

**REVISTA BRASILEIRA DE POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**BRAZILIAN JOURNAL OF PUBLIC POLICY**

**A judicialização do acesso aos medicamentos em Belo Horizonte:** uma questão sobre equidade

**The Judicialization of access to medication in Belo Horizonte:** an equity issue

Kammilla Éric Guerra de Araújo

Carlota Quintal

**VOLUME 8 • Nº 3 • DEZ • 2018**  
**DOSSIÊ ESPECIAL : POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**E O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

# Sumário

|   |            |
|---|------------|
| <b>I. DIREITO À SAÚDE E POLÍTICAS.....</b>  | <b>13</b>  |
| <b>AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS 30 ANOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: HISTÓRIAS, PROPOSTAS E DESAFIOS.....</b>  | <b>15</b>  |
| Márcia Araújo Sabino de Freitas e Maria Rizeide Negreiros de Araújo   |            |
| <b>DIREITO À SAÚDE PARA O RESIDENTE FRONTEIRIÇO: DESAFIO PARA A INTEGRALIDADE DO SUS .</b>  | <b>35</b>  |
| Fabília Helena Linhares Coelho da Silva Pereira, Livia Maria de Sousa e Tarin Cristino Frota Mont Alverne   |            |
| <b>MEDIDAS PROVISÓRIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA ANÁLISE DO PAPEL DO CONGRESSO NACIONAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO GOVERNO DILMA (2011-2016).....</b>  | <b>55</b>  |
| Clóvis Alberto Bertolini de Pinho   |            |
| <b>OS LIMITES E A EXTENSÃO DA DEFESA DE DIREITOS FUNDAMENTAIS POR MEIO DE INSTRUMENTOS PROCESSUAIS DE COGNIÇÃO ESTREITA: MANDADO DE SEGURANÇA E O CASO DA SAÚDE .....</b>                       | <b>76</b>  |
| Héctor Valverde Santana e Roberto Freitas Filho   |            |
| <b>DESENHANDO MODELOS DE SISTEMAS DE DISPUTAS PARA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: PROPOSIÇÕES ACERCA DA POLÍTICA PÚBLICA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PELO VIÉS DO DIÁLOGO INSTITUCIONAL .....</b> | <b>102</b> |
| Mônica Teresa Costa Sousa e Maíra Lopes de Castro   |            |
| <b>O ACCOUNTABILITY DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE E A ATUAÇÃO INSTITUCIONAL NO ESTADO DO CEARÁ.....</b>   | <b>125</b> |
| Mariana Dionísio de Andrade, Beatriz de Castro Rosa e Eduardo Régis Girão de Castro Pinto   |            |
| <b>PRIVACIDADE RELACIONAL NO AMBULATÓRIO DE ONCOGENÉTICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE .....</b>  | <b>146</b> |
| Leonardo Stoll de Moraes, Patrícia Ashton-Prolla, José Roberto Goldim e Márcia Santana Fernandes  |            |
| <b>ANÁLISE DA EFETIVIDADE DA POLÍTICA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTOS.....</b>   | <b>175</b> |
| Renato Braz Mehanna Khamis, Lígia Maria Comis Dutra e Thays Costa Nostre Teixeira   |            |
| <b>II. DIREITO À SAÚDE E JUDICIALIZAÇÃO .....</b>   | <b>193</b> |
| <b>ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA PARA A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE: A JUDICIALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ACESSO À SAÚDE .....</b>  | <b>195</b> |
| Ramiro Nóbrega Sant’Ana   |            |

|   |            |
|---|------------|
| <b>A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS EM BELO HORIZONTE: UMA QUESTÃO SOBRE EQUIDADE.....</b>   | <b>213</b> |
| Kammilla Éric Guerra de Araújo e Carlota Quintal  |            |
| <b>THE COURTS AND THE DELIVERY OF MEDICINES BY UNIFIED HEALTH SYSTEM IN BRAZIL: RECENT DEVELOPMENTS IN A DIFFICULT RELATIONSHIP BETWEEN JUDGES AND POLICY-MAKERS.....</b> | <b>237</b> |
| Eduardo Rocha Dias e Gina Vidal Marcílio Pompeu   |            |
| <b>DIREITO, SAÚDE E SUICÍDIO: IMPACTOS DAS LEIS E DECISÕES JUDICIAIS NA SAÚDE DOS JOVENS LGBT .....</b>   | <b>251</b> |
| Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa e Robson Antão de Medeiros  |            |
| <b>A DESPROTEÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E SUA JUDICIALIZAÇÃO .....</b>  | <b>290</b> |
| Renata Salgado Leme e Luiz Pinto de Paula Filho   |            |
| <b>A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SOB O OLHAR DA ANÁLISE ECONÔMICA DO DIREITO: UM EXAME DOS INCENTIVOS AO AJUIZAMENTO E À SOLUÇÃO EXTRAJUDICIAL DE CONFLITOS .....</b>         | <b>308</b> |
| Victor Aguiar de Carvalho   |            |
| <b>III. DIREITO À SAÚDE E AS INSTITUIÇÕES DE REGULAÇÃO.....</b>   | <b>327</b> |
| <b>A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: PERSPECTIVAS E AMEAÇAS .....</b>   | <b>329</b> |
| Carlos Marden Cabral Coutinho e Taís Vasconcelos Cidrão   |            |
| <b>OS MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).....</b>  | <b>343</b> |
| Natasha Schmitt Caccia Salinas e Fernanda Martins   |            |
| <b>PAPEL INSTITUCIONAL DOS CANAIS DE RECLAMAÇÃO PARA A RESOLUÇÃO EXTRAJUDICIAL DE CONFLITOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARADA .....</b>                        | <b>370</b> |
| Rafaela Magalhães Nogueira Carvalho, Antônio José Maristrello Porto e Bruno Araujo Ramalho  |            |
| <b>MEDICAMENTOS SEM REGISTROS NA ANVISA: UMA ABORDAGEM INSTITUCIONAL .....</b>  | <b>395</b> |
| Igor De Lazari, Sergio Dias e Carlos Bolonha  |            |
| <b>A SUSTENTABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE DIANTE DA CONCESSÃO INDISCRIMINADA DE TUTELAS DE URGÊNCIA NO BRASIL.....</b>                 | <b>410</b> |
| Álisson José Maia Melo e Nathalia Aparecida Sousa Dantas  |            |
| <b>PROHIBITION TO ADD AROMA AND FLAVOR TO SMOKING PRODUCTS: WHAT IS THE LIMIT OF THE REGULATORY POWER OF THE BRAZILIAN HEALTH REGULATORY AGENCY? .....</b>                | <b>435</b> |
| Joedson de Souza Delgado e Ivo Teixeira Gico Júnior   |            |

# A judicialização do acesso aos medicamentos em Belo Horizonte: uma questão sobre equidade\*

## The Judicialization of access to medication in Belo Horizonte: an equity issue

Kammilla Éric Guerra de Araújo\*\*

Carlota Quintal\*\*\*

### RESUMO

O presente trabalho objetiva analisar a atuação do Poder Judiciário em relação às políticas de medicamento nas ações judiciais no âmbito do Município de Belo Horizonte, seus impactos financeiros e contribuir, brevemente, para as discussões que circundam o tema. Para tanto, foram analisados 187 processos judiciais que passaram pela Câmara Técnica de Conciliação da Saúde do Juizado Especial Cível do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, no período de 01.07.2016 a 03.03.2017, cujo objeto foi o fornecimento de medicamentos pelo Município. Fundamentado no argumento constitucional de que a “saúde é direito de todos e dever Estado”, o Estado brasileiro tem enfrentado a denominada Judicialização da Saúde e, por meio do Poder Judiciário, tem sido obrigado a fornecer medicamentos sem a observância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Observou-se que 93,6% da amostra possuía pedido de tutela antecipada, sendo 80,7% delas deferidas, mesmo que parcialmente e, apenas 3,7% indeferidas. A respeito de tal aspecto, discute-se a lesão ao Princípio da Equidade, uma vez que a interferência do Judiciário tem reafirmado as desigualdades em saúde e garante o acesso indiscriminado de bens e serviços a alguns, em detrimento daqueles que não o acessam. Dessa forma, reforça o conflito entre demanda infinita e oferta limitada de recursos em uma sociedade que fez opção por um sistema de saúde característico de um Estado de bem-estar. Substituiu-se o sistema excludente e desigual, anterior à Constituição da República de 1988, pelo Sistema Único de Saúde gratuito regido pelos princípios, notadamente, da universalidade, da integralidade, da equidade.

**Palavras-chave:** SUS. Medicamento. Políticas Públicas. Judicialização. Orçamento.

### ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the court lawsuits regarding medications policies in Belo Horizonte, its financial impacts and to contribute briefly to the discussions that involve the theme. For this purpose, 187 to the lawsuits that were judged from the Technical Chamber of Health of the Special Court of Justice of Minas Gerais, from July 1, 2016 to March 3,

\* Recebido em 28/09/2018  
Aprovado em 07/01/2019

\*\* Graduada em Direito pelo Centro Universitário Newton Paiva. Graduanda em Gestão Pública pela Universidade do Estado de Minas Gerais. Especialista em Direito Civil pelo Centro de Atualização em Direito (CAD)/Universidade Gama Filho. Especialista em Direito Sanitário pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Mestre em Gestão e Economia da Saúde pela Universidade de Coimbra. Atualmente, atua como assessora da Procuradoria do Geral do Município de Belo Horizonte.

\*\*\* Licenciada em Economia e Mestre em Economia Financeira pela Universidade de Coimbra. Doutorada em Economia pela Universidade de York. Atualmente é Professora Auxiliar na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, com interesses de investigação e trabalhos científicos publicados na área da Economia da Saúde, em particular, envolvendo os tópicos da equidade em saúde e no acesso aos cuidados de saúde.



whose objective was to supply medication by the county. Under the constitutional argument that “health is a right for all and a duty of the State,” the Brazilian State has also faced the so-called Health Judicialization and, by means of the judiciary, has been forced to grant healthcare goods and services without observing the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas [PCDT]). It was observed that 93.6% of the sample had an application for injunction, of which 80.7% were accepted, albeit partially, and only 3.7% were rejected. In this sense, it threatens the principle of equality, since interference by the judicial power has contributed to inequality in healthcare, by guaranteeing indiscriminate access to medications to some, to the detriment of those who cannot access them. Thereby reinforcing the conflict between infinite demand and scarce resources in a society that opted for a health system characteristic of a social well-being welfare state and replaced the excluding and unequal system, prior to the Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988, by the free system that is governed by principles, of universality, integrality and equity.

**Keywords:** SUS. Medication. Public Policies. Judicialization. Budget.

## 1. INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida ao nascer e o consequente envelhecimento da população brasileira, novas demandas de saúde têm sido geradas requerendo, assim, a adaptação do sistema de saúde, especialmente, quanto às ações de prevenção, de promoção, de proteção e de recuperação da saúde. Esse cenário requer maior consumo de recursos e custo social, sobretudo na demanda de medicamentos destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas.

