as ações do SUS a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (art. 6º, I, *d*), e como campo de atuação a formulação da política de medicamentos (art. 6º, VI), concluindo que os medicamentos integram o direito a cuidados de saúde (BRASIL, 1990).

A partir de 1998, o acesso a medicamentos pela população brasileira passou a ser regulado pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada pela Portaria n. 3.916/98, do Ministério da Saúde, com o propósito de garantir a segurança, eficácia e qualidade dos produtos; a promoção do uso racional; e o acesso da população a medicamentos considerados essenciais. Suas principais diretrizes são o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária. Ela se configura como o documento oficial do Estado ao expressar o compromisso com a regulação do setor farmacêutico e com a promoção do uso racional e do acesso da maioria da população a medicamentos essenciais de comprovada qualidade, eficácia e segurança (BRASIL, 2001).

Alguns conceitos fundamentais da PNM merecem ser destacados, dentre eles o de uso racional e de medicamentos essenciais. A racionalidade é o processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade. Já os medicamentos essenciais são aqueles destinados a atender às necessidades de saúde comuns e prioritárias da população (OMS, 2002).

A fim de consolidar a assistência farmacêutica no SUS, o Ministério da Saúde, por meio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), elaborou em 2004 a Resolução n. 338, criando a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que estabelece políticas intersetoriais, como: políticas de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial, formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao SUS, envolvendo tanto o setor público como o privado de atenção à saúde (BRASIL, 2006a). Na PNAF, a assistência farmacêutica é definida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, individual ou coletivamente, tendo o medicamento como insumo essencial, visando ao acesso e ao seu uso racional.

A descentralização da gestão e o compartilhamento de competências na área da saúde (art. 23 da Constituição de 1988) aplica-se também à assistência farmacêutica, pois cada ente deve elaborar as suas próprias listas de medicamentos (BARROSO, 2009). Assim, cabe ao gestor federal do SUS tanto a elaboração da PNM quanto a elaboração da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que compreende os produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias da população, respeitadas as diferenças regionais. A RENAME deve ser revista permanentemente, garantindo sua atualização contínua com a finalidade de atingir a segurança, a eficácia terapêutica, a qualidade e a disponibilidade dos produtos. A revisão deve ser feita pelos órgãos do Ministério da Saúde com a participação dos gestores estaduais e municipais, que implementam essa política, aliados a instituições científicas que atuam na área farmacêutica.

Já em nível estadual são fornecidos medicamentos que integram o denominado Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE), conforme dispõe a Portaria n. 2.577/GM, de 2006 (BRASIL, 2006b). Nesse componente inserem-se medicamentos destinados ao tratamento de agravos de saúde que se identifiquem com os seguintes critérios: (a) doença rara ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado; e (b) doença prevalente, com uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado desde que haja tratamento previsto para o agravo no nível da atenção básica, ao qual o paciente apresentou necessariamente intolerância, refratariedade ou evolução para quadro clínico de maior

gravidade, ou o diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estejam inseridos na atenção especializada.

Nesse sentido, o fornecimento de medicamentos que integram o CMDE deverá obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação e tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PC/DT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde para os medicamentos de dispensação excepcional, de abrangência nacional.

O PC/DT é detalhado por um documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS. Tais protocolos representam importante avanço na assistência farmacêutica, pois a partir de sua criação a dispensação de medicamentos no setor público torna-se ainda mais padronizada, possibilitando maior controle do gestor e segurança ao usuário - especialmente em termos de racionalidade do uso e eficácia -, pois são elaborados com base em evidências científicas, incorporando-se, conforme Dallari (2010), ao movimento da chamada medicina baseada em evidências.

Cabe aos estados também o fornecimento dos medicamentos classificados como de alto custo, que fazem parte do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica, cuja regulamentação mais recente se deu pela Portaria n. 1.554/GM, de 30 de julho de 2013 (BRASIL, 2013). Em Minas Gerais, por exemplo, a gestão do programa é de responsabilidade da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF), por meio da Diretoria de Medicamentos de Alto Custo (DMAC), da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG). A dispensação dos medicamentos ocorre nas Farmácias das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde em todo o estado (MINAS GERAIS, 2014).

Ao município cabe, dentre outras atribuições definidas na PNM, elaborar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população, assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna, bem como adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde (BRASIL, 2001).

De um modo geral, pode-se dizer que a assistência farmacêutica é financiada pelos três níveis de gestão do SUS, sendo que o financiamento dos medicamentos é estruturado em quatro componentes: (a) básico: destinado à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica; (b) estratégico: destinado ao custeio de medicamentos, insumos e produtos para os programas estratégicos relacionados a controle de endemias (tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional e regional), programa de DST/Aids (antirretrovirais), Sangue e Hemodiálise, Imunobiológicos, Combate ao Tabagismo e Alimentação/Nutrição; (c) especializado: destinados ao custeio de medicamentos de alto custo ou de dispensação em caráter excepcional, financiados conjuntamente com os Estados e o Distrito Federal; e (d) de organização da assistência farmacêutica: destinados ao custeio de ações e serviços específicos dessa atuação (BRASIL, 2006a; BERMUDEZ; OLIVEIRA; LUIZA, 2012).

