

# Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá?

*Judicialization of health and public hearing convened by the Supreme Court in 2009: what has changed since then?*

Dalila F. Gomes<sup>1</sup>, Camila Rufino Souza<sup>2</sup>, Felipe Luiz da Silva<sup>3</sup>, Julianna Alves Pôrto<sup>4</sup>, Indyara de Araújo Moraes<sup>5</sup>, Maíra Catharina Ramos<sup>6</sup>, Everton Nunes da Silva<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
dalilafg@gmail.com

<sup>2</sup>Graduanda em Farmácia pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
camilaruffinno@gmail.com

<sup>3</sup>Graduando em Farmácia pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
felipehluiz@gmail.com

<sup>4</sup>Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
juzinhaaporto@hotmail.com

<sup>5</sup>Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
indydy@gmail.com

<sup>6</sup>Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
mairacramos@gmail.com

<sup>7</sup>Doutor em Economia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil. Professor Adjunto da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
evertonsilva@unb.br

**RESUMO:** Em 2009, o Supremo Tribunal Federal (STF) convocou uma Audiência Pública para discutir a judicialização, quando foram ministradas 51 palestras. Utilizando o método descritivo-analítico, sistematizaram-se os argumentos, visando identificar potenciais medidas para contornar o problema e analisar o que foi feito até então. As políticas públicas possuem algumas falhas ao aplicar, no caso concreto, os princípios do SUS, e a judicialização deve ser vista como um instrumento excepcional, não como regra do sistema. As principais medidas adotadas foram o uso de evidência científica na tomada de decisão do Executivo e do Judiciário e a sustentabilidade do financiamento da saúde. Em ambos os casos, houve avanços significativos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Política de saúde; Judicialização; Direito à saúde; Poder judiciário; Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT:** In 2009, the Supreme Court (STF) convened a Public Hearing to discuss the judicialization in health, in which 51 speeches were heard. Using a descriptive-analytical method, we aimed to systematize the speaker's arguments; to identify potential actions to overcome the problem; and to analyze what have been done since then. Public policies have failed in applying SUS principles in some individual levels and the judicialization should be seen as an exceptional instrument, not the rule of the system. The principal proposals adopted were: the use of scientific evidence in decision making (Executive and Judiciary) and the sustainability of health funding. In both cases there have been significant advances.

**KEYWORDS:** Health policy; Judicialization; Right to health; Judicial power; Unified Health System.

## Introdução

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) estabelece os princípios da universalidade e igualdade e as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Este tem se mostrado uma das políticas públicas mais importantes realizadas no país em todos os tempos. O volume de ações e serviços em saúde é expressivo, provavelmente, constituindo-se no maior sistema público de saúde no mundo em termos de volume de produção (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011). Em conjunto, essas ações e serviços de saúde têm contribuído para o bem-estar da população brasileira (MINAYO, 2008). No entanto, o SUS também acumula indicadores ruins, os quais persistem ao longo do tempo. Por exemplo, o acesso ao sistema público ainda constitui um problema para parte da população brasileira (COELHO, 2010). Além disso, a falta de infraestrutura, escassez de recursos humanos e de financeiros tem ocasionado longas filas de espera por atendimentos e atraso no fornecimento de tecnologias em saúde, particularmente no que se refere à assistência farmacêutica (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Diante dessas falhas, os cidadãos – individual ou coletivamente – têm recorrido ao Judiciário com vistas a obter o direito à saúde, garantido na Constituição (PEPE ET AL., 2010). A solicitação e a concessão de ações judiciais tem se baseado na interpretação de que a integralidade comporta o direito a toda e qualquer tecnologia em saúde que visem à promoção, prevenção, recuperação ou manutenção da saúde dos brasileiros (PANDOLFO; DELDUQUE; GORETI AMARAL, 2012).

Partindo dessa interpretação, tem-se avolumado o número de ações judiciais impetradas no judiciário brasileiro (VIEIRA; ZUCCHI, 2007; PEPE ET AL., 2010; PANDOLFO; DELDUQUE; GORETI AMARAL, 2012; SOARES; DEPRA, 2012). Segundo relatório emitido pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde houve um aumento de 22% no número de ações judiciais direcionadas à União

entre 2009 e 2011, totalizando 10.486 e 12.811 processos, respectivamente. Conforme resalta o referido relatório (CONSULTORIA JURÍDICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), nem todos os processos recebidos pelo Ministério da Saúde (MS) geram dispêndio a essa instituição, seja porque a ação judicial foi negada (parte menor dos casos) seja porque a ação judicial foi atendida pelos demais entes federativos (estados e municípios), os quais geralmente figuram como corréus. As ações judiciais que realmente geraram gasto ao MS totalizaram 1.782 processos em 2009 e 1.931 em 2011.

Se, por um lado, houve um crescimento de 8% na quantidade de ações judiciais que efetivamente geraram aquisições do MS entre 2009 e 2011, por outro, no mesmo período, houve um crescimento de quase 300% no gasto total com essas tecnologias em saúde, passando de R\$ 83,1 milhões em 2009, para R\$ 243,9 milhões em 2011.

Em 2009, o então Presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), Ministro Gilmar Mendes, convocou uma Audiência Pública para discutir o assunto. Vários atores envolvidos direta ou indiretamente com a judicialização da saúde foram ouvidos. Este artigo tem por objetivos: i) sistematizar os argumentos dos palestrantes, favoráveis e contrários ao uso do meio judicial para obter tecnologias da saúde; ii) identificar potenciais medidas capazes de contornar o problema da judicialização; iii) analisar o que foi feito de concreto, ao longo dos três anos da realização da Audiência Pública de 2009, para mitigar as causas e os efeitos da judicialização.