Além disso, novas abordagens terapêuticas surgem como âncora para atender aos anseios de médicos, pacientes e gestores do sistema de saúde. Todos eles desejam dispor e oferecer os melhores recursos. No entanto, essas novas experiências, com promessas extraordinárias e lançadas em velocidade e crescimento exponencial, algumas vezes, não apresentam o processo de desenvolvimento e de avaliação firmemente consolidado em relação ao custo-efetividade ou à segurança clínica.

O direito à saúde como direito social encontra-se positivado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CR/88), a qual também consagrou o sistema de saúde gratuito: o Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os princípios do SUS, estão, especialmente, a universalidade, a integralidade e a equidade. Baseado na integralidade, a assistência farmacêutica colocou-se como parte essencial da assistência à saúde.

Juntamente a essas conquistas, decorrentes da CR/88, também se estabeleceram mecanismos para garantir e facilitar o acesso e a efetivação dos direitos, seja pela via administrativa, seja pela via judicial. Assim, o Estado Democrático, constitucionalmente instituído, ofereceu mecanismos favoráveis para se contestar a incapacidade das instituições em dar provimento às demandas sociais. Especificamente, em relação ao direito à saúde, qualquer habitante do território brasileiro pode reportar-se ao Poder Judiciário para exigir direitos de acesso universal e integral.<sup>1</sup>

A busca de efetivação do direito à saúde pela via judicial, cada vez mais crescente, consiste na solicitação e na concessão de bens e/ou serviços de saúde por meio de decisão judicial sob o argumento constitucional. Esse fenômeno denominado “Judicialização da saúde”, ou “Judicialização das políticas de saúde”, percebida como “excessiva”<sup>2</sup> caracteriza-se por “uma dinâmica na qual o Poder Judiciário se substitui ao Executivo na

1 BITTENCOURT, Guaraci Bragança. O “estado da arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 5, n. 1, p. 102-121, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i1.261>. Acesso em: 25 set. 2018.

2 COSTA, Fabricio Veiga; MOTTA, Ivan Dias da; ARAÚJO, Dalvaney Aparecida de. Judicialização da saúde: a dignidade da pessoa humana e a atuação do Supremo Tribunal Federal no caso dos medicamentos de alto custo. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*,

escolha de fornecer esse ou aquele medicamento/tratamento, sob o fundamento de assegurar a efetivação do direito à saúde, previsto constitucionalmente”<sup>3</sup>

Assim, a pressão mais forte que o Brasil tem enfrentado emana do Poder Judiciário por meio da chamada Judicialização da Saúde. Fundamentado no argumento constitucional de que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, inúmeros pedidos de ações, bens e serviços de saúde são judicialmente concedidos, sem a observância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). De acordo com os dados da Gerência de Assistência Farmacêutica (GEASF), da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), 87% dessas demandas atendidas por ordem judicial referem-se a pedidos de medicamentos. Uma realidade que tem gerado debates e tensões entre usuários, operadores do direito e gestores do SUS.

As discussões sobre esse comportamento permeiam questões relacionadas à interferência do Poder Judiciário no Poder Executivo e à lesão ao princípio da equidade. No primeiro ponto, afirma-se que a não observância das políticas públicas instituídas tem extrapolado a função judiciária já que altera o planejamento, a alocação de recursos e os orçamentos destinados às ações inerentes ao sistema de saúde. Em relação à equidade, ressalta-se que, apesar do volume de serviços prestados pelo sistema de saúde, ainda há parcelas da população excluídas de algum tipo de atenção. Assim, a interferência do Judiciário tem reafirmado as desigualdades em saúde, já que garante o acesso indiscriminado de bens e serviços de saúde a alguns, em detrimento daqueles que não acessam o Judiciário, o que reforça o conflito entre a demanda infinita e os recursos limitados.

Torna-se, portanto, necessária a compreensão sobre os critérios de acesso aos medicamentos, a qual se constitui como o ponto focal da atenção à saúde. No contexto de recursos escassos, garantir, por via judicial, o acesso irrestrito a bens, serviços ou insumos, sejam eles não padronizados, experimentais, sem registro no Brasil, ou sem a suficiente comprovação científica de eficácia e de efetividade, exige escolhas dos governos, da sociedade e dos indivíduos que afetam os princípios caros ao SUS, quais sejam, a universalidade e a equidade. O desafio é garantir benefícios e, inevitavelmente, o melhor equilíbrio possível entre custos e garantias, de modo que o resultado do processo não prejudique a justiça e a igualdade de acesso.

O presente trabalho objetiva analisar a atuação do Poder Judiciário em relação às políticas de medicamento nas ações judiciais no âmbito do Município de Belo Horizonte, seus impactos financeiros e contribuir, brevemente, para as discussões que circundam o tema. A parte restante deste artigo encontra-se organizada do seguinte modo: inicialmente, para melhor compreensão sobre o contexto político e social que conduziu à atual judicialização da saúde, apresenta-se o conceito de equidade, enquadrado no próprio nascimento e natureza do SUS; no capítulo seguinte, e com o intuito de enquadrar o trabalho empírico, introduz-se a discussão da judicialização da saúde no Brasil, com enfoque sobre o caso dos medicamentos e a interferência do Poder Judiciário no complexo universo do SUS; o capítulo quatro descreve a metodologia seguida no trabalho empírico; o capítulo cinco apresenta os resultados desse trabalho; no capítulo seis, discutem-se os resultados à luz de todo o enquadramento prévio da judicialização da saúde; por fim, as considerações finais encerra este artigo.

## 2. O SUS E A EQUIDADE

O SUS nasceu na CR/88, como consequência de um longo processo de articulação do Movimento Sanitarista que buscava o reconhecimento dos direitos sociais e universais das ações e serviços de saúde no

Brasília, v. 7, n. 3, p. 846, 2017.

3 BORGES, Danielle da Costa Leite; SCHUMACHER, Mercedes. O equilíbrio entre o individual e o coletivo na busca pela universalidade do Sistema Único de Saúde. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 2, n. 2, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v2i2.66>. Acesso em: 25 set. 2018.

Brasil. Sem dúvidas, representa um marco histórico das políticas de saúde, já que a atenção à saúde passou a ser assegurada, legalmente, como direito fundamental, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la aos pouco mais de 140 milhões brasileiros e estrangeiros que viviam<sup>4</sup> no Brasil, à época.

Fruto de luta e conquistas sociais, especialmente do Movimento Sanitarista em meio ao processo de redemocratização do Brasil, o SUS foi consagrado na CR/88 e pode-se dizer que é uma Política de Estado que se aproxima dos princípios do chamado Estado de Bem-Estar-social (Welfare State), contrapondo-se à perspectiva liberal e neoliberal que defendem a redução do papel do Estado. É, portanto, necessário compreender o significado, nesse contexto, da relação Estado, público e privado, em uma sociedade capitalista e periférica, como a brasileira.<sup>5</sup>

A sociedade fez opção por um sistema de saúde característico de um Estado de bem-estar e substituiu o sistema excludente e desigual, anterior à CR/88. Esta reconheceu e ofereceu status constitucional a princípios, pensamentos e valores defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária. As ações e os serviços de saúde, direcionados para a democratização, deixaram de ser restritos e passaram a ser universais, deixaram de ser centralizados e passaram a nortear-se pela descentralização.<sup>6</sup>

O Brasil, instituído como Estado Democrático de Direito, nos termos do Art. 3º da CR/88, objetiva construir uma sociedade livre, justa e solidária, bem como reduzir as desigualdades sociais e regionais. Políticas equitativas constituem um meio para se alcançar a igualdade e equivalem às ações de governo que regulam e organizam as funções públicas do Estado para o ordenamento setorial. Como resposta, apresenta-se a política pública como instrumento de extinção ou minimização de situação impeditiva de gozo do direito social à saúde.

Não há dúvida de que a consagração do direito à saúde e o nascimento do SUS pela CR/88, fruto de avanços e retrocessos, são conquistas inestimáveis para toda a sociedade brasileira que recebeu um sistema de saúde gratuito, pautado, especialmente, na universalidade, na equidade e na integralidade. Nesse sentido, propôs-se uma política social de Estado.

O Movimento da Reforma Sanitária, com base na crítica do sistema de saúde vigente, pretendia não apenas garantir direito à saúde a todos, mas também se apropriar da noção de equidade no tocante à distribuição mais ampla dos recursos da saúde, exigindo tanto organizar um sistema de saúde de maneira eficaz quanto atender às diversas necessidades da população frente aos escassos recursos.<sup>7</sup>

Assim destaca-se que, motivado pela noção de desigualdade, tal princípio diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais”, de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade.

Equidade é a ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente.<sup>8</sup>

4 De acordo com o Instituto de Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE), em 1991, o Brasil contava com a população de 146.825.475. Em 30.08.2016, o IBGE publicou, no “Diário Oficial da União”, a estimativa da população brasileira como sendo de 206.081.432 habitantes.

5 TEIXEIRA, Carmen. *Os princípios do sistema único de saúde*. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, 2011. Disponível em: [https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/ eventos/hotsites/2016/encontro\\_internacional\\_saude/documentos/textos\\_referencia/07\\_principios\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/ eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf). Acesso em: 10 jun. 2017.

6 BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, mar. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 set. 2018.

7 VIANA, Ana Luiza d’A.; FAUSTO, Márcia C. R.; LIMA, Luciana D. Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva*, p. 58-68, 2003.

8 INTERNATIONAL SOCIETY FOR EQUITY IN HEALTH. *Working definitions*, 2001.

Para tanto, ultrapassar as desigualdades em saúde implica redistribuição, inclusive, do perfil da oferta de ações e serviços. Enfim, é reconhecer que as desigualdades devem ser superadas. Em um contexto de desigualdades, a equidade permite o melhor atendimento, se observada a diversidade.

Um dos princípios fundamentais, norteadores do SUS no Brasil, a equidade, positivada no inciso VII, Art. 7º da lei 8.080/90, abarca o acesso universal e igualitário e a ação sobre os determinantes dos níveis de saúde. Na legislação, a “igualdade de assistência” é entendida como sinônimo de equidade. Torna-se, portanto, importante compreender qual a acepção de equidade adota-se, como princípio finalístico do SUS, já que, dependendo da definição, podem-se modificar muito as decisões, políticas e condutas para o Sistema.<sup>9</sup>

O termo equidade surge, pela primeira vez, em documento oficial, em 1993, na Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 01/93). Vários são os conceitos para equidade e, no campo sanitário, não é diferente. Equidade é comumente definida como “igualdade de acesso”, “tratamentos iguais para mesmas necessidades”, “tratamento desigual para os desiguais” ou, ainda, “distribuição de recursos que é feita em função das necessidades de saúde de uma determinada população<sup>10</sup>”.

A variedade conceitual, de modo geral, leva ao consenso em relação à definição formulada por Margaret Whitehead, na obra *The concepts and principles of equity in health*<sup>11</sup> (1992). A autora conceitua iniquidades em saúde como “as diferenças desnecessárias e evitáveis e que são, ao mesmo tempo, consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social”.

