

Judicialização do acesso a medicamentos: Matéria de direito *versus* questão de saúde pública

Judicialization of access to medicines: Matter of law versus public health issue

Judicialización del acceso a medicamentos: Cuestión de derecho versus cuestión de salud pública

Recebido: 27/11/2023 | Revisado: 09/12/2023 | Aceitado: 12/12/2023 | Publicado: 14/12/2023

Éverton José Ferreira de Araújo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5706-3369>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: everton_araujo@ufpi.edu.br

Jânerson Danyss Pereira da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5600-1219>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: janyersondannys@gmail.com

Kalil Auzier Martins Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6386-7144>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: kcostauzier@usp.br

Natan Alves Lima

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2154-1928>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: natanfarmacia@hotmail.com

Elivelton Viana dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3076-3714>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: eliveltonviana@gmail.com

Daniel de Matos da Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1817-8563>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: danielcosta@ufpi.edu.br

Resumo

No contexto da luta contra ditadura militar ocorreu a Reforma Sanitária brasileira nos anos 70, período marcado pelo anseio da população por mais direitos sociais, incluindo direito à saúde. A Carta Magna apresenta a saúde como um direito de todos e dever do estado, instituindo as bases de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em situações que o Estado se mostra inapto a prestar serviços de saúde, incluindo o fornecimento de medicamentos, surge o fenômeno da judicialização da saúde, onde há atuação do judiciário para garantir o acesso ao medicamento. Assim, o objetivo da presente pesquisa foi realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a judicialização do acesso à medicamentos no Brasil. O estudo apresenta as bases do direito fundamental à saúde, aliada ao entendimento dos tribunais superiores que apontam para uma congestão de processos com esse objeto, em meio a um cenário de omissão do Estado em fornecer medicamentos. A judicialização se mostra como uma ferramenta capaz de assegurar o direito à saúde apesar de atualmente haver pendência na apreciação do tema 1.234 no STF. Por outro lado, é imprescindível que o Estado entenda a importância da saúde pública no Brasil, reforçando a cooperação intersetorial para o estabelecimento de critérios mais adequados para o manejo dos recursos de saúde e a adequada materialização do direito à saúde no fornecimento de medicamentos.

Palavras-chave: Judicialização; Medicamentos; Saúde pública.

Abstract

In the context of the fight against military dictatorship, the Brazilian Health Reform took place in the 1970s, a period marked by the population's desire for more social rights, including the right to health. Thus, the Magna Carta presents health as a right of all and a duty of the state, establishing the bases for the creation of the Unified Health System (SUS). In situations where the State is unable to provide health services, including the supply of medicines, the phenomenon of judicialization of health emerges, where the judiciary acts to guarantee access to medicine. Thus, the objective of this research was to carry out a bibliographical research on the judicialization of access to medicines in Brazil. The study presents the bases of the fundamental right to health, combined with the understanding of higher courts that point to a congestion of processes with this object, amidst a scenario of State failure to provide medicines. Judicialization appears to be a tool capable of ensuring the right to health despite there currently being pending consideration of topic 1,234 in the STF. On the other hand, it is essential that the State understands the importance of public health in Brazil, reinforcing

intersectoral cooperation to establish more appropriate criteria for the management of health resources and the adequate materialization of the right to health in the provision of medicines.

Keywords: Judicialization; Drugs; Public health.

Resumen

En el contexto de la lucha contra la dictadura militar, la Reforma Sanitaria brasileña tuvo lugar en la década de 1970, período marcado por el deseo de la población de mayores derechos sociales, incluido el derecho a la salud. La Carta Magna presenta la salud como un derecho de todos y un deber del Estado, estableciendo las bases para la creación del Sistema Único de Salud (SUS). En situaciones en las que el Estado no puede brindar servicios de salud, incluido el suministro de medicamentos, surge el fenómeno de la judicialización de la salud, donde el poder judicial actúa para garantizar el acceso a los medicamentos. Así, el objetivo de esta investigación fue realizar una investigación bibliográfica sobre la judicialización del acceso a los medicamentos en Brasil. El estudio presenta los fundamentos del derecho fundamental a la salud, combinados con la comprensión de los tribunales superiores que señalan una congestión de los procesos con ese objeto, en medio de un escenario de falta de provisión de medicamentos por parte del Estado. La judicialización parece ser una herramienta capaz de garantizar el derecho a la salud a pesar de que actualmente está pendiente de consideración el tema 1.234 en el STF. Por otro lado, es fundamental que el Estado comprenda la importancia de la salud pública en Brasil, reforzando la cooperación intersectorial para establecer criterios más adecuados para la gestión de los recursos sanitarios y la adecuada materialización del derecho a la salud en la provisión de medicamentos.

Palabras clave: Judicialización; Medicamentos; Salud pública.

1. Introdução

A Carta Magna passou a estabelecer as bases de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado a partir das seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade. Daí emergem e se consolidam os chamados princípios doutrinários e os princípios organizativos do SUS. Os primeiros compreendem a universalidade, ou seja, todos têm direito à saúde; a equidade, devendo-se tratar os desiguais na medida das suas desigualdades e a integralidade, princípio que reconhece o indivíduo como um ser indivisível assim como as ações de proteção, promoção e recuperação da saúde. O outro gênero de princípios envolve a hierarquização, descentralização, regionalização e o controle social ou participação popular no sistema (Brasil, 2000).