Um aspecto final que merece relevância para a discussão relaciona-se ao ciclo da assistência farmacêutica (CONASS, 2011; BRASIL, 2006a), que se baseia em uma perspectiva sistêmica que compreende desde a seleção do medicamento até a sua dispensação. Qualquer alteração inesperada na cadeia de procedimentos do ciclo pode prejudicar as fases subsequentes, gerando, ao fim, a má prestação dos serviços e a redução da efetividade da política pública.

A primeira fase do ciclo é a seleção de medicamentos, etapa inicial e decisiva para assegurar o acesso dos cidadãos, que tem por finalidade estabelecer a relação de medicamentos no âmbito da competência de cada gestão, cujas escolhas devem partir de uma Comissão ou Comitê de Farmácia e Terapêutica (CPT) ou Comissão de Padronização

de Medicamentos. A seleção deve basear-se em critérios técnico-científicos, levando em conta a segurança, a eficácia, o custo-efetividade, o valor terapêutico comprovado do medicamento, propiciando a racionalização de seu uso, a harmonização de condutas terapêuticas e o direcionamento do processo de aquisição e produção.

A publicação dos medicamentos selecionados deve vir acompanhada de um formulário terapêutico, que informe as indicações e contraindicações, precauções, efeitos adversos, forma e cuidados de administração, orientações ao paciente e demais aspectos farmacêuticos relacionados ao medicamento, com a finalidade de orientar e subsidiar os profissionais de saúde na prescrição e dispensação e os usuários na utilização. Por isso, a seleção deve ser precedida da participação do maior número de especialidades médicas e de profissionais de saúde para se configurar efetiva e adequada. No entanto, a fase de seleção não se limita à escolha do medicamento, mas compreende outras etapas, como as fases política, técnico-normativa, de seleção, de divulgação e implantação e, por fim, de elaboração do formulário terapêutico.

A segunda fase do ciclo é a programação de medicamentos, que trata de garantir a disponibilidade do produto na quantidade e tempo adequados para atender as necessidades dos cidadãos, ou seja, estima-se a quantidade de medicamentos a ser adquirida para o abastecimento em um determinado período de tempo. Os dois fatores principais que deve levar em consideração são os recursos disponíveis e as prioridades de saúde de cada localidade.

A programação pressupõe uma base informacional confiável para o adequado planejamento das aquisições. As informações podem ter por base: o perfil epidemiológico da população (morbimortalidade), o consumo histórico, o consumo ajustado, a oferta de serviços, os níveis de atenção, a cobertura assistencial, a infraestrutura, os recursos humanos, os mecanismos de controle e acompanhamento, dentre outros. Exige-se, assim, a especialização do gestor e dos envolvidos no planejamento para uma aquisição eficiente (na quantidade e tempo corretos) e capaz de atender às demandas dos cidadãos.

A terceira fase do ciclo é a aquisição, que compreende os meios de compra dos medicamentos. Nessa fase trabalham profissionais ligados a diferentes áreas: jurídica (para avaliar a adequação das compras à lei, pois são feitas mediante procedimento de licitação), técnica (atendimento dos medicamentos às especificações técnicas), administrativa (verificação de cumprimento de prazos de entrega) e financeira (disponibilidade financeira e orçamentária e avaliação de mercado).

São necessários muitos fatores para que o processo de aquisição seja bem executado, dentre eles: a existência de uma política de aquisição que englobe todas as peculiaridades dessa fase; a programação das compras; a existência de relação de medicamentos essenciais; pessoal qualificado; normas e procedimentos operacionais com definição explícita das responsabilidades e fluxo operacional do processo de compras; sistema de informação e de gestão de material eficientes, articulação permanente com as diversas áreas ou setores envolvidos nessa fase; cadastro de fornecedores; e um catálogo de compras ou manual de especificação técnica (BRASIL, 2006a).

A quarta fase do ciclo de assistência farmacêutica envolve o transporte, armazenamento e distribuição de medicamentos. Aqui são verificados aspectos relacionados à segurança e adequação dos meios de transporte e armazenamento às normas técnicas e sanitárias, garantindo a preservação dos produtos e sua identificação até à efetiva dispensação aos cidadãos.

Por fim, a última fase diz respeito à dispensação dos medicamentos. É importante deixar claro que a dispensação é mais abrangente que a mera entrega do medicamento ao cidadão. Segundo a PNM, a dispensação é

o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o

reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos (BRASIL, 2001, p. 34).

O ato de dispensação possui como finalidade assegurar o uso racional do medicamento e a garantia de sua máxima potencialidade terapêutica. Nessa etapa é analisada a adequação da prescrição médica às normas técnicas e administrativas, bem como realizada a adequada orientação ao paciente pelo profissional farmacêutico. Podem ser elencados alguns requisitos para uma adequada dispensação de medicamentos: prescrição racional, informação correta, simples, objetiva e compreensível; existência de instrumentos que facilitem a orientação ao paciente; e o acompanhamento da utilização (BRASIL, 2006a).