Whitehead, sob a dimensão ética e social, resgata e lapida o conceito de justiça como equidade, conforme John Rawls, para aplicá-lo na saúde. Para Rawls (1992)<sup>12</sup>, deve ser celebrado um contrato social no qual todos, em posição original, deliberam princípios normativos para se alcançar o justo. O autor esclarece que tais princípios, por ele denominados de “princípios de justiça”, devem ser instrumentalizados por políticas e instituições, estas como intermediadoras para o convívio social.

O pensador, em sua teoria, afirma que os princípios atribuem direitos e deveres às instituições e definem a distribuição adequada dos benefícios. Ou seja, as instituições e políticas devem ter por objetivo neutralizar as contingências sociais e culturais, assim como assegurar igualdade de oportunidades para que cada pessoa possa cultivar seus próprios talentos. Sob esse diapasão, é possível afirmar que uma política social e econômica eficiente proporciona maior cobertura, integração e qualidade dos serviços e políticas públicas.<sup>13</sup>

No que se refere à ideia de cooperação social, Rawls,<sup>14</sup> em sua obra “Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica”, esclarece

A justiça como equidade parte da ideia de que a sociedade deve ser concebida como um sistema equitativo de cooperação, e adota uma concepção de pessoa adequada a essa ideia.

[...]

O senso de justiça é a capacidade de entender, de aplicar e de agir a partir da concepção pública de justiça que caracteriza os termos equitativos da cooperação social. A capacidade de concepção do bem é a capacidade da pessoa de formar, de revisar e racionalmente perseguir uma concepção da vantagem

9 DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 jun. 2017.

10 BRASIL. Ministério da Saúde. *Equidade em saúde*: glossário temático economia da saúde. Brasília, 2009.

11 WHITEHEAD, Margareth. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. p. 429-45, 1992.

12 RAWLS, John. Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica. *Revista de Cultura e Política*, p. 25-59, 1992. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451992000100003>. Acesso em: 10 jun. 2017.

13 MACIEL-LIMA, Sandra; KFOURI NETO, Miguel. *O direito à saúde: equidade versus alta complexidade*. Direitos Sociais e Políticas Públicas II. Florianópolis: FUNJAB, 2013. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/publicacao/unicuritiba/livro.php?gt=113>. Acesso em: 25 set. 2018.

14 RAWLS, John. Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica. *Revista de Cultura e Política*, p. 25-59, 1992. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451992000100003>. Acesso em: 10 jun. 2017.



racional, ou do bem. No caso da cooperação social, esse bem não pode ser entendido estreitamente, mas como uma concepção do que é valioso na vida humana. Assim, a concepção do bem consiste normalmente num esquema mais ou menos determinado de fins últimos, isto é, fins que desejamos realizar por eles próprios, bem como ligações com outras pessoas e lealdades a vários grupos e associações.

[...]

Essa concepção de justiça fornece uma descrição das virtudes cooperativas adequadas a uma doutrina política em vista das condições e requisitos de um regime constitucional. Não deixa de ser uma concepção moral pelo fato de restringir-se à estrutura básica da sociedade, na medida em que essa restrição é o que permite que ela sirva como uma concepção política da justiça das nossas presentes circunstâncias. Assim, numa interface consensual (tal como entendida aqui), a concepção da justiça como equidade não é considerada meramente como um *modus vivendi*

Em termos práticos, pode-se inferir que, de acordo com essa teoria, é preciso que os ricos renunciem as vantagens das circunstâncias sociais e naturais que os beneficiam, salvo se tais benefícios sejam extensivos aos demais, a fim de aparar os feitos negativos da desigualdade. Para Rawls<sup>15</sup>, esse é o princípio da diferença

não importa o quanto a situação de cada pessoa seja melhorada; do ponto de vista do princípio da diferença, não há ganho algum a não ser que o outro também ganhe.

Martins<sup>16</sup> conclui que a “igualdade democrática guarda relação com a realização da justiça distributiva e com a prioridade a ser garantida às necessidades dos menos favorecidos (princípio da diferença)”.

Sob essa égide, Whitehead<sup>17</sup> trouxe o conceito de equidade em saúde, na perspectiva da justiça social. Entende-se, por essa perspectiva, que a injustiça se constitui de desigualdades que não beneficiam a todos sendo, portanto, necessário compensar os efeitos das desigualdades de condições, por meio de mecanismos de discriminação positiva.

A formulação de uma resposta política forte e adequada às iniquidades de saúde obriga a agir numa ampla variedade de campos: em primeiro lugar, devem ser estabelecidos os valores; a seguir, há que se descrever e analisar as causas; depois, devem ser erradicadas as causas profundas das iniquidades; e, por último, devem-se reduzir as consequências negativas das más condições de saúde.<sup>18</sup>

Assim, a equidade em saúde tem aceção distributiva considerando as diferentes necessidades dos cidadãos. Implicaria promover redistribuição de bens e serviços determinantes da saúde, de forma a minimizar diferenças. Para a autora, todos devem ter justa oportunidade para desenvolver pleno potencial de saúde, ou seja, ninguém deve estar em desvantagem. Reafirma, portanto, a ideia de redução das diferenças consideradas “desnecessárias, evitáveis e injustas”, o que implica igualdade de oportunidades: igualdade de acesso para iguais necessidades, uso igual dos serviços para necessidades iguais e igual qualidade de atenção para todos. O alcance da equidade, portanto,

é suficiente observar que, numa sociedade marcada por profundas divisões entre concepções opostas e incomensuráveis do bem, a justiça como equidade permite-nos pelo menos conceber como a unidade social pode ser possível e estável.<sup>19</sup>

Então, a equidade se concretizaria pela implementação de políticas equânimes — que reconhecem as diferenças (justas ou injustas) e pertinentes às necessidades, seja pela distribuição de recursos, oportunidades

15 RAWLS, John. Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica. *Revista de Cultura e Política*, p. 25-59, 1992. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451992000100003>. Acesso em: 10 jun. 2017.

16 MARTINS, Urá Lobato. A judicialização das políticas públicas e o direito subjetivo individual à saúde, à luz da teoria da justiça distributiva de John Rawls. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 5, Número Especial, p. 321, 2015.

17 WHITEHEAD, Margareth. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1990.

18 WHITEHEAD, Margareth. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. p. 429-45, 1992.

19 RAWLS, John. Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica. *Revista de Cultura e Política*, p. 25-59, 1992. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451992000100003>. Acesso em: 10 jun. 2017.

de acesso, ou utilização dos serviços. A equidade coloca-se, portanto, como fio condutor para a formulação de políticas de saúde, mesmo que não tenha efeitos imediatos para a redução de iniquidades mais efetivas e com respostas a problemas específicos.

A iniquidade em saúde na sociedade brasileira se apresenta, portanto, no acesso desigual a medicamentos para igual necessidade, principalmente, se comparada a classe social mais pobre às demais. Por isso, deve ser preocupação permanente das políticas públicas, voltadas para a saúde, a disponibilidade de bens e serviços essenciais. Importa manifestar que a política pública de medicamento não se apresenta como instrumento de extinção, impedimento ou minimização de gozo do direito social à saúde e, sim, como instrumento de superação das desigualdades e alcance da equidade na garantia do direito à saúde.<sup>20</sup>

### 3. A JUDICIALIZAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: O CASO DOS MEDICAMENTOS

Na construção das políticas de saúde, é imprescindível conhecer a realidade social, as instituições envolvidas, as barreiras existentes e os preceitos legais para que as decisões tomadas sejam efetivas ao que se pretende. Nessa conjuntura, questiona-se se os indivíduos têm acesso às ações e aos serviços de saúde necessários para a resolução de seus problemas, ou se existem restrições e barreiras importantes de acesso. Ou ainda, se ações e serviços de saúde estão sendo planejados e programados de acordo com as necessidades e realidade de local.<sup>21</sup>

Como estratégia de superar as desigualdades e alcançar a equidade, as políticas públicas se configuram como um importante meio de ação estatal, em prol do desenvolvimento social, para responder sobre o espaço e a definição da atuação, ou não atuação do Estado. Para Nunes et. al <sup>22</sup>, as políticas públicas são desenvolvidas pelo Estado de que visam assegurar os direitos sociais constitucionalmente previstos.

Além disso, é imprescindível o conhecimento legal-institucional, habilidade para prever e antecipar possíveis efeitos das políticas públicas sobre comportamentos individuais e coletivos. Devem ser considerados, portanto, na tomada de decisão, diálogo e negociação entre os diferentes atores envolvidos e os fenômenos político-administrativos, a fim de se alcançar uma política pública que responda aos anseios da sociedade. Enfim, esse é o desafio para a construção de uma política pública eficaz. Ou seja, encontrar soluções dos problemas públicos que sejam tecnicamente eficientes e politicamente viáveis.

O setor da saúde é um ambiente complexo, diverso, variado e dinâmico. As decisões, ações ou não ações são capazes de atingir de formas e dimensões distintas indivíduos, atores (políticos ou não) e outros setores. É, portanto, desafiante agir, não agir ou definir prioridades quando o assunto é a saúde.

Infere-se que a Reforma Sanitária apresentou ao Estado brasileiro a opção do direito à saúde como direito fundamental. Mas não apenas isso, pois apresentou o SUS como política social regida por princípios amplamente defendidos e pactuados. E, nesses moldes, a concretização do direito à saúde se daria “mediante políticas sociais e econômicas”. No âmbito da saúde, políticas públicas agregam o campo de ação social do Estado, orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho.<sup>23</sup>

20 IPEA. Programas de assistência farmacêutica do governo federal: evolução recente das compras diretas de medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência 2005 a 2008. *Nota técnica*, nº 74, 2010. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/101216\\_comunicadoipea74.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/101216_comunicadoipea74.pdf). Acesso em: 10 jun. 2017.

21 LUCCHESI, Patrícia T. R.; AGUIAR, Dayse Santos; WARGAS, Tatiana; LIMA, Luciana Dias de; MAGALHÃES, Rosana; MONERAT, Giselle Lavinias (coord.). *Políticas públicas em saúde pública*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

22 NUNES, Ana Luisa Tarter; COUTINHO, Nilton Carlos; LAZARI, Rafael José Nadim de. Políticas públicas e ativismo judicial: o dilema entre efetividade e limites de atuação. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 5, Número Especial, p. 208-222, 2015.

23 LUCCHESI, Patrícia T. R.; AGUIAR, Dayse Santos; WARGAS, Tatiana; LIMA, Luciana Dias de; MAGALHÃES, Rosana; MONERAT, Giselle Lavinias (coord.). *Políticas públicas em saúde pública*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

A formulação de uma política não pode estar distante da equidade. Especificamente, para a saúde, as políticas públicas deverão observar os princípios impostos na Lei orgânica do SUS. O artigo 196 da CR/88 dispõe que o direito à saúde será garantido mediante políticas sociais e econômicas. Em outras palavras, para alcançar os objetivos propostos no dispositivo legal mencionado, é preciso utilizar-se das políticas públicas, a fim de organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Afinal, o dispositivo legal, por si só, não possibilita o gozo de tal direito e a execução das orientações propostas. A interpretação rápida e simplista do Art. 196 da CR/88 limita o direito à saúde em “direito de todos e dever do Estado”, independentemente da existência de políticas públicas, e afasta o entendimento de que o dever do Estado se efetiva mediante políticas sociais e econômicas.