A Constituição Federal de 1988 (CRFB-88) em seu capítulo II – Da Seguridade Social, seção II – Da Saúde, do artigo 196 ao artigo 200, estabelece um conjunto de normas e diretrizes que se tornaram a base para a regulamentação da saúde no Brasil. De acordo com o texto constitucional tem-se no art. 196 a máxima de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” garantindo assim o direito à saúde de modo universal e igualitário a todos os brasileiros (Brasil, 2015).

Com base nesse dispositivo outras regulamentações surgiram visando sistematizar a prestação de serviços de saúde com destaque para as Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90. Deste modo, o constituinte estabeleceu a obrigatoriedade do Estado brasileiro dispor de um sistema de saúde estruturado para atender aos anseios da sociedade, independente de classe, etnia, enquadramento social ou quaisquer outros critérios discriminatórios amparando juridicamente todo aquele que vier a necessitar de ações e serviços de saúde (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b; Baptista; Machado; Lima, 2009).

Como consequência direta do acolhimento judicial assegurado pela CRFB-88, surge no Brasil um fenômeno conhecido como judicialização da saúde. Situações caracterizadas pela ausência de cobertura estatal ou inércia do poder público na prestação de serviços de saúde, como, por exemplo, o fornecimento de medicamentos, passaram a ensejar demandas judiciais embasadas, sobretudo, no texto do art. 196 da Constituição. Essas reivindicações sofreram aumento progressivo nas últimas décadas com incremento representativo no seu quantitativo entre os anos de 2008 e 2017. Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2008 foram distribuídos 41.453 processos na primeira instância relacionadas ao direito à saúde. Em contrapartida, houve a distribuição de 95.752 demandas em 2017 (Baptista et al., 2009; CNJ, 2019).

Diante do exposto, a presente pesquisa objetiva realizar um estudo bibliográfico acerca da temática da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil apresentando as bases do direito fundamental à saúde juntamente com o entendimento dos tribunais superiores do país, tendo em vista, reunir informação técnico-científica que possa subsidiar melhor juízo sobre a seguinte questão: a judicialização do acesso a medicamentos no Brasil consiste prioritariamente em matéria de direito ou em questão de saúde pública?

2. Metodologia

Procedeu-se a uma revisão de literatura a partir de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Periódicos Capes e *Scientific Electronic Library Online* - Scielo. A pesquisa foi realizada empregando os seguintes descritores: judicialização e medicamentos no idioma português. A seleção dos artigos foi fundamentada a partir da leitura de títulos, resumos e texto completo, aplicando-se como critérios de inclusão a obrigatoriedade do artigo tratar do tema da judicialização do acesso a tratamentos medicamentosos. Por conseguinte, foram excluídos estudos cujo foco não contemplava o objetivo da presente revisão. Tendo em vista a natureza multidisciplinar do tema da pesquisa, foram incluídos ainda legislações vigentes pertinentes à temática e jurisprudência dos tribunais superiores, quais sejam, Supremo Tribunal Federal (STF) e Superior Tribunal de Justiça (STJ).

3. Resultados e Discussão

O Direito à saúde e a assistência farmacêutica no Brasil

O direito à saúde no Brasil surge a partir do movimento conhecido como Reforma Sanitária Brasileira ocorrido na década de 70 em virtude dos anseios da população por mais direitos sociais durante o governo militar no país. No cenário internacional a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948 da Organização das Nações Unidas (ONU), marco na história dos direitos sociais, já apresentava o direito à saúde no seu artigo XXV como elemento inerente do direito à vida. Essa conjuntura social contribuiu para a edição do texto da Constituição Cidadã nacional (ONU, 1948; Paim, 2018).

Anteriormente havia no Brasil uma segregação populacional entre aqueles que de fato teriam acesso aos serviços de saúde e aqueles que seriam excluídos. Esse modelo de gestão era organizado predominantemente a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social que por sua vez, assegurava a consecução do acesso a serviços de saúde por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) àqueles brasileiros que estivessem trabalhando regularmente (Britto, 2016).

O direito à saúde é uma conquista do Estado Democrático de Direito que está inserido no bojo dos direitos fundamentais, apresentando natureza de norma constitucional que impõe ao Estado uma prestação positiva. Trata-se de direito público, pético e subjetivo, que é tido mais especificamente como uma espécie de direito social, ou seja, um direito fundamental de segunda geração e que, portanto, tem relação direta com o princípio da dignidade da pessoa humana (Brauner & Cignachi, 2011; Bulos, 2012; Brandão, 2014).

Esse direito assegura aos seus tutelados, dentre outros produtos e serviços, o acesso a medicamentos. A CRFB-88 trata da efetivação do direito à saúde mediante políticas sociais e econômicas. Contudo, no Brasil, a atuação do Judiciário se faz cada vez mais necessária para garantir esse direito tendo em vista principalmente as dificuldades socioeconômicas da maioria da população brasileira, as complexidades próprias da área farmacêutica e a ineficiência das políticas públicas relacionadas (Catanheide et al., 2016).

De acordo com a Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998 do Ministério da Saúde (MS), a qual aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a Assistência Farmacêutica (AF) consiste em um “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas pela comunidade”. Trata-se de um conjunto complexo e

heterogêneo de ações voltadas a assegurar a promoção da saúde com garantia do acesso e uso racional daquele que é o principal insumo da área da saúde, o medicamento (Vieira, 2010).