## Metodologia

Neste artigo, utilizou-se o método descritivo-analítico com o intuito de identificar o conteúdo dos discursos proferidos na referida Audiência Pública. Todos os pronunciamentos estão disponíveis no endereço eletrônico do STF, em formato escrito e em gravação de áudio e imagem. Excetuando-se as falas

de abertura e fechamento de cada sessão, totalizaram 51 apresentações (*quadro 1*). Cada palestrante representava uma instituição ou categoria profissional. As falas foram analisadas e discutidas por todos os autores deste artigo. Quando não havia consenso sobre determinado argumento de uma fala, uma nova rodada de discussão era realizada. De modo geral, a maioria dos argumentos obteve consenso na primeira discussão. Os autores tiveram como fio condutor de suas interpretações o enfoque da Saúde Coletiva.

Nesse contexto, adotaram-se os seguintes procedimentos para sistematizar as ideias-chave e o posicionamento sobre a judicialização:

1. Estratificar o conjunto de palestrantes por categoria de representação, dividindo-se em usuários, gestores, academia,

operadores do direito, associações de profissionais, assistência privada e indústria.

2. Analisar o posicionamento – favorável, contrário ou relativo – central dos discursos distribuídos por categorias de representação.

3. Analisar e calcular a frequência de todos os pontos abordados pelos palestrantes.

4. Analisar e calcular a frequência de todos os pontos salientados pelos palestrantes para contornar as causas e os efeitos da judicialização.

5. Identificar e analisar, levando em consideração as sugestões mais frequentes dos palestrantes no passo anterior, o que mudou de 2009 a 2012.

**Quadro 1.** Debatedores e respectivas instituições

Palestrante	Instituição
Adib Jatene	Ex-Ministro da Saúde e Diretor-Geral do Hospital do Coração em São Paulo
Agnaldo Gomes da Costa	Secretário de Estado de Saúde do Amazonas
Alberto Beltrame	Secretário de Atenção da Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS)
Alexandre Sampaio Zakir	Representante da Secretaria de Segurança Pública e do Governo de São Paulo
Ana Beatriz Pinto de Almeida Vasconcellos	Gerente de projeto da Coordenação Geral da Política de Alimentos e Nutrição do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
Andre da Silva Ordacgy	Defensor Público da União
Antônio Barbosa da Silva	Representante do Instituto de Defesa dos Usuários de Medicamentos
Antônio Carlos Figueiredo Nardi	Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)
Cátia Gisele Martins Vergara	Promotora de Justiça do MPDF, representante da Associação Nacional do Ministério Público de Contas
Ciro Mortella	Presidente da Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica

Quadro 1. (cont.)

<b>Palestrante</b>	<b>Instituição</b>
Cláudia Fernanda de Oliveira Pereira	Procuradora-Geral do Ministério Público de Contas do Distrito Federal, representante da Associação Nacional do Ministério Público de Contas
Cláudio Maierovitch Pessanha Henrique	Coordenador da Comissão de Incorporação de tecnologia do Ministério da Saúde (CITEC/MS)
Cleusa R. da Silveira Bernardo	Diretora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção a Saúde do MS
Debora Diniz	Fundadora do Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (ANIS)
Dirceu Raposo de Mello	Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
Edelberto Luiz da Silva	Consultor Jurídico do Ministério da Saúde
Fernando Barros e Silva de Souza	Procurador Geral da República
Flávio Pansiere	Representante do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil
Francisco Batista Junior	Presidente do Conselho Nacional da Saúde (CNS)
Geraldo Guedes	Representante do Conselho Federal de Medicina
Heloisa Machado de Almeida	Representante da ONG Conectas Direitos Humanos
Ingo Sarlet	Professor Titular da PUC/RS e Juiz de Direito
Jairo Bisol	Presidente da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
Janaína Barbier Golçalves	Procuradora do Estado do Rio Grande do Sul
Jorge André de Carvalho Mendonça	Juiz da 5ª Vara Federal de Recife
José Antônio Dias Toffoli	Advogado-Geral da União
José Antônio Rosa	Procurador-Geral do Município de Cuiabá
José Getúlio Martins Segalla	Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
José Gomes Temporão	Ministro da Saúde
José Pinotti	Professor Titular Emérito da USP e Unicamp
Josué Félix de Araújo	Presidente da Associação Brasileira de Mucopolissacarídeos
Leonardo Azeredo Bandarra	Procurador Geral de Justiça do Distrito Federal e Territórios e Presidente do Conselho Nacional dos Procuradores-Gerais dos Ministérios Públicos dos Estados e da União

**Quadro 1.** (cont.)

<b>Palestrante</b>	<b>Instituição</b>
Leonardo Lorea Mattar	Defensor Público Geral da União
Luís Roberto Barroso	Representante do Colégio Nacional de Procuradores dos Estados e do Distrito Federal e Territórios
Luiz Alberto Simões Volpe	Fundador do Grupo Hipupiara Integração e Vida
Marcos Salles	Representante da Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB)
Maria Helena Barros de Oliveira	Representante da FIOCRUZ
Maria Inez Pordeus Gadelha	Consultora da Coordenação-Geral de Alta Complexidade do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde
Ministro Carlos Alberto Menezes Direito	Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF)
Osmar Gasparini Terra	Presidente do Conselho Nacional de Secretários da Saúde - CONASS
Paulo Dornelles Picon	Representante da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Paulo Marcelo Gehm Hoff	Representante da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo e da Faculdade de Medicina da USP
Paulo Menezes	Presidente da Associação Brasileira de Amigos e Familiares de Portadores de Hipertensão Arterial Pulmonar (ABRAF)
Paulo Ziulkoski	Presidente da Confederação Nacional dos Municípios
Raul Cutait	Professor Associado da Faculdade de Medicina da USP, Médico Assistente do Hospital Sírio Libanês
Reinaldo Felipe Nery Guimarães	Secretário de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS
Rodrigo Tostes de Alencar Mascarenhas	Subprocurador-Geral do Estado do Rio de Janeiro
Sérgio Henrique Sampaio	Presidente da Associação Brasileira de Assistência à Mucoviscidose
Sueli Gondolfi Dallari	Representante do Centro de Estudos e Pesquisa de Direito Sanitário
Valderílio Feijó Azevedo	Representante da Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos (ANAPAR)
Vitore Maximiano	Defensor Público do Estado de São Paulo

Fonte: Elaboração própria.