Observa-se que a política pública de assistência farmacêutica envolve processos complexos de escolha e decisão, com o fim de levar ao usuário do sistema de saúde o medicamento necessário ao seu quadro clínico. A regulamentação existente e os processos gerenciais não impedem as falhas do sistema e os casos não cobertos pela política pública. Muitas vezes o cidadão não satisfaz sua necessidade por determinado medicamento, seja por falha no serviço, seja pela falta de previsão na política pública, o que refletirá, em muitos casos, no apelo à justiça. Assim, o direito universal de acesso à justiça se torna uma alternativa para as pessoas obterem os medicamentos de que necessitam, mas também se configura como um problema, pois implica em deslocar o local da decisão político-administrativa para a arena jurídica (judicial). As questões relacionadas a esse problema serão agora analisadas.

### **3. A judicialização da política pública da saúde**

No ambiente público contemporâneo, o Poder Judiciário tem aparecido com destacado papel. Seja em países onde predomina o direito baseado em costumes e em decisões judiciais, seja em países onde prevalece e se valoriza o direito legislado – como no Brasil –, a ênfase no papel do juiz ocupa o debate nas principais democracias do mundo (TASSINARI, 2013; VIANNA, 2013). Atualmente, é também crescente o interesse da sociedade por seus direitos e por questões discutidas e decididas no Judiciário. E o motivo para isso parte tanto do campo institucional quanto da própria sociedade.

De um lado, busca-se cada vez mais levar às pessoas o conhecimento de julgamentos e decisões importantes do país, por exemplo, por meio da veiculação das sessões do Supremo Tribunal Federal (STF), ou mesmo em sua reprodução a partir dos meios de comunicação. De outro lado, a sociedade está mais consciente de seus direitos, seja por uma incipiente preocupação por questões ligadas à “corrupção” e ao exercício do poder (o que abrange uma ampla gama de condutas criminosas e antiéticas), seja por problemas que afetam, diária e diretamente, a vida de cada pessoa, como questões ligadas a relações de consumo, direitos de minorias, reconhecimento de novos direitos, problemas de acesso às políticas públicas etc. (BARROSO, 2009). Para Santos (2011), esses fatos refletem a consciência dos cidadãos de que os processos de mudança constitucional lhes deram importantes direitos, passando a enxergar nos tribunais um instrumento para incluir no contrato social as suas reivindicações.

Nesse contexto, destaca-se o papel do juiz e dos tribunais em diversos aspectos da vida social e política, o que representa processos complexos de mudanças institucionais na relação entre os poderes. Barroso (2009) afirma que houve uma ascensão institucional do Poder Judiciário, que levou os juízes a deixarem de compor um departamento técnico especializado, passando a desempenhar papéis políticos, dividindo espaço com o Legislativo e o Executivo, mas com estes não coincidindo. Devido a essas mudanças, o direito expandiu seu horizonte e influencia (ou mesmo assume) a tomada de decisões sobre temas que, clássica e tradicionalmente, não lhe eram habituais.

Este trabalho não pretende traçar o longo percurso histórico que culminou na presença controversa do Judiciário na política, mas apontará alguns motivos para isso ter ocorrido. No Brasil, por exemplo, durante boa parte do século passado o Estado preocupou-se com a regulamentação do executivo e de sua burocracia, incluindo o Judiciário como parte de seu aparato. Além disso, o Estado desenvolvimentista dos anos 1950-1960 não via os tribunais como parte das estratégias para superação do subdesenvolvimento (SANTOS, 2011).

Somente após o término dos regimes ditatoriais no final do século XX o Judiciário alcançou proeminência, que se manifestou em três campos: na garantia de direitos, no controle da legalidade e dos abusos do poder e na judicialização da política. De um modo geral, isso ocorre após o declínio ou o desmantelamento do Estado intervencionista, seja de feição desenvolvimentista, seja o relacionado às políticas de *welfare state* na Europa. Em consequência, dois polos de proteção de direitos incorporam-se ao judiciário: o primeiro, relacionado às regras de mercado e aos contratos/negócios privados, que exigem rapidez, eficácia, segurança e estabilidade nas decisões judiciais; o segundo está relacionado à garantia dos direitos sociais e econômicos não cumpridos pelas instâncias políticas, polo este no qual reside o fenômeno da judicialização que aqui será estudado (SANTOS, 2011).

Além disso, existe o fato de a Constituição de 1988 ter contribuído para o protagonismo do Judiciário no Brasil, acompanhando as mudanças que já vinham sendo observadas em muitas democracias pelo mundo (VIANNA et al., 2007; SANTOS, 2011; STRECK, 2011). Fatores constitucionais diversos podem ter contribuído para a ampliação dos objetos de decisão dos tribunais, podendo ser destacados alguns: o extenso catálogo de direitos fundamentais; a ampliação do acesso à justiça, seja por meio das instituições de representação de classes, seja pela institucionalização da Defensoria Pública e do Ministério Público; por mudanças da própria teoria do direito e da jurisprudência; e o combate à corrupção pelo (no) Judiciário.

O debate em torno da judicialização pode se dar de duas formas: (i) normativamente, ao analisarem-se questões como a supremacia da Constituição (constitucionalismo) sobre os atos do parlamento e do executivo (democracia); e (ii) analiticamente, cuja abordagem se preocupa com o ambiente político-institucional e com a avaliação do processo de judicialização da política e das relações sociais (CARVALHO, 2004). Este artigo preocupa-se predominantemente com o segundo núcleo de discussões, embora não desconsidere por completo a primeira forma.