O conceito de AF e a aplicação deste conceito no Brasil emergiram após a efetiva implantação do SUS. Têm-se, segundo a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), pactuada pela Resolução n° 338 de 06 de maio de 2004 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que a AF se trata de “Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.” (Brasil, 2004).

Nota-se a fixação de um conjunto de ações que ficaram conhecidas como “Ciclo da Assistência Farmacêutica” e que compreendem desde a seleção dos medicamentos que irão compor o arsenal terapêutico do SUS até seu uso e acompanhamento farmacoterapêutico. Essa sequência ordenada de eventos pode, entretanto, sofrer rupturas e dificuldades administrativas que, por vezes, resultam em problemas de desabastecimento de medicamentos ou equívocos na padronização das listas de medicamentos disponíveis, resultando em situações nas quais ocorre atuação do Judiciário para garantir o acesso ao medicamento. Desta forma, a AF mostra-se como cenário de atuação multidisciplinar que exige grande responsabilidade dos gestores envolvidos (Coradi, 2012).

É preciso salientar que a escolha dos medicamentos que são ofertados pelos serviços de saúde deve adotar critérios técnicos, econômicos e epidemiológicos de modo a decidir por aquelas opções que atendam às necessidades mais comuns da maioria da população, circunstância assegurada pela etapa de “seleção” do ciclo da assistência farmacêutica e que requer grande habilidade dos envolvidos nesse processo. A partir daí são elaboradas as listas oficiais de medicamentos essenciais que compõem o repertório disponível para os pacientes dos serviços de saúde no país. Atualmente a principal lista oficial consiste na RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, elaborada pela esfera federal a cargo do MS. Além dela, seguindo o modelo nacional de gestão participativa e de pactuação nacional de descentralização administrativa em saúde, têm-se as relações oficiais de medicamentos estaduais (REESME) e municipais (REMUME) elaboradas de acordo com as particularidades de cada localidade a partir dos trabalhos das respectivas Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) (Brasil, 2007).

No que tange à prescrição médica e à entrega orientada do medicamento por um farmacêutico, ou seja, sua dispensação, a AF encontra-se organizada em diferentes componentes de dispensação os quais são denominados Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), estabelecidos de acordo com a origem do seu financiamento. Desta forma, o CBAF envolve a cobertura de medicamentos da Atenção Básica em saúde, prioritariamente a cargo dos municípios. O CEAF, por sua vez, garante tratamentos em nível ambulatorial e de alto custo com gestão desenvolvida pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) a partir de medicamentos adquiridos pelo MS ou pela própria esfera estadual. Destaca-se que desde 2009 o CEAF deixou de ser denominado Componente de Dispensação de Medicamentos Excepcionais apesar da nomenclatura ter se popularizado em alguns estados. Por fim, o CESAF engloba tratamentos de programas de saúde estratégicos, alvo de campanhas nacionais como, por exemplo, os fármacos de tratamento da AIDS, tuberculose e hanseníase. Esse componente tem no MS o responsável pela aquisição dos seus medicamentos (Vieira, 2010).

No plano do sistema público de saúde nacional existe a denominada Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC), estabelecida pela Lei n° 12.401/11, cuja função é assessorar o MS na modificação das relações oficiais padronizadas do SUS com a inclusão ou exclusão de medicamentos e da qual participam membros do próprio MS, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da Agência Nacional de Saúde (ANS), dos Conselhos Nacionais dos Secretários de Saúde dos estados (CONASS) e municípios (CONASEMS) e representantes da sociedade civil oriundos do Conselho Federal

de Medicina (CFM) e do CNS. A lei mencionada estabelece que a dispensação de medicamentos no SUS ocorra pautada em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), os quais são publicados como portarias ministeriais do MS em nível federal, ou a partir das relações de medicamentos definidas pelos gestores (Brasil, 2011a; Brasil, 2011b; Caetano et al., 2017).

Desse modo, a AF consiste na via ordinária de acesso a tratamentos medicamentosos nos serviços públicos de saúde no Brasil, consoante os princípios constitucionais e do SUS. Para Pepe e colaboradores (2010a) a prática da aquisição de medicamentos fundamentada apenas em decisões judiciais infringe os princípios do SUS por atender especificamente a necessidades individuais comprometendo, nomeadamente, o princípio da integralidade. Essa situação ocasiona o deslocamento de recursos para fins que não foram previamente previstos, gera maiores gastos decorrentes do pronto atendimento da decisão judicial e promove o surgimento de indicações terapêutica ou a incorporação de novos medicamentos às listagens do SUS mesmo sem a existência de evidências científicas para tal, algo preocupante sob a perspectiva da saúde pública e que também expõe o viés da forte influência da indústria farmacêutica no processo saúde-doença (Costa et al., 2017).

Judicialização do acesso a medicamentos no Brasil

Considerando os preceitos constitucionais do direito à saúde, surgiu no Brasil um fenômeno social decorrente da tutela jurisdicional frente às demandas por medicamentos e demais tratamentos, serviços de saúde ou exames, sobretudo a usuários do SUS, conhecido como judicialização da saúde. Trata-se de um evento inicialmente associado às necessidades de portadores do vírus HIV que, na década de 90, buscaram judicialmente o acesso aos seus medicamentos, os quais na época eram inovadores e raros. Com o aumento da expectativa de vida da população, descoberta de novas patologias complexas e tratamentos diversificados e caros houve um aumento exponencial na quantidade de ações dessa natureza promovidas contra o Estado (Baptista et al., 2009; Sant'ana et al., 2011).