O referido dispositivo constitucional apresenta um Estado Interventor, com ação estatal positiva na efetivação de um direito social da saúde. Nessa configuração, por meio das políticas públicas, estabelecem-se diretrizes, para o setor público e privado, da saúde, visando à garantia do direito constitucional.<sup>24</sup>

De acordo com Vale<sup>25</sup>, a saúde é um bem jurídico individual e social, requerido por meio de direitos sociais fundamentais. Nesse sentido, o direito à saúde permite exigir do Estado ação ou não ação, a fim de que não prejudique e, concomitantemente, promova a saúde, quer por meio de prevenção, quer por meio do tratamento.<sup>26</sup>

Nesse contexto, o direito à assistência farmacêutica é dependente de políticas e de recursos públicos para ser garantido, sob a perspectiva de justiça distributiva, ou seja, “é preciso que essas necessidades individuais sejam contextualizadas dentro da política pública de medicamentos.”<sup>27</sup>

A despeito disso, as concessões de medicamentos pelo Judiciário e com base em análise simplista do dispositivo constitucional não observam diretrizes, desviam recursos para atender tais decisões judiciais e inviabilizam a sustentabilidade financeira da política imprescindíveis para a concretização do direito à saúde.<sup>28</sup>

De acordo com Sousa<sup>29</sup>, “há judicialização da política sempre que os tribunais, no desempenho normal das suas funções, afectam de modo significativo as condições da ação política.”

Questiona-se, portanto, se a conduta judiciária na concessão de medicamento sem observar as políticas públicas pertinentes, bem como a sustentabilidade financeira e o planejamento orçamentário, em conformidade com a exigência legal da Lei de Responsabilidade Fiscal<sup>30</sup>, embora imprescindível para a concretização do direito à saúde, não caracterizaria interferência no Poder Executivo, já que questões estão sendo decididas pelo Poder Judiciário “e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo” alterando, assim, a “linguagem na argumentação e, especialmente, no modo de participação da sociedade”<sup>31</sup>.

A Política Nacional de Medicamento (PNM), tida como o primeiro posicionamento formal e abrangente do Estado sobre medicamentos, no Brasil, com base na Reforma Sanitária e com base nas diretrizes da

24 SCHWARTZ, Germano. *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

25 VALE, L. A. M. M. *Racionamento e racionalização no acesso à saúde*: contributo para uma perspectiva jurídico-constitucional. Coimbra, 2007.

26 CANOTILHO, Joaquim J. G.; MOREIRA, Vital. *Constituição da República Portuguesa Anotada*. Coimbra: Coimbra Editora, 2014.

27 MARQUES, Sílvia B. A garantia do direito social à assistência farmacêutica: o papel do sistema jurídico e do sistema político. *Revista de Direito Sanitário*, v. 7, n. 1-3, p. 195-217, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v7i1-3p195-217>. Acesso em: 25 set. 2018.

28 SAVI, Luciane Anita; SANTOS, Elisa Silva dos. O papel do administrador público nas demandas judiciais no serviço de assistência farmacêutica. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 2, n. 2, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v2i2.93>. Acesso em: 10 jun. 2017.

29 SOUSA, Boaventura Santos. *Para uma revolução democrática da justiça*. Coimbra: Almedina, 2004. p. 20.

30 Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

31 BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. *THESIS*, v. 5, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433>. Acesso em: 25 set. 2018.

OMS para se garantir segurança, eficácia e qualidade, promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos. A PNM reorientou a Assistência Farmacêutica de modo a refletir na qualidade de vida da população, ao orientar as ações para concretização dessas diretrizes. Pautou-se, também, no acesso a todos, fato que levou à extinção da CEME (Central de Medicamentos), em razão da ineficiência na distribuição de medicamentos.

Mais uma vez, destaca-se a importância da interpretação ampliada do Art. 196 da CR/88 que se opõe ao direito constitucional à saúde, que privilegia a materialização desse direito, em sua plenitude, somente mediante o acesso ao medicamento. Como propostos na PNM, Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e demais políticas e programas, a Assistência Farmacêutica não está limitada à aquisição e à distribuição de medicamentos, pelo contrário, o SUS requer Assistência Farmacêutica integral, de qualidade, eficaz e segura.

Torna-se, portanto, preocupante o deferimento de medicamentos pelo Judiciário, ignorando as informações técnicas. Todos os processos judiciais pertencentes à amostra considerada, em algum momento, foram analisados pelos membros da CTCS. Esta se constituiu para auxiliar o magistrado do JESP na realização de acordos pré-processuais, bem como municiar o juízo de informações técnicas, caso a caso.

#### 4. METODOLOGIA

O presente trabalho utilizou-se de pesquisa bibliográfica e documental por meio do levantamento de amostra de processos judiciais. A pesquisa exploratória mostrou-se proveitosa, resultando na análise e na revisão da literatura de documentos, entre artigos científicos, manuais, legislação e documentos institucionais sobre o SUS, seu fundamento constitucional, princípios e políticas públicas, em especial, na área do medicamento no Brasil. Além disso, tornou-se possível descrever as características do fenômeno da Judicialização da saúde.<sup>32</sup>

O resultado da análise desses documentos proporcionou maior familiaridade com o problema e auxiliou na construção dos conceitos apresentados. Iniciou-se a análise documental de fonte secundária sendo, portanto, dispensada a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Trata-se de estudo transversal, retrospectivo e descritivo de processos judiciais.

No período de março a abril de 2017, foram analisados 187 processos judiciais em tramitação no Juizado Especial Cível (JESP) do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), cujo objeto restringiu-se ao pedido de medicamentos em face do Município de Belo Horizonte (MBH).

O acesso aos processos se deu pelo Sistema CNJ PROJUDI, que é um software mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e utilizado na comarca de Belo Horizonte (BH), para o JESP e Vara de Registros Públicos, na tramitação de processos judiciais. O sistema substitui o papel por autos processuais digitais. Pelo sistema de busca do PROJUDI, é possível selecionar os critérios da pesquisa que atendem o objeto do presente estudo.

A seleção da amostra se deu pelas ações judiciais, sob tramitação nas varas de Fazenda Pública do JESP Cível, que passaram pela Câmara Técnica de Conciliação da Saúde (CTCS) do TJMG no período de 01.07.2016 a 03.03.2017. Dessa forma, os processos judiciais que não constavam de documentos oriundos da CTCS foram descartados da amostra restando apenas aqueles que continham parecer técnico.

A CTCS é o resultado do Termo de Cooperação Técnica, celebrado entre o TJMG e o MBH em 30.06.2016, que tem como objetivo estabelecer cooperação entre os órgãos envolvidos “[...] com vistas a

32 GERHARDT, Tatiana E.; SILVEIRA, Denise T. *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.



proporcionar conciliação processual e pré-processual em situações de conflito envolvendo o Poder Público Municipal de Belo Horizonte, de reclamações relacionadas às questões de saúde pública [...]”.

Sobre o funcionamento da CTCS, é importante registrar que se situa, fisicamente, no edifício do JESP. No local, encontram-se disponíveis um profissional da SMSA (médico, farmacêutico ou enfermeiro) e um profissional da Secretária de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) para prestar orientações e elaborar parecer técnico sob cada demanda.

Há dois caminhos para se acessar a CTCS. No primeiro, o indivíduo, comumente desacompanhado de advogado, dirige-se ao local e recebe orientações sobre a política existente e quais os fármacos disponíveis, ou alternativos à pretensão por ele apresentada. Nesse momento, o indivíduo poderá aceitar ingressar no programa ou na política, se existente, e ter sua demanda resolvida. Ou, caso contrário, será encaminhado para a atermção de seu pedido e distribuição da ação judicial, juntamente ao parecer técnico emitido pelo profissional técnico. O segundo caminho se perfaz pelas demandas judiciais, distribuídas por advogados particulares, defensores públicos ou autores, que não compareceram à CTCS antes de ajuizarem a ação. Desta forma, após distribuir a demanda judicial e, antes de se manifestar em relação ao pedido liminar, o juízo encaminha o processo à CTCS, para emissão de parecer técnico.

Os pareceres técnicos, elaborados por farmacêutico, enfermeiro ou médico pertencente ao quadro de profissionais da SMSA, relatam informações sobre o diagnóstico alegado pelo autor da ação, sobre a prescrição médica apresentada e sobre a pertinência ou alternativas ao fármaco solicitado em relação às políticas existentes. Destaca-se que há emissão de parecer pelo representante da SMSA, quando o MBH encontra-se como réu da ação. Do mesmo modo, junta-se o parecer técnico emitido pelo representante da SES-MG, quando o EMG localiza-se no polo passivo da demanda. Se ambos forem solidariamente demandados, serão juntados os respectivos pareceres técnicos.

Paralelamente ao levantamento dos dados das ações judiciais, buscaram-se informações sobre os impactos da Judicialização juntamente à GEASF/SMSA e à Gerência de Processamento, Documentação e Arquivo do Contencioso Geral (GEPCG) da Procuradoria Geral do Município (PGM). À GEASF/SMSA compete “gerir o desenvolvimento de ações na área de assistência farmacêutica” do município de Belo Horizonte nos termos do art.34, do Decreto Municipal nº 16.767/2017. E a PGM, nos termos do Art. 59, da Lei Municipal nº 11.065/2017, “tem como competência planejar, coordenar, controlar e executar as atividades jurídicas de interesse do Município”. Ambas as gerências disponibilizaram informações do banco de dados de suas respectivas competências.

Após o levantamento dos dados, planilhados em Excel, para o tratamento, utilizou-se o R Studio que é um software livre, de ambiente de desenvolvimento integrado para R, uma linguagem de programação para gráficos e cálculos estatísticos voltados para a realização de testes de frequência, de correlação e de hipóteses.

Foram levantadas as seguintes variáveis: valor da causa, faixa etária, sexo, fundamento do pedido, data de distribuição do processo, representante, juiz, data de apreciação da tutela antecipada, fundamento da decisão liminar, prazo para cumprimento da liminar, se há informação da Câmara Técnica de Conciliação, se o medicamento faz parte da política de medicamento, existência de alternativas terapêuticas no SUS e data de realização da primeira audiência.

Tratados os dados, passou-se para a interpretação e análise qualitativa da amostra. A análise restringiu-se aos documentos processuais constantes desde a distribuição da ação até o deferimento da antecipação de tutela pelo Poder Judiciário para o fornecimento de medicamento pelo Município de Belo Horizonte. Tal análise objetivou verificar se o Poder Judiciário está a condicionar o fornecimento de medicamentos às políticas públicas.