A definição ou a conceituação da judicialização da política não é única, mas, de um modo geral, esse fenômeno reflete as novas demandas por direitos e compreende também as intervenções judiciais na política em países democráticos. Ela tem sido estudada por pesquisadores de todo o mundo, inclusive levando-se em conta as peculiaridades de cada país (TATE, 1994; TATE e VALLINDER, 1995; HIRSCHL, 2006). A principal - e controvertida (KOERNER et al., 2011) - referência em teoria política é a obra organizada por Tate e Vallinder (1995), denominada *The Global Expansion of Judicial Power*. No Brasil, a obra é referência para diversos trabalhos sobre a judicialização da política (CARVALHO, 2004; VERONESE, 2009; NUNES, 2011; VIANNA, 2013; AVRITZER, 2013).

A definição que se extrai do estudo é de que a judicialização é uma atuação do Poder Judiciário com a finalidade de rever a decisão de um poder político tomando como base a Constituição do país. Pode também significar a transferência das decisões do Legislativo/Executivo para o Judiciário, bem como a expansão dos métodos de decisão judicial para instâncias não judiciais. Pode ser também identificada com o poder de veto que o Judiciário exerceria de forma contramajoritária sobre determinadas leis ou políticas, atendendo aos interesses de grupos minoritários (NUNES, 2011; APPIO, 2008). Interpretando a obra de Tate e Vallinder, Maciel e Koerner (2002) destacam que a judicialização indica que os juízes preferiam participar do processo de formulação de políticas públicas em vez de deixá-la a critério de políticos e administradores.

Em trabalho recente, Tonelli (2013) analisa as interferências da judicialização na democracia, especificamente na soberania popular, utilizando-se como matriz conceitual a inicialmente trazida nesta pesquisa, referente à expansão do poder judicial. Destaca, assim, que a judicialização ocorre sempre que, no desempenho normal de suas funções, o Poder Judiciário afeta de modo significativo a ação política. Tate e Vallinder elencam algumas causas para a judicialização ou o maior uso dos tribunais que podem ser trazidos também para o contexto brasileiro: a expansão democrática, a separação de poderes, a política em prol de direitos de minorias, uso dos tribunais por grupos de interesse ou por oposições políticas, partidos políticos e coalizões governamentais fracas, a percepção negativa pela sociedade em matéria de políticas públicas, dentre outras.

Relacionar a judicialização da política somente com as decisões judiciais que interferem de algum modo na política não parece totalmente correto ou claro para Koerner et al. (2011), que observam que esse tipo de interferência já acontecia nas monarquias europeias, à época da Revolução Francesa, quando juízes eram ativos participantes das “intrigas palacianas” (KOERNER et al., 2011, p. 33). Logo, a judicialização nada teria de novidade e por isso a relação entre direito e política que se dá no processo de judicialização deveria ser mais bem trabalhada. Da mesma forma, em países que possuem o denominado controle de constitucionalidade das leis - o procedimento pelo qual o Judiciário verifica a adequação de atos normativos e administrativo à Constituição - é natural que haja tal tensão, o que no Brasil ocorre desde a primeira Constituição republicana.

Em síntese, é possível dizer que a judicialização ocorre quando uma decisão judicial interfere em questões cuja tomada de decisão caberia, em princípio, às instâncias de representação política (legislativo e executivo).

### 3.1. A judicialização do direito à saúde

Dentre as questões políticas “judicializadas” no período posterior à Constituição de 1988, a política pública de saúde tornou-se um dos objetos mais pesquisados. O crescimento considerável dos casos e a dificuldade em estabelecer parâmetros para as decisões podem ter sido os principais pontos que chamaram a atenção para esse objeto. Ilustrativamente, Santos (2011, p. 26) comenta: “Como me referiu um magistrado brasileiro, uma boa parte do seu trabalho é dar medicamentos. As pessoas vão ao tribunal exatamente para poderem ter acesso a medicamentos ou a tratamentos médicos que de outra maneira não teriam.”

Destacando a importância e a interdisciplinaridade do tema, o STF realizou audiência pública convocada em 2009, destinada a ouvir advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, juízes, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do SUS, buscando a melhor solução para tais demandas (BRASIL, 2009). Foram ouvidos 50 especialistas que abordaram os mais diversos temas, como o acesso às prestações de saúde no Brasil e os desafios ao Poder Judiciário, a responsabilidade dos entes da Federação, o financiamento e a gestão do SUS, dentre outras questões relevantes para a compreensão do tema.

A judicialização da saúde iniciou-se com maior força no Brasil na década de 1990, com as demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos antiretrovirais (HIV/Aids) e visando à incorporação de novos medicamentos à política de assistência farmacêutica, influenciada por ampla participação de associações relacionadas aos portadores da doença (BRASIL, 2005; SCHEFFER, 2009). Apesar dos efeitos positivos da judicialização, relativos ao acesso a medicamentos e à indução para incorporação de novas tecnologias e medicamentos, aspectos negativos relevantes podem ser destacados, pois além das ações judiciais gerarem cargas administrativas e fiscais elevadas, podem ainda ampliar as desigualdades no fornecimento e no acesso à assistência à saúde (BIEHL et al., 2009).