Cabe ressaltar que não faz parte do escopo deste artigo analisar a judicialização no âmbito do setor privado, particularmente no que se refere ao sistema suplementar

## Resultados

Em quantidade, os gestores da saúde possuíam maior representação 15 palestrantes, sendo dez federais, três estaduais e dois municipais, seguidos pelos operadores de direito, que contaram com 14 representantes. Participaram também representantes da assistência privada (1) e da indústria (1). A sociedade civil organizada também participou do evento, contando com representação dos usuários (7), das associações de profissionais da saúde (5), das instituições de ensino e pesquisa (8) (tabela 1).

Em termos qualitativos, houve 16 falas sem posicionamento claro sobre o tema. Esses palestrantes levantaram tanto pontos positivos como negativos. Ademais, um representante da academia não trouxe nenhum argumento concreto sobre a judicialização, restringindo-se a uma análise histórica da saúde pública.

De um modo geral, verificou-se certo equilíbrio nos discursos dos representantes dos operadores do direito e da academia, pois não há uma tendência forte de que esses setores, analisados em conjunto, sejam essencialmente favoráveis ou contrários à judicialização. As categorias da indústria e da assistência privada tiveram apenas um representante cada, sendo baixa a representatividade para se inferir sobre um eventual padrão. Quanto à categoria de associação de profissionais, quatro dos cinco não tiveram um posicionamento claro, levantando

**Tabela 1.** Posicionamento em relação à judicialização, em valores absolutos

Representação	Posicionamento em relação à judicialização			Total
	Essencialmente a favor	Essencialmente contra	Levanta pontos positivos e negativos	
1. Usuário	6	-	1	7
2. Indústria	-	-	1	1
3. Gestor federal	1	7	2	10
4. Gestor estadual	-	2	1	3
5. Gestor municipal	-	2	-	2
6. Academia	3	2	2	8*
7. Operador de direito	5	4	5	14
8. Associação de profissionais	1	-	4	5
9. Assistência privada	-	1	-	1
Total	16	18	16	51*

Fonte: Elaboração própria.

Nota: \*Um representante da academia não trouxe argumento, nem a favor nem contra.

argumentos dos dois lados do processo, havendo apenas um que se posicionou essencialmente favorável à judicialização.

A divisão em nove categorias de representação, diferentemente de outros artigos que estratificaram em poucas categorias (SANTOS, 2010; VALLE; CAMARGO, 2010; MACHADO; DAIN, 2012), permitiu evidenciar a dicotomia entre usuários e gestores do SUS. Somente nesses dois conjuntos, houve um elevado grau de homogeneidade quanto aos seus posicionamentos: os usuários se mostraram essencialmente favoráveis à judicialização, enquanto que, dos quinze representantes da gestão, onze se mostraram essencialmente contrários. Em meio a esse cenário, pode-se deduzir a existência de fortes conflitos de interesse entre eles.

No intuito de sistematizar os discursos de forma mais adequada, optou-se por definir quatro aspectos relacionados à sustentabilidade do sistema público de saúde, em termos de: 1) segurança e eficácia/efetividade das ações e serviços de saúde; 2) disponibilidade de recursos financeiros; 3) princípios que regem o SUS; e 4) papel do judiciário no contexto da saúde. Ao todo, foram registrados 107 argumentos, dos quais 41 foram favoráveis à judicialização (38%) e 66 (62%) contrários a ela. O *quadro 2* sumariza os argumentos, distribuídos nessas quatro categorias.

Quanto aos argumentos referentes às ‘ações seguras e efetivas’, estes foram os mais frequentes nos discursos contrários à judicialização (três a favor e 22 contra). A crítica mais recorrente refere-se ao fato de o juiz conceder qualquer tipo de tecnologia em saúde que, supostamente, traria benefícios clínicos ao estado de saúde da parte requerente sem levar em consideração a evidência científica disponível ou o registro da Anvisa. Esse fato fica evidente quando se concedem tecnologias em fase experimental, sem que tenham passado por todas as fases de pesquisa clínica para comprovar sua segurança e eficácia.

Ademais, criticou-se a concessão por via judicial de medicamentos sem ganhos ou vantagens terapêuticas em relação aos já existentes no sistema público, e, em sua grande maioria, com custos mais elevados. Além dos medicamentos, citou-se também a concessão de tratamentos no exterior, os quais, geralmente, são de caráter experimental ou estão disponíveis em território nacional, não havendo, assim, a necessidade de ser encaminhado a outro país às expensas do sistema público de saúde.

Os argumentos favoráveis à judicialização apareceram em menor número nesse grupo. O único argumento utilizado foi que o Judiciário deve intervir quando há omissão do Estado na disponibilização de tecnologias já incorporadas ao SUS. Parte-se do princípio de que, se essas tecnologias já foram introduzidas no sistema público, houve uma avaliação prévia na qual se comprovou que estas são seguras e efetivas.

A exemplo dos comentários relacionados à segurança e à eficácia, os ‘aspectos financeiros’ também obtiveram maior frequência entre os palestrantes que defenderam argumentos contrários à judicialização (um a favor e 14 contra). A principal questão levantada é que a judicialização compromete a previsibilidade de recursos destinados a políticas públicas, o que pode ocasionar escassez de recursos para custear as ações e serviços de saúde já pactuados entre as esferas de governo e a sociedade. Aliado a isso, na maioria dos casos, a judicialização está associada à compra de medicamentos de alto custo, mesmo havendo opções mais baratas e de mesma eficácia e segurança no sistema público. Outro fator levantado refere-se às compras realizadas sem processo de licitação, pois o gestor tem um curtíssimo período para cumprir a ação judicial, o que acaba acarretando maior ônus ao sistema. Cabe ressaltar também a influência dos interesses corporativos em fomentar as demandas judiciais para compra de tecnologias de alto custo, visando apenas ao lucro, e não ao interesse público.