A temática da judicialização da saúde relacionada à aquisição de medicamentos tem, segundo a literatura, forte relação com o subfinanciamento do SUS ou com a letargia na incorporação de novas tecnologias terapêuticas que venham a atender às necessidades da população. Têm-se ainda, em muitos casos, uma associação direta com a garantia a tratamentos de alto custo sem eficácia clínica comprovada e que não são usualmente fornecidos pelo Estado (Caetano et al., 2017).

Quanto ao objeto, é possível observar demandas por a) medicamentos presentes em listas oficiais de financiamento e solicitados ao ente federativo responsável pelo seu fornecimento segundo prévia pactuação intergestores; b) medicamentos presentes em listas oficiais de financiamento, porém solicitados ao ente federativo de forma diversa ao pactuado pelas instâncias gestoras, por exemplo, na pactuação caberia à instância municipal o fornecimento, mas o pedido judicial concedido obriga a instância estadual, entendendo a obrigação solidária dos entes federativos na garantia do direito à saúde; c) medicamentos presentes na RENAME, mas cuja responsabilidade do financiamento e fornecimento ainda não está pactuada; d) medicamentos com registro sanitário no país, porém não incorporados em protocolos clínicos, listas de seleção ou de financiamento; e) medicamentos sem registro sanitário no País, ou que não possuem registro sanitário para a indicação requerida pelo cidadão (*off label*), ou que ainda estão sendo testados em ensaios clínicos (Sant'ana et al., 2011).

Em decorrência do crescimento do número de ações voltadas a garantir o acesso a medicamentos, várias pesquisas passaram a ser publicadas sobre o assunto, sobretudo na área de Saúde Pública com o objetivo de descrever o perfil das demandas judiciais. Pepe et al., (2010b) pesquisaram as características de 185 demandas judiciais de fornecimento de medicamentos no estado do Rio de Janeiro (RJ) julgados na segunda instância em 2006. Foi constatado que em 100% dos processos houve concessão de liminar dado a urgência do pedido, alegação de dano irreversível à saúde ou dever do Estado, com maioria das ações voltadas a medicamentos com ação sobre os sistemas cardiovascular e nervoso central. Os pesquisadores reportaram ainda que os réus recorreram em 13,4% das decisões liminares e que o tempo médio entre o ingresso da ação na primeira instância e a decisão terminativa na segunda instância era de 478 dias.

Sob esse prisma, a pesquisa de Machado e colaboradores (2011) analisou de forma descritiva o perfil das demandas judiciais pleiteantes de tratamentos medicamentosos interpostos contra o estado de Minas Gerais nos anos de 2005 e 2006 constatando o número de 827 processos judiciais com pedidos de 1.777 medicamentos. A classe terapêutica mais judicializada correspondeu a medicamentos para tratamento de artrite reumatoide e imunossupressores. Outro aspecto evidenciado foi que 5% dos pedidos compreendiam medicamentos que não continham registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Por seu turno, Barreto e colaboradores (2013) evidenciaram que de 2006 a 2010 foram impetradas 228 ações junto a municípios da Bahia (BA) solicitando 574 medicamentos com predominância de tratamentos para o sistema cardiovascular, sistema digestivo e sistema nervoso central.

Já a pesquisa de Leitão et al. (2016), destacou as características dos mandados judiciais impetrados no Tribunal de Justiça da Paraíba (TJ/PB), analisando julgados ocorridos entre os anos de 2009 e 2010. Houve predominância de solicitações de medicamentos antineoplásicos e para diabetes no total de 58 ações promovidas contra a Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba com média de 453 dias na tramitação entre o ingresso na primeira instância e a decisão terminativa na segunda instância, semelhante ao observado no estado do RJ, conforme descrito por Pepe e cols. (2010b).

Cardoso (2017), por sua vez, em estudo mais recente, avaliou os medicamentos judicializados no Distrito Federal (DF) no ano de 2011, na qual foram analisados o conteúdo de 216 processos judiciais, observando-se que a maioria se tratava de mandados de segurança (60,7%) envolvendo, prioritariamente, pedido de fornecimento de fatores de coagulação e medicamentos antineoplásicos. Em outra publicação, Nisihara et al., (2017) após analisar 347 processos de 2014, disponibilizados pela Justiça Federal do Paraná (PR) observaram 70% de deferimento das demandas e predomínio de aquisição de medicamentos antineoplásicos. Destaca-se o registro da exigência de perícia requisitada pelo magistrado que proferiu a primeira decisão em 46,9% dos casos, conduta atípica se considerado o disposto nas demais investigações científicas do tema.