Este artigo é fruto da dissertação da primeira autora, sob a orientação da segunda, aprovada pelo Programa de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

## 5. PANORAMA OBSERVADO

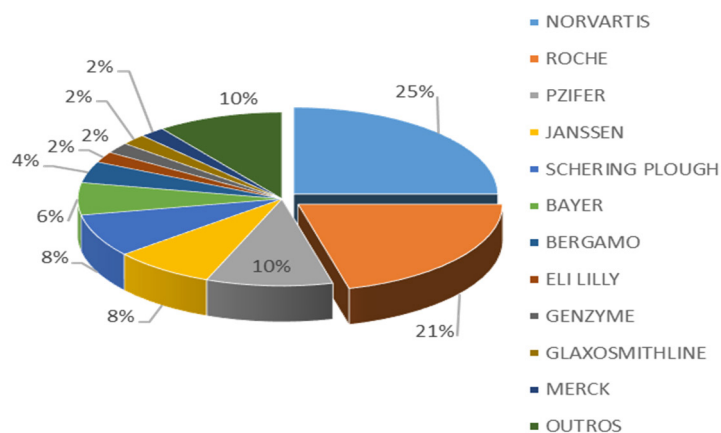
De acordo com os dados<sup>33</sup> da GEPCG/PGM, havia cadastradas 4.123 demandas judiciais, no período compreendido entre 16.05.2016 e 24.05.2017, dos ramos de direito civil e direito administrativo em face do MBH, das quais 43,4% tratam-se de pedidos envolvendo bens e serviços de saúde.

O crescimento das ações judiciais com pedidos de bens e serviços de saúde tem sido exponencial nos últimos anos. Em 2012, a GEASF/SMSA registrou<sup>34</sup> o atendimento de 322 itens por ordem judicial. Em 2016, o registro quase triplicou, sendo atendidos 955 itens. Ressalta-se que tais números referem-se aos itens atendidos e não ao número de ações judiciais. Cada ação judicial pode conter mais de um item e pode ter sido atendida pelo MBH, pelo Estado de Minas Gerais (EMG), ou ter sido procedido o bloqueio judicial para a aquisição pelo próprio autor da ação.

Em termos financeiros, em 2017, considerando-se as demandas cadastradas no órgão, a previsão de gasto mensal foi de R\$3.709.725,88 conforme dados disponibilizados pela GEASF/SMSA. Destaca-se que o orçamento previsto, no exercício de 2017, para a Assistência Farmacêutica, é de 81 milhões de reais conforme Lei Orçamentária Anual do município de Belo Horizonte. Pode-se inferir, portanto, que a previsão de gasto com o atendimento das demandas judiciais representa de 54,9% do orçamento total da Assistência Farmacêutica.

Ainda, de acordo com os dados da GEASF/SMSA, da previsão mensal de R\$3,7 milhões, para cumprimento de decisões judiciais, em 2017, apenas R\$ 549.538,74 referem-se a medicamentos padronizados no SUS. Destaca, também, que, do valor gasto com a Judicialização de medicamentos padronizados, R\$ 28.852,26 referem-se a medicamentos da REMUME.

**Gráfico 01 - Proporção Financeira versus Laboratório Farmacêutico**



Fonte: GEASF/SMSA.

Além disso, importa frisar que, de acordo com informações da GEASF/SMSA, em 2016, 46% dos medicamentos, atendidos pela SMSA, em razão de demanda judicial, concentraram-se em dois laboratórios farmacêuticos, em um universo de quase 60 empresas<sup>35</sup>.

Em relação à amostra pesquisada no presente trabalho, observa-se que, nas ações judiciais analisadas, 62% dos autores eram do sexo feminino e que 52,7% eram idosos.

33 Os dados da GEPCG/PGM se originam de documentos de controle interno de tramitação das demandas do próprio órgão e disponibilizado aos pesquisadores.

34 Os registros disponibilizados aos pesquisadores originam-se de controle de dispensação de medicamentos e emissão de notas de empenho.

35 A Associação de Indústria Farmacêutica de Pesquisa (INTERFARMA) conta com 55 empresas associadas.

Além disso, 24,1% do total dos autores não demandavam, judicialmente, por meio de representação, 69% eram representados por defensor público e o restante, por advogado particular. Em todos os casos analisados, o pedido fundamentou-se no Art. 6º e no Art. 196 da CR/88. Os valores das causas dos 187 processos analisados somavam o montante de R\$ 2.561.389,09, sendo o valor mínimo R\$500,00, o máximo R\$ 54.981,36 e a média de R\$6.831,97.

Destaca-se, ainda, que, em 96% da amostra, o MBH e o EMG, solidariamente, compunham o polo passivo das demandas. E que, de acordo com os dados do processo judicial, 17,6% dos autores procuraram a CTCS, antes de ajuizar a ação judicial que solicitava o fornecimento de medicamento pelo Estado.

A distribuição, por sorteio, das ações judiciais foi realizada de forma equilibrada, entre os três juízes que compunham as varas da fazenda pública do Juizado Especial do TJMG. Para a presente pesquisa, os juízes foram nomeados de Juiz 1, Juiz 2 e Juiz 3 com, aproximadamente, 28%, 39% e 32%, respectivamente, do total dos processos analisados.

Destaca-se que todas as antecipações de tutela deferidas<sup>36</sup> se deram em sede de liminar, ou seja, antes da citação/intimação do réu sobre o processo. É importante frisar, também, que ações processadas no JESP possuem um rito sumaríssimo para que se consiga atender o seu objetivo, preenchendo os critérios elencados no Art. 2º da Lei 9.099/95.

Distribuída a ação, imediatamente, o autor é intimado da data de Audiência de Conciliação. Após, o processo é encaminhado ao juízo que apreciará o pedido de antecipação de tutela, se houver, e dará ciência da ação ao réu. Somente na audiência o réu terá oportunidade de apresentar defesa. A antecipação de tutela adianta os efeitos da decisão final, podendo ser revertida por recurso, ou na sentença final. Pode ser concedida, em sede de liminar, ou seja, antes do réu conhecer a ação.

Diante dessas considerações, merece destacar o prazo para que essas decisões liminares fossem concedidas e, conseqüentemente, cumpridas pelo Estado. De acordo com os dados, a mediana de 261 dias revela o período entre a propositura da ação e a realização da primeira audiência. Em outras palavras é de, aproximadamente, nove meses o período que o Estado permanecerá fornecendo o medicamento antes da primeira audiência.

As liminares são deferidas em 21 dias (moda), contados a partir da data de distribuição do processo, para que o Estado a cumpra em 10 dias. Merece destaque que a aquisição de medicamentos deve respeitar a legislação para compras públicas e que tal prazo não é razoável para o cumprimento da decisão nos termos da Lei nº 8.666/90, que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública, e a Lei nº 10.520/2002, que institui a modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns.

Além disso, quando a decisão é publicada, o Estado é obrigado ao cumprimento da ordem judicial até que seja proferida a sentença final do processo, o que não ocorre em prazo inferior a 213 dias, em média, lapso temporal entre a decisão liminar e a primeira audiência. É importante compreender que, não havendo conciliação na primeira audiência, poderá ser marcada Audiência de Instrução e Julgamento, ou os autos serão conclusos para decisão final. Salienta-se que não há prazo para que ocorra o final da ação que confirmará, ou revogará a decisão que antecipou a tutela pretendida pelo autor. Assim, durante todo esse período, o Estado permanecerá fornecendo o medicamento deferido por ordem judicial.

Sobre as decisões analisadas, observa-se que 93,6% da amostra possuíam pedido de tutela antecipada, sendo 80,7% delas deferidas, mesmo que parcialmente e, apenas 3,7% indeferidas, conforme demonstra a Tabela 01.

36 A amostra foi analisada até a antecipação de tutela. Cabe esclarecer, nos termos do Art. 300 do Código de Processo Civil vigente, a Lei nº 12.105/2016.

**Tabela 01 - Resultado de pedido de antecipação de Tutela**

|                       | <b>Frequência</b> | <b>Porcentagem</b> |
|-----------------------|-------------------|--------------------|
| Deferida              | 151               | 80,7               |
| Não apreciada*        | 27                | 14,4               |
| Indeferida            | 7                 | 3,7                |
| Parcialmente deferida | 2                 | 1,1                |
| <b>TOTAL</b>          | <b>187</b>        | <b>100</b>         |

**\* Até a data da análise o pedido de tutela antecipada, ainda não tinha sido apreciada pelo Juízo.**

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Ao analisar as decisões que antecipam a tutela (Tabela 02), observou-se que 94,4% dessas decisões fundamentaram-se no Art.196 da CR/88 para conceder o fornecimento, pelo Estado (EMG e MBH), e 4,3% delas foram indeferidas. Destaca-se que nenhuma das decisões que tiveram o pedido de tutela antecipada negado se baseou na CR/88. Importante ressaltar que 84% das ações judiciais analisadas, após serem distribuídas, foram encaminhadas à Câmara de Conciliação para a emissão de parecer técnico sobre a pertinência dos pedidos em relação à política de medicamento no município.

Em conformidade com os documentos emitidos pela Secretaria Municipal de Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde e os documentos juntados pelo autor da ação à peça inicial do processo judicial, em 95,7% dos processos analisados, constatou-se que 57,2% dos fármacos solicitados não pertenciam à “Lista do SUS”. Ou seja, o medicamento solicitado não pertencia ao rol de medicamentos fornecidos pelo Estado (União, estado ou município), nas respectivas listas, ou não fazia parte em nenhum dos programas de assistência farmacêutica.

Desses medicamentos divorciados da “Lista do SUS”, possuíam alternativas terapêuticas 63,1% dos casos, e, em 14,4%, o medicamento não tinha indicação para a doença alegada pelo autor da ação judicial. Ao considerar os documentos produzidos no curso do processo judicial, o percentual de fármacos com opções terapêuticas fornecidas pelo SUS alcança 83,4% do total de ações.

A variável “Resultado da Liminar” mapeia as decisões deferidas, parcialmente deferidas, indeferidas e não apreciadas. Já a variável “Fundamento da Liminar” informa se a decisão baseou-se na CR/88, em políticas públicas, ou em outra legislação infraconstitucional.

**Tabela 02 - Fundamento jurídico por resultado de antecipação de tutela**

| <b>Fundamento da Antecipação de Tutela</b> | <b>Resultado da Antecipação de Tutela</b> | <b>Contagem</b> | <b>Porcentagem</b> |
|--|---|-----------------|--------------------|
| Constituição                               | Deferida                                  | 151             | 94,4               |
|  | Indeferida                                | 0               | 0                  |
|  | Parcialmente deferida                     | 2               | 1,2                |
| Políticas Públicas                         | Deferida                                  | 0               | 0                  |
|  | Indeferida                                | 5               | 3,1                |
|  | Parcialmente deferida                     | 0               | 0                  |
| Outra                                      | Deferida                                  | 0               | 0                  |
|  | Indeferida                                | 2               | 1,2                |
|  | Parcialmente deferida                     | 0               | 0                  |

Fonte: Elaborado pelas autoras.