**Quadro 2.** Principais pontos levantados no que se refere à judicialização e frequência

A favor	Contra
<b>Em termos de ações efetivas e seguras</b>	
A favor quando há omissão de tecnologia já incorporada ao SUS (falha do sistema) (3)	Concessão de tecnologias em fase experimental (10)
	Concessão de medicamentos sem registro na ANVISA (3)
	A maioria dos produtos lançados no mercado não apresenta ganhos ou vantagens terapêuticas em relação aos já existentes, além de possuir custo mais elevado (2)
	Constituem meio de quebrar os limites técnicos e éticos que sustentam o SUS, impondo o uso de tecnologias sem avaliação prévia detalhada (incorporação acrítica) (2)
	Tecnologias sem evidência científica comprovada (2)
	A judicialização não leva em consideração os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do MS (1)
	Tecnologia inadequada ao tratamento - <i>off label</i> (1)
	Crescente número de ações judiciais que não concedem apenas a tecnologia demandada como deixam pré-aprovadas as solicitações de outras sem necessariamente recorrer ao judiciário (pedidos em aberto) (1)
<b>Em termos financeiros</b>	
A judicialização existe por uma falha de gestão do Estado e não por falta de recursos financeiros (1)	A judicialização compromete a previsibilidade de recursos destinados a políticas públicas (4)
	Escassez de recursos para o financiamento de ações e serviços de saúde (3)
	Medicamentos de mesma eficácia, mas optando, geralmente, pela opção mais cara (3)
	Influência dos interesses corporativos nas ações judiciais (2)
	Financiamento via judicial é mais oneroso para os cofres públicos do que quando fornecidos pelo próprio sistema (1)
	Permite múltiplas solicitações a vários entes federativos para a mesma finalidade (1)



**Quadro 2.** (cont.)

<b>A favor</b>	<b>Contra</b>
<b>Em termos de princípios do SUS</b>	
Obrigação de oferecer assistência farmacêutica e prestações de saúde de alto custo, visto que ela é uma demanda do princípio da integralidade (3)	A judicialização fere os princípios do SUS, no que se refere à coletividade e à ordem da lista de espera do SUS (7)
O direito coletivo não pode suprimir o direito individual (2)	Privilegia o direito à saúde individual em detrimento do coletivo (4)
Obrigação do Estado de disponibilizar medicamentos experimentais ou não incorporados à lista do SUS (2)	A integridade ilimitada, sem base científica, ética e orçamentária e sem compromisso para com a coletividade, é irracional (3)
Judicialização pode incentivar a criação de políticas públicas (1)	Desconhecimento técnico a respeito das competências do município e sua proximidade com a população levam ao aumento da demanda judicial (3)
A vida não tem preço (1)	O direito à saúde é garantido mediante políticas públicas e não via judicialização (2)
A saúde não deve ser vista como apenas um direito dos pobres que poderiam litigar em juízo (1)	A maioria dos pedidos é por feita quem tem acesso ao serviço privado (1)
<b>Em termos do papel do judiciário</b>	
Poder judiciário como garantidor do direito à saúde (14)	Dificuldade do judiciário em decidir questões específicas da saúde sem conhecimento técnico (4)
Papel do judiciário frente à omissão do Estado na execução e formulação de políticas públicas (5)	O judiciário não pode corrigir distorções graves do sistema de saúde (2)
Um instrumento quando há iminente risco de morte (3)	Em sua maioria, as tecnologias solicitadas não têm caráter de emergência, ou seja, com risco iminente à vida (2)
A judicialização é um meio de garantir o direito da população minoritária que possui doenças raras (3)	Os juízes não podem ser vistos como prescritores de medicamentos (1)
Embora ocorram excessos, a via judicial ainda se caracteriza como um instrumento válido de solicitação de medicamentos (1)	As ações judiciais podem causar “Escolhas de Sofia”
Judicialização do direito à saúde não visa a garantir o direito à vida, mas ao princípio da integridade da pessoa humana (1)	

Fonte: Elaboração própria.

A favor da judicialização, no que tange aos recursos financeiros, a argumentação utilizada é de que os recursos são suficientes, cabendo aos gestores o papel de otimizá-los por meio de gestão mais eficiente. Nesse sentido, o gestor não pode alegar falta de recursos para cumprir suas responsabilidades definidas no arcabouço legal.

Os argumentos que levaram em consideração os ‘princípios que regem o SUS’ também foram mais frequentes na corrente contrária à judicialização (10 a favor e 20 contra). Enquanto os palestrantes favoráveis às ações judiciais buscavam sustentação na integralidade, os contrários baseavam-se na universalidade e na equidade do acesso à saúde. Nesse cenário, os favoráveis à judicialização respaldam-se na percepção de que todo indivíduo deve ser observado de forma integral, isto é, deve-se respeitar cada particularidade do indivíduo e conhecer sua realidade para intervir em sua situação de saúde, mesmo que as intervenções sejam de alto custo; já os contrários argumentam que a integralidade não deve ser vista como totalidade, no sentido de ser ilimitada. Ademais, a judicialização da saúde privilegia o direito à saúde individual, em detrimento do coletivo, além de ferir a ordem da lista de espera do SUS.