Nessa perspectiva, a pesquisa exploratória de Segatto (2018) realizou uma abordagem com magistrados da primeira instância do estado de São Paulo (SP) a fim de avaliar a percepção dos julgadores sobre o fenômeno da judicialização da saúde. Os juízes entrevistados proferiram 8.380 decisões favoráveis aos autores pleiteantes de insumos e serviços de saúde entre os anos de 2005 a 2017, sendo que nenhum deles tinha qualquer formação na área de direito sanitário. Foi evidenciado que aproximadamente 70% dos entrevistados não consideram a Lei nº 12.401/11 nas suas decisões e desconhecem a CONITEC. Esse mesmo percentual de participantes acredita que a judicialização da saúde melhora o SUS, uma vez que, contribui no seu aprimoramento. Além disso, 57% afirmaram que não buscam nenhum apoio técnico para auxiliar a sua tomada de decisão e que agem presumindo boa-fé do profissional da saúde prescritor, bastando apenas a prescrição do medicamento ou um relatório médico para embasar a existência e a procedência da lide.

Ademais, ao ponderar sobre a questão da judicialização do acesso a medicamentos, Chieff e Barata (2010) pontuam para a possibilidade da interferência do *lobby* da indústria e do comércio farmacêutico perante associações de portadores de doenças crônicas e médicos induzindo o surgimento de uma ficção pautada no uso imprescindível de um medicamento considerado “novo”, os quais em regra possuem alto custo, pendência de aprovação junto à ANVISA e ausência de incorporação ao SUS. Para Barreto et al., (2013) deve-se atentar ao risco das decisões serem tomadas pautadas apenas na urgência do pedido e no dever do Estado em fornecer os tratamentos.

Logo, é possível perceber que o assunto é complexo pois envolve diferentes áreas do conhecimento técnico-científico e tem relação direta com a sistematização da saúde no Brasil, com aspectos técnicos das áreas médica e farmacêutica e com normas jurídicas, bem como com o próprio funcionamento do judiciário. Na mesma seara há de se destacar o texto da Recomendação nº 31/2010 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) posteriormente ratificada nos enunciados nº 6, 9, 11 e 12 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ (CNJ, 2014) que buscam fomentar a formação dos magistrados na área de direito sanitário;

promover o apoio técnico de médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na apreciação das questões apresentadas pelas partes em ações relativas à saúde.

Além do exposto, os enunciados do CNJ recomendam que os magistrados: 1) 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; 2) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei; 3) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência; 4) verifiquem, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento; 5) determinem, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas (CNJ, 2014).

Outra vertente a ser considerada em uma abordagem ampla da judicialização da saúde é o fato de que as dificuldades inerentes a esse fenômeno se agravam em virtude da divergência de atuações dos três Poderes. Enquanto o Executivo e o Legislativo têm maiores preocupações com os gastos públicos, o Judiciário atua e decide de acordo com o texto constitucional. Por conseguinte, há a necessidade de uma atuação mais articulada e de verdadeiramente harmônica dos Poderes em prol da garantia do direito à saúde. Ressalta-se que qualquer solicitação ordinária de medicamentos realizada junto aos serviços públicos de saúde será processada, por via administrativa, perante algum dos ditos Componentes da Assistência Farmacêutica vinculados ao SUS (Brasil, 1998; Brasil, 2011a; Baptista et al., 2009; Medeiros et al., 2013).

Entretanto, é evidente que a gestão pública de recursos sofre com diversas dificuldades decorrentes da ineficiência de políticas públicas, má provisão, malversação ou insuficiência de recursos o que, por sua vez, resulta em situações a serem solucionadas pela atividade jurisdicional. A ausência de medicamentos prescritos dentre aqueles padronizados no SUS, as rupturas de abastecimento dos estoques da Assistência Farmacêutica e a dissonância entre as ações dos atores envolvidos na gestão da saúde são alguns exemplos de circunstâncias que demonstram a complexidade em torno da judicialização do acesso a medicamentos no país (Andrade et al., 2008; Barreto et al., 2013).

De acordo com o CNJ, entre os anos de 2008 e 2017 o quantitativo de demandas judiciais pleiteantes de medicamentos no Brasil cresceu 130% envolvendo ações impetradas contra planos de saúde privados e contra o SUS, dado que demonstra a importância do fenômeno em tela. Tais determinações, quando voltadas ao SUS, tem em sua maioria o objetivo de garantir o acesso a medicamentos. O aumento desse tipo de litígio judicial reforça a relevância de se estudar a temática e demonstra a necessidade do surgimento de uma relação simbiótica entre o judiciário e o sistema de saúde, a fim de evitar, por exemplo, desnecessária atuação jurisdicional com foco em tratamentos já disponíveis no SUS (CNJ, 2019).

É notório que o aumento de demandas judiciais relativas ao acesso a medicamentos gera um grande impacto financeiro no orçamento da saúde nacional, assim como passou a se tornar uma temática que contribui significativamente com o aumento do número de ações. Pesquisa publicada em 2010 demonstrou que entre os anos 2006 e 2007, apenas para atender às determinações judiciais voltadas ao fornecimento de medicamentos antineoplásicos, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo aplicou aproximadamente R\$ 40 milhões em 1.220 solicitações (Lopes et al., 2010).