Garantir o direito à saúde, sobretudo na assistência farmacêutica, é um amplo desafio para o qual é preciso utilizar-se das políticas públicas, a fim de organizar as funções governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Afinal, o dispositivo legal por si só não possibilita o gozo de tal direito e a execução das orientações propostas. De modo diferente desse entendimento, observa-se uma alta correlação positiva (0,843) entre as variáveis “Resultado da Liminar” e “Fundamento da Liminar”, com significância  $p < 0,001$ . Isso permite dizer que as decisões que determinaram a concessão de medicamentos as quais foram analisadas na amostra não observaram as políticas públicas existentes, limitando-se à interpretação simplista do Art.196 da CR/88. Isso afasta todo o processo de construção do SUS, que o estabeleceu como política pública social de obrigatória observação para a efetivação do direito à saúde, de modo universal.

Observa-se que todos os processos judiciais que compõem a amostra receberam o tratamento da CTCS, em algum dos caminhos relatados, já que este é um dos critérios de seleção da amostra. Considerando-se essa realidade, destaca-se que o percentual de 57,2% dos fármacos solicitados não pertencerem à “Lista do SUS” e, destes, 83,4% da amostra, considerando-se os pareceres técnicos, possuíam opções terapêuticas fornecidas pelo SUS. E, além disso, ignorando-se os PCDT’s, 14,4% dos medicamentos pleiteados não tinham indicação para a doença alegada.

## 6. DISCUSSÃO: A JUDICIALIZAÇÃO E OS PODERES DO ESTADO

Considerando-se o conceito de equidade já explanado neste trabalho, é possível interpretar o deferimento de medicamentos que ignora as políticas, as instituições e toda a estrutura SUS como interferência do Poder Judiciário no Poder Executivo, uma vez que tais decisões judiciais produzem reflexos importantes.

Primeiramente, aponta-se para a interferência na gestão dos recursos financeiros e o conseqüente aumento do custo social. Como se viu anteriormente, o financiamento do SUS se dá por meio de Blocos de Financiamento. É importante destacar que os valores despendidos para cumprimento de ordem judicial não podem ser debitados na rubrica da Assistência Farmacêutica e, sim, do Fundo Municipal de Saúde. Dessa forma, haverá alteração da execução no planejamento dos demais bens e serviços destinados à população. A utilização dos componentes do Bloco da Assistência Farmacêutica, assim como os demais, não pode ser desviada e, para tanto, passa por planejamento, o denominado Ciclo Orçamentário.

O Ciclo Orçamentário compreende o período de vários anos. No Brasil, esse período é de, no mínimo, três anos, pois começa com a aprovação do Plano Plurianual (PPA), relativo a um período de um ano, que vai do segundo ano do mandato em curso à aprovação da Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), relativas aos três anos de mandato, e abrange a entrega de orçamento para vigorar no primeiro ano do mandato subsequente.<sup>37</sup>

De tal modo, o planejamento e a execução do orçamento, pelo Poder Executivo, é precedido de um conjunto de procedimentos. Para a programação, são consideradas as políticas e os programas de saúde, indicadores epidemiológicos, bem como a sazonalidade de dispêndios e arrecadação. E essa programação é submetida aos mecanismos de controle interno e externo. Enfim, há organização dos recursos, antes de executá-los. Todo esse planejamento se dá com fim de executar ações e serviços. Se alterado o planejamento, inevitavelmente, será alterada a execução.

De acordo com a LOA, Lei nº 10.895, de 30.12.2015, do MBH, para o exercício de 2016, o orçamento da SMSA era de R\$3.636.045.904,00. Desse o valor, R\$25.927.588,69 estão destinados para a Atenção Básica.

37 MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. *Manual para o gestor municipal de saúde*. Belo Horizonte: SES-MG, 2013.

Da mesma forma, tantos outros valores estão destinados às diversas ações e serviços do SUS para o MBH. Ou seja, há limite de gastos, não apenas para todo o setor saúde, como também para as políticas, programas e ações do Sistema. Infringir ao Executivo, pela via judicial, o fornecimento de medicamentos leva ao desequilíbrio orçamentário planejado e com a previsão de despesas conectada a respectiva rubrica classificatória específica não podendo ser alterado em razão do princípio da especificação. Ou seja, decisões judiciais obrigam a realização de despesa não prevista na LOA. Sobre isso Pereira<sup>38</sup> apresenta a seguinte análise:

a situação do gestor público se agrava ainda mais pelo fato de que a ele só é permitido agir nos termos da lei, dado o princípio da legalidade que rege a atuação administrativa. Sendo o orçamento anual uma lei, assim como os demais instrumentos de planejamento da ação governamental, o administrador somente está autorizado a realizar os gastos consignados conforme a LOA.

Esse desarranjo orçamentário não se limita ao desvio ou às perdas de recursos financeiros. É ampliado à desorganização da efetivação do direito à assistência farmacêutica aos cidadãos, de forma integral e universal. Percebe-se que a sobreposição das decisões judiciais às opções políticas representa enfraquecimento, ameaça à própria democracia e à complexidade interna do SUS, já que ele atua alheio aos limites estruturais do sistema jurídico posto. Ou seja, o Poder Judiciário decide, analisando caso a caso, inobservando a lógica SUS, atento apenas à lógica da prática das decisões judiciais. E, ainda, sem a percepção de que está diante do contexto de recursos finitos.

Não se pode ignorar que há escassez e que seja preciso definir quem tem direito, como se dará o acesso e quanto cada indivíduo pode utilizar dos bens coletivos, já que não se pode conceder, indefinidamente, tudo para todos. E essa decisão se dá firmado em diretrizes e princípios, sob pena de serem discricionárias e por critério de quem detém o poder de decidir caso a caso: o juiz.<sup>39</sup>

As decisões dos gestores, quando da formulação de política pública, baseiam-se nas principais necessidades de saúde da população e nos recursos disponíveis. E a usurpação de recurso destinado para a execução desse fim impede o atendimento equânime. Nesse contexto, o Estado, então, se vê obrigado a excluir, dentre as ofertas do SUS já pactuadas, bens e serviços para garantir o cumprimento de ordem judicial, já que “ordem judicial não se discute, se cumpre”.<sup>40</sup>

E aqui se apresenta o segundo reflexo dos deferimentos de pedidos de medicamento por ordem judicial: o afastamento da equidade como instrumento de concretização da universalidade.

De acordo como relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), ainda há desigualdade na aquisição de medicamentos pelas famílias brasileiras. Conforme dados coletados pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), referentes aos anos 2008-2009, do IBGE, as famílias mais pobres gastavam mensalmente, com cada indivíduo, em média, R\$ 6,55 na aquisição de medicamentos. Já as mais ricas gastavam em torno de R\$ 59,62, ou seja, aproximadamente nove vezes mais que as famílias mais pobres. Em termos absolutos, as famílias com menor poder aquisitivo comprometiam, em termos relativos, muito mais renda familiar na aquisição desses bens essenciais, ou seja, 12% de sua renda monetária. Já as famílias mais abastadas comprometiam somente 1,7%<sup>41</sup>.

É de suma importância garantir aos indivíduos o acesso ao serviço público de assistência farmacêutica, ofertado e padronizado pelo Estado sob a respectiva política pública, a fim de que o direito à saúde seja garantido de forma adequada para toda a coletividade. Enfim, é necessário que o Judiciário conheça os

38 PEREIRA, Fernanda Tercetti Nunes. Ativismo judicial e direito à saúde: a judicialização das políticas públicas de saúde e os impactos da postura ativista do Poder Judiciário. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 5, Número Especial, p. 304, 2015.

39 MEDEIROS, Marcelo. *Texto para discussão*: princípios de justiça na alocação de recursos em saúde. IPEA, 1998.

40 MARQUES, Sílvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, p. 101-7, 2007.

41 IPEA. Programas de assistência farmacêutica do governo federal: evolução recente das compras diretas de medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência 2005 a 2008. *Nota técnica*, nº 74, 2010. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/101216\\_comunicadoipea74.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/101216_comunicadoipea74.pdf). Acesso em: 10 jun. 2017.

elementos da política pública de medicamentos e exerça sua função jurisdicional “de corrigir as eventuais desigualdades ocorridas no campo sanitário, desde que provocado”.<sup>42</sup>

Ao Judiciário, cabe limitar-se ao cumprimento de seu papel constitucional e evitar o enfraquecimento das políticas públicas que se colocam como instrumento garantidor da efetivação do direito à saúde. Não cabe a esse Poder “conceder vontades”, sob pena de torna-se manipulado, garantista e contramajoritário de direitos fundamentais aos jurisdicionados, já que suas decisões interferem, em certas vezes, de forma negativa e evitam a aplicação de decisões tecnicamente eficientes e politicamente viáveis, impulsionando, cada vez mais, a Judicialização da saúde no Brasil.<sup>43</sup>

Sobre o conteúdo das decisões, os resultados da análise da amostra demonstram a alta correlação entre deferimento das liminares e o argumento constitucional, o que permite inferir o seguinte cenário: elevado número de deferimento, pelo Poder Judiciário, de pedido de medicamento, ocorre sob o fundamento de que a Constituição garante a saúde como “direito de todos e dever do Estado”.

Importa, mais uma vez, ressaltar que o SUS não nasceu, em 1988, de modo espontâneo e irrefletido, com inclusão de dispositivos constitucionais no ordenamento jurídico brasileiro. Como se demonstrou em capítulos anteriores, o SUS foi concebido pelo Movimento da Reforma Sanitária, face ao sistema campanhista e excludente posto à população brasileira. As décadas que antecederam a CR/88 foram marcadas por conquistas, avanços, retrocessos e, especialmente, na VIII Conferência Nacional de Saúde, pela expressiva participação popular. O relatório dessa Conferência que propunha um sistema caracterizado pela universalização inclusiva, nacional, com ações e serviços oferecidos, predominantemente, pela rede pública, com a participação complementar do setor privado, tornou-se “pré-constituente” decisiva para a elaboração do capítulo referente à saúde na CR/88.<sup>44</sup>

O Art. 196 da CR/88, que fundamenta os 94,4% das decisões analisadas para o deferimento de medicamentos, merece a interpretação que o legislador constituinte objetivou alcançar. Diferentemente do que ocorre, o legislador constituinte não pretendeu um sistema, especialmente aos que acessam o Poder Judiciário, que “oferece tudo a todos”, sem a observância do contexto da gestão, dos princípios, das diretrizes e das políticas públicas vigentes. Ao contrário, pretendeu um sistema universal, pautado na equidade, na integralidade dos serviços, sob a gestão descentralizada, regionalizada, hierarquizada e com participação popular.

Sob esse diapasão, o SUS, desenhado na CR/88, é resultante da mudança de paradigma em relação ao direito à saúde no Brasil, no qual deixou de ser seguro social restrito a benefícios e serviços específicos, de caráter contratualista, e tornou-se um direito universal, no qual o papel do estatal é o de garantir o exercício universal desse direito.<sup>45</sup>

O SUS, para concretização do direito à saúde, foi concebido como política pública social que contém princípios e diretrizes. O texto constitucional dispõe que a garantia do direito à saúde se dará por meio das políticas e dos mecanismos de efetivação, postos nos princípios e na legislação pertinentes. É, portanto, dever constitucional do Estado agir, ou não agir, e garantir a gestão equitativa dos recursos públicos destinados à saúde.