Por fim, concernente ao ‘papel do Judiciário’, houve uma inversão do padrão anterior, pois nessa questão os argumentos a favor da judicialização foram os mais frequentes (27 a favor e 10 contra). A principal argumentação é que cabe ao Judiciário garantir o direito à saúde, principalmente quando há iminência de risco de morte. Cabe também ao Judiciário agir quando o Estado se omite em implementar políticas públicas, particularmente para as populações minoritárias, que geralmente são excluídas. Além disso, deve assegurar o princípio da integralidade da pessoa humana. Os argumentos contrários à judicialização levantam a discussão de que o Judiciário não possui conhecimento técnico suficiente para decidir questões específicas de saúde, e os juízes não podem ser vistos como prescritores

de medicamentos. Ao intervir na gestão da saúde, o Judiciário está, em última instância, interferindo na estrutura do SUS e na lógica estabelecida no sistema de saúde. Causam-se, assim, distorções ao favorecer o individual, muitas vezes causando escolhas de Sofia, ou seja, para permitir um benefício a uma determinada pessoa, terá de retirá-lo de outra.

### **Pontos para contornar a judicialização**

Após a análise dos pontos favoráveis e desfavoráveis sobre a judicialização, notou-se que muitos palestrantes apresentavam alternativas de como contornar as suas causas e os seus efeitos no Brasil, sendo que muitas dessas propostas eram defendidas por mais de um palestrante. Ao todo, foram identificados 29 pontos de como contornar esse problema, os quais, em conjunto, foram citados 115 vezes (*quadro 3*). Além disso, para as sugestões mais citadas, verificou-se se houve algum avanço naquela direção.

As duas propostas mais citadas para contornar o problema da judicialização – mencionadas por aproximadamente um terço dos palestrantes – estão relacionadas aos papéis desempenhados pelos órgãos federais de regulação da saúde (Anvisa e MS) e pelo Judiciário. Na primeira proposta, defendeu-se o ‘aprimoramento das instâncias regulatórias no Brasil’ (17 citações), seja ao que se refere à concessão de registro para acesso ao mercado brasileiro – Anvisa – seja pela incorporação de tecnologias no âmbito do SUS (à época, Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – Citec/MS). A segunda proposta diz respeito à necessidade de o ‘Judiciário levar em consideração os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do MS, os quais devem ser atualizados periodicamente e com maior participação de instituições afins’ (17 citações).

Após a realização da Audiência Pública, a Citec/MS passou por inúmeras mudanças

para aprimorar e agilizar o processo de incorporação de novas tecnologias no SUS, principalmente após a publicação da Lei 12.401, de 28 de abril de 2011, passando a se chamar Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec/MS). Se antes a Citec/MS era regulada por portaria ministerial, hoje a Conitec/MS respalda-se em lei federal, constituindo-se nitidamente em uma política de Estado e não de governo. Além disso, a representação dos membros dessa comissão foi ampliada de cinco para treze membros, incluindo representações dos gestores estaduais e municipais, do controle social e de profissionais da saúde.

Ampliou-se também o conjunto de estudos exigidos aos solicitantes de incorporação de tecnologias no SUS: registro da Anvisa; evidências de eficácia e segurança da tecnologia; e eficiência econômica (custo-efetividade e impacto orçamentário). Hoje existe um prazo máximo para avaliação dos processos, que é de 180 dias, prorrogáveis por mais 90 dias; caso a tecnologia seja incorporada, há também um prazo máximo de 180 dias para que as áreas técnicas efetivem a oferta no SUS. Em relação à transparência, todos os relatórios que subsidiam a tomada de decisão são disponibilizados ao público em geral por meio do endereço eletrônico da Conitec/MS.

---

**Quadro 3.** Principais pontos levantados pelos palestrantes para contornar a judicialização da saúde

---

1. Aprimoramento da atuação das instâncias regulatórias no Brasil: ANVISA (registro) e CITEC (incorporação ao SUS). **(17)**
  2. O Judiciário deve levar em consideração os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, os quais devem ser atualizados periodicamente e com maior participação de instituições afins. **(17)**
  3. Fornecer assessoria técnica ao Judiciário. **(13)**
  4. Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. **(10)**
  5. Uso de evidência científica na tomada de decisão de políticas públicas. **(8)**
  6. Primeiro solicitar administrativamente para, em última instância, recorrer à via judicial quando não há risco iminente de morte, evitando a banalização das ações judiciais em saúde. **(6)**
  7. Descentralização e definição de atribuições de cada ente federativo na saúde. **(5)**
  8. Buscar formas de reduzir os custos do tratamento, utilizando medicamentos com patente expirada, genéricos ou similares que apresentem o mesmo componente ativo ou ainda pela Licença Compulsória. **(4)**
  9. A criação de uma central única informatizada para recebimento de mandados judiciais, evitando o cumprimento em duplicidade de medidas judiciais em tecnologias em saúde – criação de núcleo de inteligência vinculado à Secretaria de Saúde que monitore todas as atividades que envolvam prescrições de medicamentos. **(4)**
  10. Diálogo permanente entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo em relação à saúde. Por exemplo, a criação de câmaras prévias de conciliação. **(4)**
  11. Melhorar as políticas de gestão e de medicamentos para solucionar as causas do desabastecimento de medicamentos. **(3)**
  12. Prover maior participação e controle social. **(3)**
  13. O Estado deve prover políticas públicas de saúde que garantam os direitos em saúde. **(2)**
-

**Quadro 3.** (cont.)

14. Desburocratização da importação de insumos emergenciais em saúde **(2)**
15. Fornecer cobertura apenas aos medicamentos registrados pela ANVISA no Brasil. **(2)**
16. Elaboração de uma lei de responsabilidade sanitária. **(2)**
17. Organização da sociedade civil como forma de ter acesso à saúde por meio do terceiro setor.
18. O juiz deve exigir a prova de que a parte não tenha efetivamente condição de adquirir aquele medicamento.
19. Reduzir a renúncia fiscal.
20. Compra centralizada de medicamento em favor da obtenção de menores preços.
21. Aprimoramento da gestão e formação de recursos humanos.
22. Maior regulamentação e fiscalização no setor da indústria farmacêutica com vistas à maior eficiência nas compras públicas de medicamentos.
23. O interesse público deve pautar a incorporação de novas tecnologias no SUS, e não o interesse dos fornecedores.
24. Intensificar ações preventivas e de atenção primária à saúde.
25. Compartilhamento de determinados tratamentos de saúde com a iniciativa privada.
26. Acompanhamento, em centros de referência, dos pacientes beneficiados pela judicialização que recebem medicamentos de alto custo.
27. Criar fundo que financie pesquisa clínica no SUS.
28. O gestor deve se pautar pela ética de responsabilidade e não pela ética de convicção.
29. Reforma do sistema orçamentário brasileiro.