Da posição atual dos tribunais superiores

Inicialmente convém destacar que alguns Tribunais de Justiça no Brasil possuem entendimento congruente com o texto constitucional e apresentam ratificado em sua jurisprudência o acesso amplo a medicamentos por via judicial. As súmulas desses tribunais buscam apresentar orientações que favorecem a consecução dos tratamentos. No estado do Piauí, por exemplo, observa-se na súmula n. 02 do Tribunal de Justiça do Piauí (TJ/PI) que “o Estado e os municípios respondem solidariamente pelo

fornecimento de medicamentos para tratamento de pessoas necessitadas, na forma da lei, podendo ser acionados em juízo em conjunto ou separadamente”. Por seu turno, a súmula n. 06 TJ/PI afirma que “a justiça estadual é competente para processar e julgar ação contra o Estado e os municípios piauienses que tenha por objeto o fornecimento de remédio indispensável à promoção, proteção e recuperação da saúde de pessoas necessitadas, na forma da lei.” Além delas, a súmula n. 01 do TJ/PI destaca que direitos fundamentais de caráter assistencial, como o fornecimento de medicamentos pelo Poder Público, indispensáveis à promoção da existência digna, prescinde de previsão orçamentária para terem eficácia jurídica, afastando qualquer argumento em torno da falta de recursos.

No bojo da atuação do Supremo Tribunal Federal (STF), ressalta-se questão debatida em tese de repercussão geral (Tema n° 500) de relatoria do Ministro Marco Aurélio Mello, na qual foi estabelecido que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido, quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União (STF, 2019).

A decisão retomada relaciona-se também com o disposto previamente no Tema n° 6, também de repercussão geral, em que o STF assentou entendimento de que o Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo solicitados judicialmente quando não estiverem registrados na ANVISA, salvo em situações excepcionais. Na ocasião, o relator proferiu voto asseverando que em casos de tratamentos de alto custo não disponíveis no sistema, o Estado pode ser obrigado a fornecê-los, desde que comprovadas a extrema necessidade do medicamento e a incapacidade financeira do paciente e de sua família para sua aquisição (STF, 2007).

Posteriormente, em sede do Recurso Extraordinário (RE) 855.178, o STF ratificou o Tema 793 de relatoria do Min. Luiz Fux, segundo o qual “os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde (...)”. Logo, o polo passivo pode ser composto por qualquer dos entes da federação, isoladamente ou conjuntamente, cabendo à parte autora escolher contra quem quer litigar. Já as ações que envolvam medicamentos sem registro na ANVISA devem ser necessariamente propostas em face da União (STF, 2020).

Por sua vez, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) definiu que a concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: (i) comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; (ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; (iii) existência de registro na ANVISA do medicamento. Ademais, o STJ pacificou o entendimento de que no custeio do tratamento demandado há a necessidade de se identificar o ente responsável a partir dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização do SUS para fins de se estabelecer regras de ressarcimento aplicáveis ao ente público que suportou o ônus financeiro decorrente do provimento jurisdicional que assegurou o direito à saúde. “Entender de maneira diversa seria afastar o caráter solidário da obrigação, o qual foi ratificado no precedente qualificado exarado pela Suprema Corte” (STJ, 2018).

Nesta perspectiva, é imperioso reportar o Informativo n. 734 STJ em que consta em sede de Recurso de Mandado do Segurança (RMS n. 68.602/GO) a Tese Jurídica, segundo a qual nas demandas de fornecimento gratuito de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado em atos normativos do SUS (na RENAME ou em PCDT), não é necessária a inclusão da União no polo passivo da ação. Para o tribunal o funcionamento do SUS é de responsabilidade solidária da União,

dos Estados e dos Municípios, de modo que qualquer um destes entes possui legitimidade para figurar no polo passivo da demanda, cabendo à parte autora escolher contra quem deseja litigar (STJ, 2022).

Resta evidente, pelo exposto, que o Estado deve amparar o cidadão, garantindo-lhe o direito à saúde e criar medidas para a redução do risco de doenças, bem como de outros gravames. Da mesma forma, o direito à saúde está intimamente ligado ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, que é um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, nos termos do art. 1º, III, da CRFB-88. Daí emerge e se consolida um dos chamados princípios doutrinários do SUS, qual seja, o Princípio da Universalidade, segundo o qual todos têm direito à saúde em todos os níveis de assistência, como prevê o art. 7º da Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080/1990 (Aith, 2007; Alencar & Paim, 2017).

Contudo, atualmente a temática possui grande destaque em função do debate existente sobre de quem é a responsabilidade por fornecer tratamento a brasileiro(a) que, no momento de maior necessidade da sua vida, recorre ao poder público para garantir medicamento, por vezes, vital. Por conseguinte, os entes federativos (estados e municípios) travam verdadeiras batalhas jurídicas buscando se eximir de sua responsabilidade asseverada na Constituição Federal, imputando uns aos outros o dever de fornecer medicamentos, sobretudo, aqueles que não constam nas listas de padronização do SUS.

Nesse cenário de insegurança jurídica inúmeras ações judiciais desembocam no STF e em virtude disso muitos processos com esse objeto encontram-se hoje suspensos. O Egrégio Tribunal vai enfrentar a temática da necessária legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal, nas demandas que versem sobre fornecimento de medicamentos registrados na ANVISA, mas não padronizados no SUS, a partir do julgamento do Tema 1.234 em sede de Recursos Repetitivos. A partir das normas regimentais de funcionamento do próprio STF, essa questão apresenta-se aguardando julgamento em detrimento de outros temas.