Diferentemente disso, a interpretação do dispositivo constitucional, dada pela academia e pelos manuais de direito constitucional, limita-se a formar operadores do direito com a visão histórica dos direitos sociais

42 MARQUES, Sílvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, p. 101-7, 2007.

43 MOREIRA, Luiz. Judicialização da política no Brasil. *Le Monde Diplomatique Brasil*, fev. 2013. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/judicializacao-da-politica-no-brasil/>. Acesso em: 25 set. 2018.

44 ROMERO, Luiz C. P. *O Sistema único de saúde: um capítulo à parte*. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte/view>. Acesso em: 10 jun. 2017.

45 ROMERO, Luiz C. P. *O Sistema único de saúde: um capítulo à parte*. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte/view>. Acesso em: 10 jun. 2017.

e afastada da inerente observância das políticas públicas para a concretização desses direitos. Assim, juízes, promotores, defensores públicos, advogados e demais operadores do direito restringem-se à análise do texto à doutrina constitucional que se constrói pautada na percepção filosófica sobre o Estado, a saúde e a vida.<sup>46</sup>

Alguns desses doutrinadores tratam o Art. 196 da CR/88 como norma programática e comentam sobre a existência do SUS por meio de abordagem não desejável para o tema. E há, ainda, em manuais de direito constitucional, fonte do direito, a afirmação de que o referido artigo necessita de regulamentação ignorando, assim, o SUS como política social.<sup>47</sup>

Essa realidade sinaliza que pensar o “direito à saúde”, da forma como tem ocorrido, está limitando a efetivação da assistência farmacêutica, ao impor ao Estado o dever de agir positivamente, como também compelir ao afastamento das políticas públicas existentes, historicamente construídas e pensadas, como uma maneira de se alcançar e se concretizar o bem-estar do indivíduo.<sup>48</sup>

Conforme Macedo e Barbaerato-Filho<sup>49</sup>, tal fundamentação para concessão de medicamentos pelo Poder Judiciário é passível de discussão sobre a eficácia do argumento jurídico em relação aos direitos sociais e a avaliação da saúde como bem econômico.

É imperiosa a necessidade de se prosseguir a leitura do Art. 196 da CR/88, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, para que, realmente, seja concretizado o direito à saúde, visto como dever do Estado.

Infere-se o afastamento da compreensão de que o Estado brasileiro, mediante políticas públicas, deva reduzir o risco de doença e de outros agravos e garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, além de contribuir para o agravamento das desigualdades e ir de encontro às conquistas embasadas nas reivindicações do Movimento Sanitário, especialmente a universalidade e equidade, à medida que os pedidos são deferidos.

Enfim, toda a construção histórica, social, ideológica e legislativa do SUS torna-se ameaçada, à medida que o Poder Judiciário se manifesta de forma contrária e sob análise simplista do texto constitucional.

A título exemplificativo, destacam-se três decisões e os respectivos pareceres da amostra que se assemelham às demais analisadas, permitindo-se, portanto, demonstrar a ausência de análise das políticas públicas e a fundamentação simplista do Art. 196 da CR/88 para o deferimento do medicamento.

Sete dias antes da Decisão 1, em face ao EMG e ao MBH, que se fundamentou no seguinte argumento “o artigo 196 da CR dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, ora entendido como a Administração Pública em geral”, foi juntado parecer técnico aos autos. Nesse documento, o parecerista ponderou que o medicamento pretendido foi submetido à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) não sendo aprovado e não faz parte da REMUME. E, por fim, informou que há alternativas terapêuticas disponíveis para satisfação da demanda. A despeito disso, o medicamento foi deferido para

46 BASTOS, Celso Ribeiro; MARTINS, Ives Gandra da Silva. *Comentários à constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva, 2000; BULOS, Uadi L. *Constituição Federal anotada*. São Paulo: Saraiva, 2015.; CANOTILHO, Joaquim. J. G. *Direito Constitucional e teoria da Constituição*. Coimbra: Almedina, 2007; FERNANDES, Bernardo G. *Curso de Direito Constitucional*. Rio de Janeiro: Lumen, 2011; LENZA, Pedro. *Direito Constitucional esquematizado*. São Paulo: Saraiva, 2015; MEDINA, José M. G. *Constituição federal comentada*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014; NERY JUNIOR, Nelson. *Constituição Federal comentada e legislação constitucional*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

47 PADILHA, Rodrigo. *Direito Constitucional esquematizado*. Imprensa: São Paulo, 2014.

48 BITTENCOURT, Guaraci Bragança. O “estado da arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 5, n. 1, p. 102-121, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i1.261>. Acesso em: 25 set. 2018

49 MACEDO, Eloisa Israel de; LOPES, Luciane Cruz; BARBERATO-FILHO, Silvio. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 706-713, Aug. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 jun. 2017.



que, solidariamente, estado e município arquem com os custos de duas ampolas por mês do medicamento, por prazo seis meses, em sede de decisão liminar, para cumprimento em 10 dias. De acordo com o orçamento apresentado pelo autor, o preço unitário é de R\$ 2.279,00, totalizando o valor de R\$ 54.696,00. Sobre isso, deve-se considerar que os recursos dispendidos para aquisição do medicamento poderão ser superiores ao valor da causa, não apenas pelos custos administrativos para a compra, mas em razão da venda urgente ao governo apresentar cotação de preços superior àquela apresentada pelas farmácias ao consumidor final. Além disso, a decisão ignorou a política existente, a deliberação de não incorporação do CONITEC, as opções terapêuticas alternativas e se limitou a atender a prescrição médica, alheia a toda estrutura do SUS.

Em relação à Decisão 2, sob igual fundamentação, foi deferido o pedido de medicamento, sem considerar a informação técnica, juntada aos autos, que informou que os registros do fármaco junto a ANVISA estariam vencidos e apresentou alternativa terapêutica. Tal decisão se contrapõe à PNM que tem como diretriz a regulamentação sanitária de medicamentos e a garantia da segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos.

Na Decisão 3, sob os mesmos argumentos, foram deferidos medicamentos, a despeito de não serem padronizados e não apresentarem superioridade significativa em relação às alternativas ofertadas pelo SUS. Observa-se que o EMG e o MBH ficam obrigados a cumprir a determinação judicial, por tempo indeterminado, ignorando a diretriz da PNM, de Promoção do uso racional de medicamentos, tendo em vista que os pacientes que utilizam medicamentos para tratamentos psíquicos devem ser reavaliados a cada dois meses e ter sua receita renovada pelo mesmo período de acordo com as determinações da ANVISA.

Como contraponto destaca-se a decisão, denominada Decisão 4, pertencente a amostra revela-se acertada ao fazer cumprir a política pública existente e não observada pelo Estado ao advertir que o medicamento pleiteado “foi recomendado pelo CONITEC para incorporação na rede pública, em 2013, para tratamento de um tipo de câncer de pulmão, sendo aderido”. Sendo assim, de maneira coerente ao SUS, fez cumprir a política existente a despeito da manifestação técnica de que havia “impossibilidade de fornecimento porque o atendimento a pacientes com neoplasias malignas no SUS é realizada por meios de Centros/Unidades de Alta Complexidade em Oncologia” em que se pese ter fundamentado a decisão igualmente no Art.196 da CR/88.

Assim, é importante frisar que a Judicialização não é somente negativa. É um instrumento disponível para se exigir ação estatal na concretização do direito à saúde. Mas é preciso compreender esse instrumento e utilizá-lo de forma a promover o bem comum, assim como ocorreu no início da década de 1990. Consta que à época, além da participação de associações relacionadas aos portadores de HIV/AIDS, a Judicialização da Saúde ganhou força em relação as demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos antiretrovirais tendo como objetivo maior incorporação de fármacos à política de assistência farmacêutica.<sup>50</sup> Este é um exemplo de atuação positiva da Judicialização. O Relatório da Unaid, *How AIDS Changed Everything*, aponta o Brasil como referência mundial e destaca o importante papel histórico do país no cenário global de combate à doença.<sup>51</sup>

O mapeamento das ações judiciais que compõem a amostra permite observar, mais uma vez, que, em termos práticos, a interpretação da saúde, limitada ao argumento de dever do Estado, enfraquece as políticas e os programas destinados ao acesso ao medicamento no Brasil.

As decisões analisadas deferiram medicamentos, considerando-se apenas as prescrições médicas que se descontextualizam dos PCDT's, programas e políticas públicas vigentes. Assim, observa-se a afronta ao

50 VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso). Acesso em 25 set. 2018.

51 UNAIDS. *How AIDS Changed Everything*. Geneva: Unaid, 2015. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/MDG6Report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf). Acesso em: 25 set. 2018.

Princípio da Equidade, tendo em vista a assistência por medicamentos não padronizados, ou não constantes em protocolos, para o atendimento de poucos.

Os dados da GESAF/SMSA reforçam essa contestação: em 2016, o quantitativo de itens não padronizados cadastrados pela SMSA, para o cumprimento de demanda judicial, foi de 955, no atendimento de, aproximadamente, mil pacientes, contrapondo-se à REMUME que contém 382 medicamentos padronizados para o atendimento da população dos pouco mais de 2,5 milhões habitantes do MBH.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito social à saúde, conforme prevê a CR/88, somente pode ser garantido mediante políticas públicas que, por seu caráter coletivo, exigem a ação ou não ação efetiva do Estado para sua concretização.

A construção histórica do SUS, especialmente a partir do Movimento Sanitário, resultou na ruptura de um sistema contratualista, excludente e de financiamento seletivo por um sistema que se quer universal, gratuito e equânime. Apesar de todas as dificuldades para a sua implementação, o SUS tem, hoje, um impacto social de grande importância, como sistema de proteção social, em razão dos resultados obtidos e da abrangência da cobertura alcançada.

O sistema de saúde brasileiro se apresenta como política pública social e instrumento de superação das desigualdades, por meio da equidade institucionalizada nas políticas públicas que são um importante meio de ação estatal em prol do desenvolvimento social, impulsionadas pelos conflitos e disputas.

As políticas são desenhadas e programadas para serem executadas, de acordo com as necessidades e a realidade da população. Quando o Judiciário não considera as políticas, conforme o contexto desafiante, apresenta-se o seguinte quadro: gestores tentando equilibrar orçamentos comprometidos por decisões judiciais e juízes tentando se inteirar do que é relativo à saúde, sem compreender o SUS como política para decidir as demandas por medicamentos. Assim, apresentam-se os dois Poderes, Executivo e Judiciário, separadamente, vivendo os dilemas de cumprir as decisões, conciliar as normativas do SUS e o financiamento insuficiente.

O Judiciário e seus operadores precisam apreciar as competências do SUS, compreender o financiamento do sistema e a finitude dos recursos. E, principalmente, voltar o olhar para as políticas públicas disponíveis e, na ausência delas, identificar um caminho adequado à realidade do SUS para que se proteja o direito individual e o coletivo, sob pena de emitir decisão divorciada de análise de fatores técnicos, ordinalmente externos à teoria jurídica. Deve-se conhecer a gestão, os procedimentos médicos e farmacológicos na análise de processo judicial. Assim, conhecer o SUS diz respeito a incluir, na análise prévia, a decisão judicial, a pactuação entre gestores, o processo de construção das políticas, os PCDT e os atos normativos primários (Lei Complementar; Lei Ordinária; Lei Delegada; Medida Provisória; Decreto Legislativo; Decreto Autônomo, entre outros) e secundários (Decretos; Regulamentos; Resoluções; Portarias; Instruções e outros). Não é uma tarefa fácil, mas que garantirá a equidade do SUS, tendo em vista que decisões judiciais modificam, irremediavelmente, os destinos sociais.

Cabe, portanto, ao judiciário agir para a garantia do acesso ao medicamento aos autores das 42,8% das ações judiciais, que compõem a amostra, cujo objeto são medicamentos padronizados. Importa a esse Poder fazer cumprir o direito à saúde, pactuado e, conseqüentemente, fortalecer as políticas vigentes. Deve o Judiciário e seus operadores exigirem a elaboração, implementação e efetiva execução de políticas públicas, em sintonia com os princípios, diretrizes e realidade do SUS e da população brasileira evitando, assim, ser objeto de manipulação e de alvo de pressões corporativas, industriais, mercantis e da sociedade.

A Judicialização não é o único desafio do Executivo. A este cabe manter atualizadas as listas de medicamentos disponibilizados pelo SUS e os respectivos protocolos. As incorporações tecnológicas compatíveis

com o custo-efetividade e com o seu uso racional, assim como regular, fiscalizar e normatizar são ações fundamentais para a sustentabilidade do sistema.

Não se alude um Estado negligente frente às necessidades individuais, mas isso não pode servir de argumento para que o direito à assistência farmacêutica se isole da política pública, construída sob a perspectiva da justiça distributiva para garantia de direitos. Não se pode confundir a defesa do direito à saúde com o direito à procedência do pedido judicial.<sup>52</sup> As necessidades individuais devem ser contextualizadas dentro da política pública de medicamentos para o atendimento às necessidades terapêuticas individuais. E, para tanto, o sistema jurídico e os mecanismos de efetivação de direitos devem garanti-los de forma ininterrupta e pautados pela universalidade e equidade, que vise à assistência segura e eficaz à saúde para todos.<sup>53</sup>

As políticas públicas são eficientes ferramentas técnicas na construção de uma adequada relação com o Poder Judiciário, especialmente, no que diz respeito às demandas judiciais relacionadas à Assistência Farmacêutica.

Especialmente, em tempos de vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016, o Poder Judiciário e seus operadores devem permanecer atentos para a realidade de limitação e, mais especificamente, de redução de recursos destinados à saúde. A presente dinâmica de decisões judiciais fundamentadas no Art. 196 da CR/88, restritamente interpretado, e o consequente deferimento absoluto de medicamentos e outros serviços de saúde poderão conduzir à falência do SUS, idealizado e arduamente conquistado pelos sanitaristas.

Não se pretende, portanto, demonizar a Judicialização da saúde, ao contrário, a norma, o indivíduo e a sociedade são indissociáveis e a democracia admite que se busque o Judiciário sempre não haja satisfação de direito. No entanto, para a concretização do direito à saúde da maneira como o legislador constituinte propôs, é imprescindível a aproximação e o diálogo institucional entre Executivo e Judiciário sob pena de reforçar as iniquidades.

## REFERÊNCIAS

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, mar. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 set. 2018.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. *THESIS*, v. 5, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433>. Acesso em: 25 set. 2018.

BASTOS, Celso Ribeiro; MARTINS, Ives Gandra da Silva. *Comentários à constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva, 2000.

BELO HORIZONTE. Lei nº 10.895/2015 de 30 de dezembro de 2015. Lei Orçamentária Anual. *Diário Oficial do Município*.

BITTENCOURT, Guaraci Bragança. O “estado da arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. *Cadernos Iberoamericanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 5, n. 1, p. 102-121, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i1.261>. Acesso em: 25 set. 2018

52 DIAS, Maria Socorro de Araújo; GOMES, Diógenes Farias; DIAS, Thaís Araújo; SILVA, Lielma Carla Chagas da; BRITO, Maria da Conceição Coelho; NETO, Manoel de Castro Carneiro. Judicialização da saúde pública brasileira. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 6, n. 2, p. 132-145, 2016.

53 MARQUES, Sílvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, p. 101-7, 2007.

BORGES, Danielle da Costa Leite; SCHUMACHER, Mercedes. O equilíbrio entre o individual e o coletivo na busca pela universalidade do Sistema Único de Saúde. *Cadernos Iber-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 2, n. 2, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v2i2.66>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm). Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm). Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.520 de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10520.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10520.htm). Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.666/90 de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8666cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8666cons.htm). Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 9.099/1995 de 26 de setembro de 1995. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9099.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9099.htm). Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Equidade em saúde: glossário temático economia da saúde*. Brasília, 2009.

BULOS, Uadi L. *Constituição federal anotada*. São Paulo: Saraiva, 2015.

CANOTILHO, Joaquim J. G.; MOREIRA, Vital. *Constituição da República Portuguesa Anotada*. Coimbra: Coimbra Editora, 2014.

CANOTILHO, Joaquim J. G. *Direito Constitucional e teoria da Constituição*. Coimbra: Almedina, 2007.

COSTA, Fabricio Veiga; MOTTA, Ivan Dias da; ARAÚJO, Dalvaney Aparecida de. Judicialização da saúde: a dignidade da pessoa humana e a atuação do Supremo Tribunal Federal no caso dos medicamentos de alto custo. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 7, n. 3, p. 844-874, 2017.

DIAS, Maria Socorro de Araújo; GOMES, Diógenes Farias; DIAS, Thaís Araújo; SILVA, Lielma Carla Chagas da; BRITO, Maria da Conceição Coelho; NETO, Manoel de Castro Carneiro. Judicialização da saúde

- pública brasileira. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 6, n. 2, p. 132-145, 2016.
- DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8123200000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000200016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 jun. 2017.
- FERNANDES, Bernardo G. *Curso de Direito Constitucional*. Rio de Janeiro: Lumen, 2011.
- GERHARDT, Tatiana E.; SILVEIRA, Denise T. *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- INTERNATIONAL SOCIETY FOR EQUITY IN HEALTH. *Working definitions*, 2001.
- IPEA. Programas de assistência farmacêutica do governo federal: evolução recente das compras diretas de medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência 2005 a 2008. *Nota técnica, nº 74*, 2010. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/101216\\_comunicadoipea74.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/101216_comunicadoipea74.pdf). Acesso em: 10 jun. 2017.
- LENZA, Pedro. *Direito Constitucional esquematizado*. São Paulo: Saraiva, 2015.
- LUCHESE, Patrícia T. R.; AGUIAR, Dayse Santos; WARGAS, Tatiana; LIMA, Luciana Dias de; MAGALHÃES, Rosana; MONERAT, Giselle Lavinias (coord.). *Políticas públicas em saúde pública*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.
- MACEDO, Eloisa Israel de; LOPES, Luciane Cruz; BARBERATO-FILHO, Silvio. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 706-713, Aug. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 jun. 2017.
- MACIEL-LIMA, Sandra; KFOURI NETO, Miguel. O direito à saúde: equidade versus alta complexidade. *Direitos Sociais e Políticas Públicas II*. Florianópolis: FUNJAB, 2013. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/publicacao/unicuritiba/livro.php?gt=113>. Acesso em: 25 set. 2018.
- MARQUES, Sílvia B. A garantia do direito social à assistência farmacêutica: o papel do sistema jurídico e do sistema político. *Revista de Direito Sanitário*, v. 7, n. 1-3, p. 195-217, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v7i1-3p195-217>. Acesso em: 25 set. 2018.
- MARQUES, Sílvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, p. 101-7, 2007.
- MARTINS, Urá Lobato. A judicialização das políticas públicas e o direito subjetivo individual à saúde, à luz da teoria da justiça distributiva de John Rawls. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 5, Número Especial, p. 309-328, 2015.
- MEDEIROS, Marcelo. *Texto para discussão: princípios de justiça na alocação de recursos em saúde*. IPEA, 1998.
- MEDINA, José M. G. *Constituição federal comentada*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.
- MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. *Manual para o gestor municipal de saúde*. Belo Horizonte: SES-MG, 2013.
- MOREIRA, Luiz. Judicialização da política no Brasil. *Le Monde Diplomatique Brasil*, fev. 2013. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/judicializacao-da-politica-no-brasil/>. Acesso em: 25 set. 2018.
- NERY JUNIOR, Nelson. *Constituição Federal comentada e legislação constitucional*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.
- NUNES, Ana Luisa Tarter; COUTINHO, Nilton Carlos; LAZARI, Rafael José Nadim de. Políticas públicas e ativismo judicial: o dilema entre efetividade e limites de atuação. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília,



v. 5, Número Especial, p. 208-222, 2015.

PADILHA, Rodrigo. *Direito Constitucional esquematizado*. Imprensa: São Paulo, 2014.

PEREIRA, Fernanda Tercetti Nunes. Ativismo judicial e direito à saúde: a judicialização das políticas públicas de saúde e os impactos da postura ativista do Poder Judiciário. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 5, Número Especial, p. 290-308, 2015.

RAWLS, John. Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica. *Revista de Cultura e Política*, p. 25-59, 1992. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451992000100003>. Acesso em: 10 jun. 2017.

ROMERO, Luiz C. P. *O Sistema único de saúde: um capítulo à parte*. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte/view>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SANT'ANA, João Mauricio Brambati et al. Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 714-721, ago. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000400011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 25 set. 2018.

SAVI, Luciane Anita; SANTOS, Elisa Silva dos. O papel do administrador público nas demandas judiciais no serviço de assistência farmacêutica. *Cadernos Iberoamericanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 2, n. 2, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v2i2.93>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SCHWARTZ, Germano. *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SOUSA, Boaventura Santos. *Para uma revolução democrática da justiça*. Coimbra: Almedina, 2004.

TEIXEIRA, Carmen. *Os princípios do sistema único de saúde*. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, 2011. Disponível em: [https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro\\_internacional\\_saude/documentos/textos\\_referencia/07\\_principios\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf). Acesso em: 10 jun. 2017.

UNAIDS. *How AIDS Changed Everything*. Geneva: Unaid, 2015. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/MDG6Report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf). Acesso em: 25 set. 2018.

VALE, L. A. M. M. *Racionamento e racionalização no acesso à saúde: contributo para uma perspectiva jurídico-constitucional*. Coimbra, 2007.

VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso). Acesso em 25 set. 2018.

VIANA, Ana Luiza d'A.; FAUSTO, Márcia C. R.; LIMA, Luciana D. Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva*, p. 58-68, 2003.

WHITEHEAD, Margareth. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. p. 429-45, 1992.

WHITEHEAD, Margareth. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1990.

Para publicar na revista Brasileira de Políticas Públicas, acesse o endereço eletrônico [www.rbpp.uniceub.br](http://www.rbpp.uniceub.br)  
Observe as normas de publicação, para facilitar e agilizar o trabalho de edição.