Fonte: Elaboração própria.

Os PCDT, formulados e atualizados pelo MS, têm por finalidade estabelecer os critérios de diagnóstico e o algoritmo de tratamento de cada doença. Entre novembro de 2009 e abril de 2013, 75 PCDT foram atualizados, em consonância com os avanços no diagnóstico e no tratamento das doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Outro ponto frequentemente encontrado nos discursos proferidos na Audiência Pública foi o ‘fornecimento de Assessoria Técnica ao Judiciário’ (13 citações). Uma das formas

encontradas foi a criação dos Núcleos de Assessoria Técnica (NAT), presentes em alguns estados brasileiros como São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Os NATs têm como missão oferecer assessoria e consultoria técnica aos magistrados para apoiá-los em suas decisões; são formados por equipe multidisciplinar encarregada de elaborar pareceres técnicos que explicam tanto aspectos clínicos como de políticas públicas em saúde relacionadas à demanda judicial.

A quarta proposição mais frequente entre

os palestrantes está relacionada à escassez de recursos financeiros na saúde pública. A ‘regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 de 2000’ (EC29/00) (10 citações) foi apontada como essencial para garantir a vinculação mínima de recursos para o SUS. Na mesma linha das propostas anteriores, também houve avanços nesse ponto: em 2012, foi publicada a Lei Complementar nº 141, que ratificou a vinculação mínima de recursos para a saúde estabelecida na EC29/00. Os municípios devem aplicar pelo menos 15% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159 (alínea b do inciso I e §3) em ações e serviços públicos de saúde; os estados, por sua vez, devem aplicar pelo menos 12% da arrecadação dos impostos referentes ao art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159 (alínea a do inciso I e inciso II) da CF/88; e a União, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Outro aspecto importante é a definição do que se entende por gasto em saúde, evitando, assim, que outros gastos sejam imputados na conta da saúde.

O ‘uso de evidência científica na tomada de decisão de políticas públicas’ (8 citações) também figura entre as propostas mais defendidas pelos palestrantes. Há avanços significativos nessa área. No final de 2009, publicou-se a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, a qual recomenda o uso de evidências científicas na tomada de decisão sobre o uso e a incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde. Ademais, ampliaram-se as ações da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats), que conta atualmente com 53 instituições-membro. A Rebrats objetiva produzir e difundir estudos e pesquisas na área de avaliação de tecnologias em saúde, uniformizar metodologias, monitorar o campo

tecnológico, validar a qualidade dos estudos e promover o uso de evidência científica no processo de tomada de decisão em saúde. Outra conquista para o uso de evidência científica na tomada de decisão está na Lei 12.401/11, a qual estabelece que o parecer dos membros da Conitec/MS deve levar em consideração, necessariamente, estudos sobre eficácia, acurácia, efetividade e segurança, custo-efetividade e impacto orçamentário.

Ainda sobre a Lei 12.401/11, ela estabelece que “são vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: I) o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; II) a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa”. Essa determinação vai ao encontro da proposta de ‘fornecer cobertura apenas aos medicamentos registrados pela Anvisa’ (2 citações), defendida na Audiência Pública.

O estabelecimento de ‘diálogo permanente entre os poderes Judiciário e Executivo’ (4 citações) foi visto como uma possível solução para mitigar o problema da judicialização. Em 2010, instituiu-se o Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde por meio da Resolução nº 107 do CNJ, que tem por objetivo a “elaboração de estudos, medidas e normas para aprimoramento de procedimentos e prevenção de novos conflitos judiciais em saúde”, buscando “criar ainda medidas concretas voltadas à otimização de rotinas processuais bem como a estruturação e organização de unidades judiciárias especializadas”, entre outros aspectos (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010). Assim, são fornecidas diretrizes para os trabalhos dos magistrados sobre as análises dos pedidos em saúde, além de recomendar que os gestores sejam chamados para esclarecer suas decisões, principalmente quando há a recusa na ação judicial.

Diferentemente dos demais pontos apresentados anteriormente, não houve avanços aparentes no que se refere à 'descentralização e à definição de atribuições de cada ente federativo na saúde' (5 citações). Há uma discussão, sustentada principalmente pelos secretários municipais de saúde, de que a assistência farmacêutica não é uma atribuição dos municípios. Essa controvérsia persiste até hoje, visto que o artigo 23 da CF/88 ainda não foi regulamentado por lei complementar. Nesse artigo, estabelece-se que é competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, entre outras, cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. No entanto, a CF/88 não é clara sobre as atribuições de cada ente federativo e como se deve dar a cooperação entre eles. A Emenda Constitucional nº 53 de 2006 estabelece a necessidade de leis complementares para regulamentar esse tema, as quais ainda tramitam no Congresso Nacional.

Também não houve avanços no que se refere à Lei de Responsabilidade Sanitária (2 citações), que é vista como um importante passo para minimizar problemas de má gestão. Desde 2004, tramitam projetos de lei para essa finalidade, mas ainda não há consenso no Congresso Nacional sobre o tema. A audiência surtiu pouco ou nenhum efeito sobre tal trâmite.

## Discussão

Vários artigos investigaram o tema da judicialização da saúde no Brasil, os quais abordaram as argumentações levantadas neste artigo, fornecendo respaldo empírico para se entender a conjuntura atual desse fenômeno na área da saúde.