4. Considerações Finais

É notório que o Estado Brasileiro é detentor de um dos sistemas públicos de saúde mais renomados do mundo, o SUS. Entretanto o aparelhamento do SUS sofre com insuficiência de recursos, inoperância administrativa e má gestão, elementos que tanto de modo isolado como associados, resultam na ineficácia do sistema, o que, por sua vez, exige do usuário atitudes que vão além da esfera administrativa para a consecução do direito à saúde. Em contrapartida, também é verdade o apresentado pelo Ministro Alexandre de Moraes na ocasião do julgamento do RE 566.471, segundo o qual “...não há nenhum país do mundo que garanta acesso a todos os medicamentos e tratamentos de forma generalizada”.

Porém, é questão salutar a análise das justificativas do Poder Público para o não fornecimento de medicamentos. A divergência entre questões técnicas de diferentes áreas se mostra como outro ponto de apreciação e evidencia a relevância da atuação dos Núcleos Técnicos de Apoio aos Magistrados os quais, nesta seara, precisam expandir seu entendimento para além das ciências jurídicas. Compreender como se dá este julgamento através da jurisprudência local e nacional demonstra a linha de atuação do judiciário diante de situações que envolvam este objeto.

Atualmente com a observância da suspensão de processos em todo o país em decorrência da espera pelo julgamento do Tema 1.234 pelo STF, o que há de certeza é que muitos brasileiros estão sem receber medicamentos em decorrência de questões de direito que se sobrepõem à própria questão de saúde. A negativa em fornecer medicamentos sob a justificativa de falta de responsabilidade do ente federativo demandado, por exemplo, demonstra a falta de maturidade da sociedade brasileira para mais essa situação. Notadamente, é preciso que os três poderes que compõem o Estado reforcem o ideal de harmonia em favor da população geral que necessita cada vez mais de medicamentos. O envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida são questões fisiológicas que resultam na inevitável exigência por maiores cuidados terapêuticos.

Logo, no que concerne à atuação estatal, é flagrante a necessidade de uma comunhão de forças em prol do entendimento comum de que a saúde pública do Brasil necessita de atenção especial e estabelecimento de critérios mais objetivos, justos e

equânimes para o manejo dos recursos a ela destinados. Ademais, é evidente que o adequado manejo do insumo de saúde e seu dimensionamento correto obtidos a partir de eficiente planejamento na seara administrativa e rigorosa atuação de órgãos de controle em Saúde Pública necessitam evoluir no Brasil. Do mesmo modo, convém mencionar a necessidade de participação estatal sobre o aspecto ético da atuação dos atores envolvidos no mercado farmacêutico.

A atuação jurisdicional encontra-se em voga no Brasil e tem papel inegavelmente relevante ao assegurar o direito individual aos tratamentos mais diversos, bem como repercute no planejamento e nas finanças destinadas à saúde. Contudo, nota-se que questões jurídicas terminam por se sobrepor à necessidade por determinado tratamento medicamentoso em particular. Ou seja, o aspecto clínico ou médico é deixado em segundo plano em detrimento da apreciação eminentemente jurídica sobre cada caso concreto o que reflete em um atual cenário de colisão entre matéria de direito e questão de saúde pública a ser pacificada pela Suprema Corte.

Referências

- Aith, F. (2007). *Curso de Direito Sanitário. A proteção do direito à saúde no Brasil*. Ed. Quartier Latin, p.92.
- Alencar, T. O. S. & Paim, J. S. (2017) Reforma Sanitária Brasileira e políticas farmacêuticas: uma análise dos fatos produzidos entre 2003 e 2014. *Saúde em Debate*, 41 (3), 45-59.
- Andrade, E. L. G., Machado, C. D., Faleiros, D. R., Szuster, D. A. C., Júnior, A. A. G., Silva, G. D., Cherchiglia, M. L. & Acúrcio, F. A. (2008) A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão clínica e medicalização da justiça. *Revista Médica de Minas Gerais*. 18 (supl. 4), S46-S50.
- Baptista, T. W. F., Machado, C. V. & Lima, L. D. (2009) Responsabilidade do Estado e direito à Saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 14 (3), 829-839.
- Barreto, J. L., Pereira, M. T., Guimarães, M. C. L., Penaforte, T. R. & Formigli, V. L. A. (2013) Perfil das demandas judiciais por medicamentos em municípios do estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 37 (3), 536-552.
- Brandão, L. S. (2014) A judicialização da saúde quanto ao fornecimento de medicamentos. *Âmbito Jurídico*, 129, XVII. www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=15321.
- Brasil. (1990a). *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 União, Brasília, DF, 19 set. 1990.
- Brasil. (1990b) *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1998) *Portaria do Ministério da Saúde nº 3.916, de 30 de outubro de 1998*. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000) Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2004) *Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004*. Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2007) *Assistência Farmacêutica no SUS*. Brasília: CONASS.
- Brasil. (2011a) *Assistência farmacêutica no SUS*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). 2011
- Brasil. (2011b) *Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011b*. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2011.
- Brasil. (2015) *Constituição da República Federativa do Brasil. 1988*. Fernandes, M.A.O. (Org.). (21a ed.). Rideel.
- Brauner, M. C. C. & Cignachi, J. C. B. (2011) O direito à saúde e o papel do poder judiciário: uma perspectiva acerca das dimensões constitucionais e das tutelas coletivas. *Juris, Rio Grande*. 16, 29-48.
- Britto, A. L. S. (2016). *A judicialização do acesso a medicamentos no SUS da Bahia*. 2016. Dissertação (Mestrado em Segurança Pública). Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Bulos, U. L. (2012) *Curso de direito constitucional*. (7a ed.). Saraiva.
- Caetano, R., Silva, R. M., Pedro, E. M., Oliveira, I. A. G., Biz, A. N. & Santana, P. (2017) Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22 (8), 2513-2525.