A judicialização da política de medicamentos (ou de assistência farmacêutica) gera, em regra, o seguinte impasse: considerando que os recursos para prover os serviços de saúde advêm de uma mesma fonte, os gastos com ações judiciais (sobretudo as de caráter individual) privilegiariam apenas alguns indivíduos em detrimento de toda a população destinatária da política pública? Além disso, alega-se que em função da escassez de recursos financeiros para prover as necessidades de toda a população, deve a política pública de saúde ser devidamente planejada de modo a contemplar o maior número possível de pessoas. Desse modo, é necessário estabelecer parâmetros claros para definir quais os medicamentos fornecer aos que deles necessitam (e como fornecê-los), buscando conciliar, de um lado, as necessidades individuais ilimitadas e imprecisas e, de outro, os recursos financeiros e não financeiros escassos (tais como órgãos, pessoal especializado e equipamentos), sendo esse o grande desafio à gestão em saúde (AMARAL, 2011). Torna-se necessário estabelecer o equilíbrio entre o direito individual à saúde e o direito coletivo (TANAKA, 2008, DALLARI, 2011).

Enquanto direito individual, a saúde valoriza a liberdade, autorizando as pessoas a fazer as escolhas que julgarem corretas e melhores para si, por exemplo, em que tipo de cidade pretendem viver, suas condições de trabalho, a assistência médico-sanitária mais apropriada, o tipo de tratamento etc. A dimensão coletiva, por sua vez, enfatiza a

igualdade ao estabelecer algumas limitações ao comportamento humano a fim de possibilitar que todos aproveitem igualmente das vantagens da vida em sociedade (DALLARI, 2010).

A dimensão da igualdade privilegia medidas de caráter geral, compulsórias ou não, relacionadas aos diversos determinantes da saúde da população. A exigência de igualdade deve assegurar a oferta do mesmo nível de cuidados de saúde a todos. Ambas as dimensões são comuns em sistemas de saúde universais e a predominância de uma abordagem sobre a outra poderá variar no tempo e no espaço. Por essa razão Dallari se refere ao “equilíbrio instável” entre liberdade e igualdade na saúde (DALLARI, 2010, p. 60). O conflito entre esses importantes princípios necessita de harmonização e de concordância prática.

Não admitir que indivíduos, isoladamente, busquem seus direitos perante o Estado - principalmente pela via judiciária - sob o argumento contrário de que outros indivíduos contemplados pelas políticas universais seriam prejudicados, não parece totalmente adequado, assim como não o é admitir que aqueles indivíduos pleiteiem todo e qualquer tipo de prestação. Logo, é necessário buscar o melhor equilíbrio entre a dimensão individual e a coletiva/social do direito à saúde.

Os argumentos contrários à judicialização, quando baseada em ações individuais ou de grupos restritos, são muitas: a desorganização da Administração Pública; a falta de acesso igualitário às ações e serviços de saúde, pois pessoas com mais informação ou recursos suficientes poderiam aproveitar-se da via judicial para a obtenção de direitos não universais ou que não teriam o mesmo acesso na via administrativa; os impactos orçamentários e financeiros para o Estado, incapacidade técnica do Judiciário dentre outros (SARLET, 2011; AMARAL, 2011).

Tomando como exemplo o argumento de que o fornecimento de medicamentos a determinados indivíduos pode acarretar efeitos danosos em termos de equidade e justiça distributiva, Sarlet (2011, p. 137) observa que “o respeito ao princípio da isonomia não pode servir de argumento para eventual violação da dignidade concreta de cada indivíduo”. Segundo esse autor, a solução para o problema deve passar pelo enfrentamento do objeto do direito à saúde – quais ações e serviços ele comporta – e do princípio da subsidiariedade, que propõe que o sistema público de saúde deve priorizar o atendimento dos que não possuem condições de arcar com os custos dos cuidados, seja por pagamento direto ou por planos de saúde.

Mesmo ao considerar que o sistema público deve priorizar o atendimento de pessoas em pior situação, o autor reconhece que muitos casos ainda dependeriam da intervenção judicial, uma vez que muitos custos elevados de cuidados de saúde não poderiam ser suportados nem mesmo por pessoas em melhores condições financeiras. O Judiciário deveria atuar, nesse contexto, para assegurar a dignidade também dessas pessoas, afirma Sarlet (2011).

Casos recorrentes na justiça, como o do medicamento *Soliris* (princípio ativo *Eculizumab*) – com custo de tratamento anual em torno de 800 mil reais – podem contribuir e servir de argumento contrário à tese de Sarlet (2011). Em decisão que julgou o recurso do Estado de São Paulo contra a decisão que determinou o fornecimento desse medicamento a um paciente do SUS, afirmou-se que o “Estado tem a obrigação de assegurar o fornecimento de medicamento ou congêneres para as pessoas que não reúnem condições financeiras para o tratamento indispensável à preservação das condições de saúde.”<sup>1</sup> Possuindo também como foco o custo do tratamento, tem-se o caso relativo ao medicamento *Elaprased* (princípio ativo *Idursulfase*), que custou em um determinado caso à União, ao Estado de Minas Gerais e ao Município de Belo Horizonte a quantia anual de R\$2.600.000,00, e seria destinado ao uso de um menor portador da Síndrome de *Hunter* (Mucopolissacaridose de Tipo II). O STF não acatou o pedido do Estado e o determinou, por meio dos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal), que fornecesse o medicamento.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, Apelação n. 0034026-16.2010.8.26.0053. Relator José Maria Câmara Júnior, 9ª Câmara de Direito Público, julgado em 26/03/2012.

<sup>2</sup> STF, Suspensão de Tutela Antecipada n. 198, Relator Ministro Gilmar Mendes, julgado em 22/12/2008.

Diante desses casos meramente ilustrativos, cabe a pergunta que busca contestar o argumento exposto por Sarlet (2011): quais pessoas teriam condições financeiras para suportar custos com tratamentos que se aproximam de um milhão de reais? Certamente, o argumento segundo o qual o Estado deve suportar a obrigação em relação às pessoas que não possuem condições de arcar com seu tratamento é temerário, pois quanto mais caros os tratamentos, menores seriam as possibilidades financeiras das pessoas e, como consequência, maior seria a obrigação estatal.

Ao tratar da escassez em saúde, Amaral (2011) destaca que diante dos gastos administrativos e com ações judiciais com cuidados e tratamentos médicos, a questão do orçamento público não pode ser ignorada, ainda que soe repulsivo a alguns comparar questões financeiras com questões de vida e saúde. Portanto, nas políticas de saúde há a competição por recursos escassos, o que equivale a dizer que atender alguém é consumir recursos finitos que, por tal razão, podem implicar em escolher também quem não atender.

Na busca pelo equilíbrio é necessário afastar argumentos que tratam casos de fornecimento de medicamentos - como os medicamentos *Soliris* e *Elaprase* - isolados ou excepcionais. Em matéria de justiça predomina a premissa de que as decisões, para serem adequadas, devem ter o potencial de universalização, tendo em vista que a regra adotada para decidir casos específicos deve proporcionar que todos os demais com as mesmas características tenham desfecho semelhante.

Amaral (2011) chama a atenção para a questão do juiz, que, por vezes, desconsidera questões de grande complexidade no momento de decidir questões do dia a dia. É como se a natureza dos casos a decidir fosse similar à natureza dos pacientes a atender para o plantonista de emergência. Assim, as decisões sobre prestações individuais levam à invisibilidade de questões, também individuais, dos que possam ser privados dos recursos necessários ao atendimento de suas necessidades. E destaca: “Ao passo que o autor tem nome, sobrenome, CPF e rosto, os ‘não atendidos’ são desconhecidos nos autos, estão escondidos atrás de ‘tapumes’ pouco atraentes como ‘Estado’, ‘orçamento’, ‘finanças públicas’” (AMARAL, 2011, p. 106).

A partir disso, considera-se que o Judiciário não é a arena mais preparada para tomar decisões e nem mesmo a soma de casos individuais é o melhor método para alocação de recursos na saúde. Em abordagem semelhante, Daniels (2013) observa que a defesa de um direito individual à saúde pode colocar em risco a implementação de outras metas sociais. Diante disso, não é possível inferir que (a) do fato moral de um indivíduo possuir direitos a cuidados de saúde, (b) e do fato de que sua única chance de sobrevivência seja, por exemplo, um transplante experimental de pâncreas, (c) que ele tenha direito a esse transplante. Seu direito, nesse caso, depende tanto de sua condição quanto do conjunto de intervenções que é razoável fornecer à sociedade de que esse indivíduo faz parte. O fornecimento do transplante variará, portanto, em razão de sua eficácia, dos recursos existentes e também em face de outras prestações devidas a outras pessoas etc. Assim, tal demanda deve ser sopesada com demandas de outros setores que partilhem das receitas do Estado.

Segundo esse autor, os tribunais desempenham papéis importantes nos países que adotam o direito à saúde em suas constituições ou em tratados internacionais. Dois desses papéis são: determinar às autoridades de saúde o uso de um critério para definir os benefícios que integrarão os pacotes (rol de ações e serviços) e o exercer o controle sobre a observância desse critério. Outro papel mais controverso seria os tribunais tentarem definir o que deve ser incluído no direito à saúde. Aqui encontra-se a discussão mais polêmica acerca da judicialização.

Desempenhar esse papel exigiria dos tribunais, segundo Daniels (2013), um conhecimento amplo sobre a capacidade do sistema de saúde em fornecer de forma sustentável serviços específicos à luz das reivindicações concorrentes. Se o Judiciário não possuir capacidade para desenvolver esse papel, deveria se limitar a exercer somente o primeiro, relacionado ao controle das autoridades a quem são delegadas o poder de escolha sobre os benefícios a partir de um procedimento claro e justo.

O conhecimento pelos juízes das questões relativas à gestão em saúde somente pode ser viabilizado pela existência de canais de comunicação que propiciem seu diálogo com as instituições administrativas. As pesquisas têm

caminhado para a compreensão de tais meios, partindo da hipótese de que nenhum poder específico possui a última palavra em uma democracia (MENDES, 2008; BOLONHA et al., 2011). Nesse mesmo caminho reforça-se a ideia de participação e deliberação política (BALESTERO, 2012).

O Poder Judiciário brasileiro tem buscado a abertura de canais de diálogo para a solução de questões relacionadas à saúde, valendo citar a audiência pública realizada em 2009 pelo STF (BRASIL, 2009). Machado e Dain (2012) analisaram os argumentos presentes na audiência pública e concluíram que a audiência evidenciou os próprios conflitos da sociedade brasileira ao contrapor diversas concepções de saúde, salientando, por fim, os ganhos obtidos em termos de participação social na solução de problema de interesse público.

Do mesmo modo, o CNJ editou recomendações no sentido de subsidiar a tomada de decisão no âmbito da judicialização da saúde, incentivando que os tribunais celebrem convênios para a obtenção de apoio técnico de médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na formação de seu convencimento e esclarecê-los sobre questões clínicas relacionadas aos processos. Além disso, recomendou que os juízes ouçam, quando possível, os gestores públicos antes de decidir questões urgentes (liminares, por exemplo).

#### 4. Conclusão

Este artigo buscou descrever o fenômeno da judicialização do direito à saúde e a intervenção do Poder Judiciário na gestão das políticas de saúde a partir da compreensão da política de assistência farmacêutica. Na primeira parte se discorreu acerca do sistema de saúde brasileiro e suas diretrizes, tratando, em seguida, da política pública de fornecimento de medicamentos, com atenção especial para as relações de medicamentos de cada ente administrativo e para o ciclo de assistência farmacêutica comum a cada um deles.

No segundo tópico, definiu-se o fenômeno da judicialização da política, tendo por foco principal a judicialização do direito à saúde. Tal fenômeno é comum nas democracias contemporâneas, pois se trata de uma busca constante da sociedade por direitos. No entanto, ele se configura controverso a partir do momento em que as decisões judiciais passam a tratar de assuntos que não fazem parte, em princípio, das atribuições do Poder Judiciário, como, por exemplo, a distribuição de prestações em um sistema de saúde. O caso dos medicamentos é especialmente problemático, pois muitas vezes o Poder Judiciário determina o fornecimento de medicamentos não incluídos nas relações de medicamentos do SUS, fazendo o Estado arcar com custos elevados em relação a prestações que não assumiu o dever de fornecer.

Devido ao fato de as instâncias que lidam com a política pública de medicamentos utilizarem-se de diferentes métodos de decisão acerca de quais prestações ou medicamentos fornecer, não há uma razão uniforme para decidir os casos. Nesse sentido, destaca-se a interdisciplinaridade da judicialização, no sentido de conciliar as diferentes concepções de saúde em um sistema. A característica multifacetada do tema é inegável, por isso, diversas instituições têm buscado meios de reduzir os impactos da judicialização do direito à saúde, a exemplo do STF, por meio de audiência pública, e das organizações envolvidas no setor, incluindo-se o CNJ, por meio de recomendações no sentido de determinar aos juízes que se utilizem dos conhecimentos dos gestores e profissionais de saúde antes de proferirem decisões sobre esse tema.

Assim, tais canais de diálogo institucional podem servir de alternativa eficaz para a melhoria do sistema de saúde, pois buscam conciliar, o quanto possível, as razões (política e jurídica) contrapostas ou em desacordo, de modo que não se prejudique a sustentabilidade do SUS e não se agravem as desigualdades nos serviços de saúde em decorrência da judicialização. Os resultados desses canais de comunicação somente serão perceptíveis com o tempo, por meio de pesquisas amplas que busquem contemplar em todo o território os casos levados à justiça e a melhoria na qualidade das decisões, que devem, inegavelmente, considerar as possibilidades do sistema antes de determinarem o fornecimento de certos medicamentos, como aqueles não incluídos nas listas do SUS e não regulamentados para a distribuição no Brasil.

## Referências bibliográfica

- ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO - AGU. **Intervenção judicial na saúde pública**. Panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das justiças estaduais. Brasília. Advocacia Geral da União, Consultoria Jurídica Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/Panorama.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2013.
- AMARAL, G. Saúde direito de todos, saúde direito de cada um: reflexões para a transição da práxis judiciária. In NOBRE, M. A. de B.; SILVA, R. A. D. (Coord.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, p. 81-115, 2011.
- APPIO, E. **Direito das minorias**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.
- AVRITZER, L. Judicialização da política e equilíbrio de poderes no Brasil. In: AVRITZER, L. et al. (Org.). **Dimensões políticas da justiça**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 215-220, 2013.
- BALESTERO, G. S. **O resgate da democracia participativa e deliberativa como mecanismo legitimador do exercício dos poderes estatais**. São Paulo: Lexia, 2012.
- BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Jurisprudência Mineira**, a. 60, n. 188, Belo Horizonte, p. 35-50, jan./mar. 2009.
- BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 657-686, 2012.
- BIEHL, J. et al. Judicialisation of the right to health in Brazil. **The Lancet**. Nova York, v. 373, n. 9682, p. 2182-2184, jun. 2009.
- BOLONHA, C. et al. A teoria de John Rawls e as instituições democráticas. **Juris Poiesis**. Rio de Janeiro, a. 14, n. 14, p. 89-102, jan./dez. 2011.
- BRAGA, N. T. Vertentes legais do direito social à saúde e as atuais intervenções do Conselho Nacional de Justiça nessa esfera da cidadania do brasileiro. In: NOBRE, M. A. de B.; SILVA, R. A. D. (Coord.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, p. 97-148, 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Congresso Nacional. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 24 abr. 2014, 1988.
- \_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em 24 abr. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório de pesquisa**. Relatório preliminar de pesquisa de satisfação com cidadãos usuários e não usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde e/ou urgência e emergência, mediante inquérito amostral. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST/Aids. **O remédio via justiça**: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Portaria n. 1.554, de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2013/prt1554\\_30\\_07\\_2013.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html)>. Acesso em 24 maio 2014.
- \_\_\_\_\_. **Portaria n. 2.577, de 27 de outubro de 2006**. Aprova o componente de medicamentos de dispensação excepcional. Brasília: Ministério da Saúde. 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2577.htm>>. Acesso em: 24 maio 2014.
- \_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal (STF). **Audiência Pública**: Saúde. Brasília: Secretaria de Documentação, Coordenadoria de Divulgação de Jurisprudência, 2009.
- CARVALHO, E. R. de. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. **Revista de Sociologia Política**. Curitiba, n. 23, p. 115-126, nov. 2004.

- \_\_\_\_\_. E. Revisão judicial e judicialização da política no direito ocidental: aspectos relevantes de sua gênese e desenvolvimento. **Revista de Sociologia Política**. Curitiba, n. 28, p. 161-179, jun. 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Assistência farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2011.
- DANIELS, N. Justice and access to health care. **The Stanford Encyclopedia of Philosophy**. Spring 2013. Disponível em: <<http://plato.stanford.edu/entries/justice-healthcareaccess/>>. Acesso em: 13 jul. 2013.
- DALLARI, S. G. Controle judicial da política de assistência farmacêutica: direito, ciência e técnica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 57-75, 2010.
- FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 25-58, 2012.
- GARCIA, L. P. et al. Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Rio de Janeiro: IPEA, jun. 2013.
- HIRSCHL, R. The new constitutionalism and the judicialization of pure politics worldwide. **Fordham Law Review**, v. 75, n. 2, p. 721-754, 2006.
- KOERNER, A. et al. Sobre o judiciário e a judicialização. **Nuevos paradigmas de las ciencias sociales latinoamericanas**, Bogotá (Colômbia), v. 2, n. 4, p. 17-52, jul./dez. 2011.
- LOBATO, L. de V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 89-120, 2012.
- MACHADO, F. R. de S.; DAIN, S. A audiência pública da saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 1017-1036, jul./ago. 2012.
- MACIEL, D. A.; KOERNER, A. Sentidos da judicialização da política: duas análises. **Lua Nova**, São Paulo, n. 57, p. 113- 134, 2002.
- MENDES, C. H. **Direitos fundamentais, separação de poderes e deliberação**. 219p Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Ciência Políticas. Orientador: Prof. Álvaro de Vita. São Paulo, 2008.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Medicamentos de alto custo/excepcionais**. Belo Horizonte, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/347-medicamentos-de-alto-custo-excepcionais-sesmg>>. Acesso em 20 abr. 2014.
- NORONHA, J. C de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V.. O sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 365-393, 2012.
- NUNES, D. J. C. **Processo jurisdicional democrático**. Curitiba: Juruá, 2011.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS**. Selección de Medicamentos Esenciales, n. 4. Ginebra: WHO, 2002. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_2002.2\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.2_spa.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2014.
- PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet: saúde no Brasil**. Nova York, p. 11-31, mai. 2011.
- SANTOS, B. de S. **Para uma revolução democrática da justiça**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- SARLET, I. W. A titularidade simultaneamente individual e transindividual dos direitos sociais analisada à luz do exemplo do direito à proteção e promoção da saúde. In: NOBRE, M. A. de B.; SILVA, R. A. D. (Coord.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, p. 117-148, 2011.
- SCHEFFER, M. Judicialização e incorporação de tecnologias: o caso dos medicamentos para tratamento da aids no sistema único de saúde. In: KEINERT, T. M. M; PAULA, S. H. B. de; BONFIM, J. R. de A. (Orgs.). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, p. 129-138, 2009.
- SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 323-364, 2012.
- STRECK, L. L. **Verdade e consenso: constituição, hermenêutica e teorias discursivas**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

TANAKA, O. Y. A judicialização da prescrição medicamentosa no SUS ou o desafio de garantir o direito constitucional de acesso à assistência farmacêutica. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 137-143, mar./jun. 2008.

TASSINARI, C. **Jurisdição e ativismo judicial**: limites da atuação do judiciário. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

TATE, C. N. The judicialization of politics in the Philippines and Southeast Asia. **International Political Science Review**, v. 15, n. 2, p. 187-197, 1994.

\_\_\_\_\_; VALLINDER, T. (Orgs.) **The global expansion of judicial power**. New York: New York University Press, 1995.

TONELLI, M. L. Q. **A judicialização da política e a soberania popular**. Tese (Doutorado em Filosofia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8133/tde-15012014-102753/>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

VERONESE, A. A judicialização da política na América Latina: panorama do debate teórico contemporâneo. **Escritos** (Fundação Casa de Rui Barbosa), v. 3, p. 215-265, 2009.

VIANNA, L. W. A judicialização da política. In: AVRITZER, L. et al. (Org.). **Dimensões políticas da justiça**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 207-214,

VIANNA L. W. et. al. Dezessete anos de judicialização da política. **Tempo Social**, v. 19, n. 2, São Paulo, p. 39-85, nov. 2007.