Desse conjunto de artigos científicos, o estudo que mais se aproxima deste é o de Machado e Dain (2012), que analisou os discursos proferidos na Audiência Pública sob o enfoque da retórica. Também houve categorização

das representações, porém, em menor número: gestores, operadores do direito e sociedade civil organizada. Nesse sentido, a comparação dos resultados torna-se limitada, visto que, neste artigo, optou-se por dividir as representações em nove categorias. No entanto, de modo geral, verificou-se também a dicotomia entre gestores da saúde e usuários, sendo os primeiros essencialmente contrários à judicialização, enquanto os segundos, essencialmente favoráveis a ela.

Diferentemente deste artigo, o estudo de Machado e Dain (2012) não aborda os pontos sugeridos pelos palestrantes para contornar as causas e os efeitos da judicialização nem as ações realizadas pelo Estado após a Audiência Pública. Assim, fica pouco evidenciado naquele artigo o esforço recente realizado pelo Poder Executivo em contornar o problema da judicialização, particularmente no que se refere à Lei 12.401/11 e à LC141/12. Os autores discutem a legitimidade de o Judiciário atuar na área da saúde, ponto muito criticado pelos gestores da saúde, que entendem que haveria ingerência do Judiciário em matéria de atribuição exclusiva do Executivo, ponto também documentado neste estudo. Nesse contexto, os autores ressaltam que

embora o STF tenha dado pareceres favoráveis às demandas judiciais em saúde, isso não significa dizer que essa Corte está adentrando num limite autoimposto de atuação política. Destaca-se que suas discussões e proposições têm se limitado aos casos individuais, reforçando a perspectiva de apropriação individual de um direito que é coletivo (MACHADO; DAIN, 2012, P.1035).

Nesse sentido, segundo os autores, não haveria ingerência do Judiciário.

Santos (2010) também analisou a Audiência Pública, utilizando a metodologia do discurso do sujeito coletivo com o intuito de investigar o conteúdo dos temas considerados de abordagem jurídica contidos nas falas. A autora identificou 64 discursos,

pois incluiu, além dos palestrantes analisados neste artigo, as falas de abertura e fechamento das seis sessões da referida audiência. Os palestrantes foram divididos em quatro categorias: Poderes Executivo e Judiciário, academia e sociedade civil organizada. Os enfoques entre os dois trabalhos são distintos, uma vez que Santos (2010) optou pelo prisma exclusivo da abordagem jurídica, enquanto este artigo priorizou o olhar da saúde coletiva, possibilitando obter, neste último, panorama mais abrangente da judicialização. A par dessas diferenças, a autora conclui que o STF adotou um posicionamento equilibrado, ao entender que o direito à saúde deve ser garantido mediante políticas públicas, embora admitindo excepcionalidades.

Outro estudo que examinou a Audiência Pública sob a perspectiva do Judiciário foi o de Vale e Camargo (2011), particularmente no que diz respeito à jurisprudência do STF. Os autores destacaram a Recomendação nº 31 do CNJ (2010) como um dos resultados mais importantes da audiência. Esse ato recomenda aos Tribunais de Justiça dos Estados e Tribunais Regionais Federais que: i) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata; ii) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA; iii) ouçam, quando possível, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência; iv) celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico aos magistrados; entre outras recomendações. Essa recomendação soma-se à Resolução nº 107, abordada neste artigo, como medidas importantes realizadas pelo Judiciário.

Outros artigos também analisaram temas citados na Audiência Pública, embora não a tenham analisado especificamente. Por exemplo, Diniz, Medeiros e Schwartz (2012)

aborda a questão dos medicamentos de alto custo sob a dimensão financeira de três medicamentos para tratamento da mucopolissacaridose (MPS) tipo I, II e VI, que é uma doença genética rara. Segundo a argumentação dos autores, 245 indivíduos recebem os medicamentos por determinação judicial: 34 para MPS I (laronidase), 90 para MPS II (idursulfase) e 121 para MPS VI (galsulfase). Estes são medicamentos de alto custo que estão fora da política de assistência farmacêutica e todos são produzidos por uma mesma empresa. Sendo assim, os autores salientam que a judicialização, mesmo nos casos de demanda justa, traz consequências econômicas para a organização da política pública, pois impede a obtenção de economias de escala, além de sujeitar o Estado ao monopólio de distribuição de medicamentos, já que 97% das despesas por meio de ações judiciais para os três medicamentos analisados são pagas a um único distribuidor, que recebeu R\$ 213 milhões do Estado entre 2006 e 2010.

Quanto à concessão de tecnologias em saúde por meio de ações judiciais acríicas, sem levar em conta as políticas públicas e a evidência científica, fato salientado por parte dos palestrantes da Audiência Pública e por estudos que as quantificam. Borges e Ugá (2010), ao analisar 2.245 ações judiciais contra o Estado do Rio de Janeiro em 2005, informam que 89% dos pedidos realizados foram julgados procedentes e concedidos aos requerentes; em 7% dos casos, foi concedida apenas parte do pedido; em 3% das ações, não houve decisão tomada pelo juiz, em razão de falecimento do autor, desistência do pedido, entre outros motivos. Segundo as autoras, “em (apenas) 1% dos casos o estado e/ou município réu da ação reconheceram que os medicamentos solicitados eram devidos aos autores das ações”. Por meio desse estudo, percebe-se que não houve casos com pedidos indeferidos, posicionando-se o Judiciário sempre a favor do usuário. Entretanto, o que se destaca nessa situação é a desconsideração do Judiciário aos medicamentos padronizados pelo MS, podendo



causar danos aos pacientes em razão de possíveis prescrições inadequadas, sem comprovação científica sobre a segurança e a eficácia das tecnologias.

A equidade também tem recebido atenção da comunidade científica no fenômeno da judicialização, pois haveria uma tendência de os indivíduos que possuem melhores meios acessarem o Judiciário (PEPE ET AL., 2010; CHIEFFI; BARATA, 2009; MACHADO, 2011). No que se refere à ligação entre indústria farmacêutica e associações de pacientes, haveria indícios de a primeira interferir no processo das associações de pacientes por meio de financiamento de suas atividades (SOARES; DEPRA, 2012).