- Cardoso, C. S. (2017) Análise das demandas judiciais de medicamentos: uma abordagem da realidade do Distrito Federal, Brasil. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 6, 228-246.
- Catanheide, I. D., Lisboa, E. S. & Souza, L. E. P. F. (2016) Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. *Physis, Rio de Janeiro*. 26 (4), 1335-1356.
- Chieffi, A. L. & Barata, R. C. B. (2010) Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Revista de Saúde Pública*. 44 (3), 421-429.
- Conselho Nacional de Justiça (CNJ) (2010). *Recomendação nº 31, de 30 de março 2010*. Diário de Justiça nº61, p. 2-4.
- Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (2014) I Jornada De Direito Da Saúde. *Enunciados aprovados na I Jornada de Direito da Saúde de 15 de maio de 2014*. Conselho Nacional de Justiça. Brasília, DF.
- Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (2019) Instituto De Ensino E Pesquisa – INSPER. *Justiça e Pesquisa. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Brasília: Secretaria de Comunicação Social.
- Coradi, A. E. P. (2012) A importância do farmacêutico no ciclo da Assistência Farmacêutica. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. 37(2), 62-64.
- Costa, K. S., Tavares, N. U. L., Júnior, J. M. N., Mengue, S. S., Álvares, J., Junior, A. A. G., Acurcio, F. A. & Soeiro, O. M. (2017) Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. 51 (supl. 2:3s), 1s-5s.
- Leitão, L. C. A., Silva, P. C. D., Simões, A. E. O., Barbosa, I. C., Pinto, M. E. B. & Simões, M. O. S. (2016) Análise das demandas judiciais para aquisição de medicamentos no estado da Paraíba. *Saúde e Sociedade, São Paulo*. 25 (3), 800-807.
- Lopes, L. C., Barberato-filho, S., Costa, A. C. & Osorio-de-castro, C. G. S. (2010) Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 44 (4), 620-628.
- Machado, M. A. A., Acurcio, F. A., Brandão, C. M. R., Faleiros, D. R., Guerra JR., A. A., Cherchiglia, M. L. & Andrade, E. L. G. (2011) Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 45 (3), 590-598.
- Medeiros, M., Diniz, D. & Schwartz, I. V. D. A (2013) tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18 (4), 1089-1098.
- Nishihara, R. M., Possebom, A. C., Borges, L. M. C., Shwetz, A. C. A., & Bettles, F. F. B. (2017) Demanda judicial de medicamentos na Justiça Federal do Estado do Paraná. *Einstein*. 15, 85-91.
- Organização das Nações Unidas. (1948) *Declaração Universal dos Direitos Humanos*.
- Paim, J. S. (2018) Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 23 (6), 1723-1728.
- Pepe, V. L. E., Figueiredo, T. A., Simas, L., Osorio-de-castro, C. G. S. & Ventura, M. (2010a) A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15 (5), 2405-2414, 2010.
- Pepe, V. L. E., Ventura, M., Sant'ana, J. M. B., Figueiredo, T. A., Souza, V. R., Simas, L. & Osorio-de-castro, C. G. S. (2010b) Caracterização das demandas judiciais de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 26, (3), 461-471, 2010.
- Superior Tribunal de Justiça. (2018) Tema Repetitivo nº 106 do Superior Tribunal de Justiça. *Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS*. Primeira Seção. Diário de Justiça, DF, 21 set. 2018.
- Superior Tribunal de Justiça. (2022) Informativo de Jurisprudência nº 734. Brasília, DF, 02 mai, 2022.
- Supremo Tribunal Federal. (2007) Tema nº 6 de repercussão geral. *Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo*. Relator: Min. Marco Aurélio. Diário de Justiça, Brasília, DF, 03 dez. 2007.
- Supremo Tribunal Federal. 2019 Tema nº 500 de repercussão geral. *Dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela ANVISA*. Relator: Min. Marco Aurélio. Diário de Justiça, Brasília, DF, 25 out. 2019.
- Supremo Tribunal Federal. (2020) Tema nº 793 de repercussão geral. *Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde*. Relator: Min. Luiz Fux. Diário de Justiça, Brasília, DF, 16 abr. 2020.
- Sant'ana, J. M. B., Pepe, V. L. E., Osorio-de-Castro, C. G. S. & Ventura, M. (2011) Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 29 (2), 138-144.
- Segatto, C. M. S. (2018) *A judicialização da saúde na percepção dos magistrados: o entendimento de juízes de primeira instância que mais determinaram o cumprimento de demandas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo entre 2005 e 2017*. Dissertação (Mestrado em Gestão para a Competitividade). Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo.
- Tribunal de Justiça do Piauí (TJ/PI). *Súmulas. Tribunal de Justiça do Estado do Piauí*. <http://www.tjpi.jus.br/portaltjpi/sumulas/>
- Vieira, F. S. (2010) Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 27 (2), 149-156.