## Considerações finais

Objetivou-se, neste artigo, obter um panorama mais abrangente das causas e efeitos da judicialização a partir da análise dos discursos proferidos na Audiência Pública em 2009, sob o enfoque da Saúde Coletiva. Ao apresentar as medidas implementadas ao longo dos últimos três anos, este estudo mostrou avanços em relação aos demais estudos sobre o tema.

Dada a amplitude do tema, é de se esperar o não aprofundamento de todos os aspectos abordados na audiência, dado o limite de espaço. Outra limitação refere-se à discricionariedade de se definir o conjunto de falas proferidas na audiência, bem como a definição das categorias de representação. Os estudos que investigaram a Audiência Pública diferiram significativamente sobre esses pontos. A tarefa de sistematizar e agregar posicionamentos em blocos também é suscetível a críticas, visto que se pode perder certa precisão ou especificidade dos argumentos. Tentou-se mitigar essa limitação promovendo várias rodas de discussão entre os autores. Mesmo levando em consideração essas limitações, acredita-se que este artigo contribui para um melhor entendimento das causas e efeitos da judicialização da saúde no Brasil.

Cabe destacar que os argumentos dos vários segmentos representados na Audiência Pública são passíveis de um emaranhado de interesses, mas, indubitavelmente, as falhas do sistema de saúde recaem principalmente sobre os usuários do SUS. A grande questão que se coloca é se o usuário é mais bem protegido por meio de políticas públicas ou por meio da via judicial. Evidenciou-se que as duas abordagens apresentam limitações: as políticas públicas possuem algumas falhas em aplicar os princípios do SUS no caso concreto (individual); e a judicialização deve ser vista como um recurso excepcional, não a regra do sistema. Parece razoável optar por uma decisão que não seja radical, o que parece ter sido a visão do STF, pois este priorizou as políticas públicas de saúde; no entanto, não se aventou a possibilidade de excluir o Judiciário de atuar no caso concreto, em âmbito do indivíduo. O recurso de acionar o Judiciário para pleitear tecnologias em saúde foi mantido como forma de evitar a dupla exclusão do usuário: por não ter sido contemplado em políticas públicas e por não ter a possibilidade de recorrer ao Judiciário.

Pode-se inferir das propostas levantadas que as medidas de maior impacto têm se concentrado em dois campos de atuação do Estado brasileiro: i) o uso de evidência científica na tomada de decisão tanto do Executivo como do Judiciário; e ii) a sustentabilidade do financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

A estratégia de incluir a evidência científica no processo de tomada de decisão tem sido adotada nos principais sistemas de saúde ao redor do mundo. Nessa direção, cresce mundialmente a produção de estudos de avaliação de tecnologias em saúde, visto que têm se mostrado a forma mais eficiente de se ter uma análise ampla e completa dos impactos das tecnologias, seja pelo lado do benefício em saúde seja pela dimensão dos custos incrementais ao sistema.

No Brasil, a Lei 12.401/11 institucionaliza os estudos de avaliação de tecnologias



em saúde em várias etapas relacionadas à gestão de tecnologias no SUS: inclusão de novas tecnologias; exclusão de tecnologias já incorporadas, mas que estão obsoletas ou que envolvem riscos à saúde dos indivíduos; e alteração dos PCDT, que indicam o manejo dos pacientes. Além dessas ações do Executivo, o Judiciário também tem adotado procedimentos que tendem ao uso de evidência científica, como indica a Recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça, em 2010.

Em relação à sustentabilidade do financiamento da saúde pública, a LC141/12 regulamentou a EC/29, estabelecendo a vinculação mínima de recursos para a saúde, além de definir o que se entende por gasto nessa área. Espera-se, nessa nova conjuntura, que haja mais recursos aos gestores para desenvolver suas políticas públicas.

Assim, levando em consideração as medidas adotadas ao longo dos últimos três anos, acredita-se que as causas e efeitos da judicialização sejam arrefecidos. ■

---

## Referências

BORGES, D.C.L.; UGA, M.A.D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, jan. 2010, p. 59-69.

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

COELHO, I.B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 2010, p. 171-183.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Recomendação nº 31* de 30 de março de 2010. Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/12113-recomendacao-no-31-de-30-de-marco-de-2010>>. Acesso em: 21 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. *Resolução nº 107* de 6 de abril de 2010. Disponível no DJ-e nº 61/2010, p. 9-10, 7 de abril de 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *O Financiamento da Saúde*. Brasília: CONASS, 2011.

CONSULTORIA JURÍDICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Intervenção judicial na saúde pública: panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das Justiças Estaduais*. 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/21/Panorama.pdf> Acesso em: 6 nov. 2012.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SCHWARTZ, I. V. D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacarídeos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, mar. 2012, p. 479-489.

MACHADO, F.R.S.; DAIN, S.A. Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, ago. 2012, p. 1017-1036.

MACHADO, M. A. A. *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, jun 2011, p. 590-598.

MINAYO, M.C.S. Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 17, n. 4, dez. 2008, p. 245-246.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M.C.; GORETI AMARAL, R. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. *Rev. salud pública*, Bogotá, v. 14, n. 2, abr. 2012, p. 340-349.

PEPE, V.L.E. *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010, p. 2405-2414.

———. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, mar. 2010, p. 461-471.

SANTOS, A.O. *A abordagem de temas jurídicos na Audiência Pública da saúde no Supremo Tribunal Federal*. Brasília, 2010. Programa de Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz.

SOARES, J.C.R.S.; DEPRA, A.S. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2012, p. 311-29.

VALLE, G.H.M.; CAMARGO, J.M.P. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. *Rev. Direito Sanitário*, São Paulo, v. 11, n. 3, nov. 2010/fev. 2011, p. 13-31.

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

---

Recebido para publicação em maio de 2013  
Versão final em janeiro de 2014  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve